



Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Saúde
2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório da Prática Especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Ensino clínico

Vera Lúcia Santos Graça, nº: 5120339

Unidade Curricular: Relatório de Ensino Clínico

Docente Orientador: Professor Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Leiria, março de 2015

O Júri

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Pensamento

Os técnicos de saúde mental que não sonham, que não acreditam, que não se envolvem, que têm medo, não podem trabalhar na comunidade e na reabilitação psicossocial.

Cordo, 2003

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos os que me acompanharam neste percurso.

À minha família, por todo o apoio, paciência e compreensão por todas as minhas ausências.

Às minhas colegas de trabalho e amigas pelo apoio e ajuda que me deram.

Ao Professor Doutor José Carlos Gomes, pela sua ajuda como orientador de todo este percurso desde o início, pela partilha de conhecimento, compreensão e apoio.

À Catarina Tomás pela ajuda, incentivo e amizade.

Ao meu namorado pelo incentivo e apoio.

A todos os meus amigos também pelo apoio e compreensão pela minha ausência.

Aos meus colegas de turma pelo fantástico percurso juntos e toda a entreaajuda, partilha, apoio e amizade.

À equipa da UCC do Centro Saúde do Entroncamento e do Internamento de psiquiatria, e aos meus orientadores Enfermeira Lúcia Pedro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Enfermeira Sónia Pereira Especialista em Saúde Pública, e Enfermeira Cláudia Basílio Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, pelo acolhimento, orientação, colaboração e apoio.

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CHMT- Centro Hospitalar do Médio Tejo

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJR- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco

DAI- *Drug Attitudes Inventory*

ECCEI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP- Equipas Comunitárias Suporte Cuidados Paliativos

EMEA- Europa, Médio Oriente e África

ILSS-BR/P- Inventário de Habilidades de Vida Independente Versão do Paciente

JCI- *Joint Commission International*

MAQ- *Medication Adherence Questionnaire*

MARS-*Medication Adherence Rating Scale*

MHI- *Mental Health Inventory*

NACJR- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NAP- Neuroléptico de Ação Prolongada

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PASSE- Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PIE- Programa de Informação sobre Esquizofrenia

PIPE- Programa de Intervenção Precoce

QCF- Questionário de Crenças acerca dos Fármacos

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI- Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

RSI- Rendimento Social de Inserção

SPSS- *Statistical Package for Social Sciences*

SAPE- Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

WIP-IP- *Work in Progress- Intensive Programme*

WHO- *World Health Organization*

RESUMO

Este relatório descreve a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Mental, em dois contextos da prática clínica, em Internamento de Psiquiatria e na Comunidade em Centro de Saúde, e a reflexão sobre a prática especializada.

Assim é feita a contextualização dos dois locais escolhidos para o desenvolvimento das referidas competências de acordo com o definido pela Ordem dos Enfermeiros, bem como a descrição e reflexão do planeamento, desenvolvimento e avaliação das intervenções desenvolvidas com intuito de permitir ganhos em saúde para os utentes, família e comunidade. É também abordada a formação feita aos profissionais no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria em ambos os contextos da prática clínica.

Foi também desenvolvido um trabalho de investigação em que se questionou a promoção e avaliação da adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada num ambulatório de psiquiatria e sua relação com os internamentos em utentes com esquizofrenia, de forma a contribuir para a evidência da importância da intervenção de enfermagem, e para o desenvolvimento da enfermagem.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Adesão Terapêutica; Enfermagem; Competências; Esquizofrenia

ABSTRACT

This report describes the acquisition of common and specific skills of the Mental Health Specialist Nurse, in two different contexts of the clinical practice: in the psychiatric inpatient clinic and in the local community health centre. It also describes the reflection about the specialized practice.

In order to achieve this objective, it was made the contextualization of the two chosen places for the development of the referred skills, fulfilling, this way, what was defined by the Nurse Association. For the same reason, it was made the description and reflection of the planning, development and evaluation of the interventions done, with the purpose to allow gains in health for patients, family, and community. This was followed by an approach to the training, done to the professionals about mental health and psychiatry, in both contexts of the clinical practice.

It was also made an investigation work, in which were questioned the promotion and evaluation of the adherence to the long-acting antipsychotic therapeutics, in an outpatient clinic of psychiatry and its relation with the inpatients with schizophrenia, contributing to the evidence of the importance of the nursing intervention and for the nursing development.

Keywords: Mental health; Therapeutic adherence; Nursing; Competences; schizophrenia

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 14

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA 16

1.1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CENTRO SAÚDE DO ENTRONCAMENTO 17

1.2. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO (CHMT) – HOSPITAL DE TOMAR 23

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 29

2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL 29

2.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE 36

2.3. GESTÃO DOS CUIDADOS 42

2.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS 49

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL 53

3.1. DETÉM UM ELEVADO CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO, MERCÊ DE VIVÊNCIAS E PROCESSOS DE AUTO-CONHECIMENTO, DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL 53

3.2. ASSISTE A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OPTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL 55

3.3. AJUDA A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, INTEGRADA NA FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE A RECUPERAR A SAÚDE MENTAL,

MOBILIZANDO AS DINÂMICAS PRÓPRIAS DE CADA CONTEXTO 62

3.3.1. O estado da arte no diagnóstico da comunidade 63

3.3.2. O diagnóstico de situação 68

3.3.3. Consequências para a organização dos cuidados de saúde do diagnóstico da comunidade 70

3.4. PRESTA CUIDADOS DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO, SOCIOTERAPÊUTICO, PSICOSSOCIAL E PSICOEDUCACIONAL, À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, MOBILIZANDO O CONTEXTO E DINÂMICA INDIVIDUAL, FAMILIAR DE GRUPO OU COMUNITÁRIO, DE FORMA A MANTER, MELHORAR E RECUPERAR A SAÚDE 76

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA 84

4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 84

4.2. ASPETOS METODOLÓGICOS 90

4.2.1. Desenho do Estudo 91

4.2.2. Questões Investigação/Hipóteses 92

4.2.3. População/Amostra 92

4.2.4. Recolha de dados 93

4.2.5. Procedimentos formais e éticos 93

4.2.6. Operacionalização das variáveis 93

4.2.7. Tratamento estatístico 95

4.3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS 95

4.4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES DO ESTUDO 99

5. CONCLUSÃO 105

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 107

ANEXOS

ANEXO I- Programa de exercício físico designado “ATIVA-MENTE”

ANEXO II- Protocolo Grupos Terapêuticos- Área Dia: grupo de atividade física “Grupo Movimento”

ANEXO III- Formação de serviço no Internamento Psiquiatria “adesão ao regime terapêutico: preparação para a alta”

ANEXO IV- Panfleto sobre adesão ao regime terapêutico: informações de preparação para a alta

ANEXO V- Consentimento informado do diagnóstico de saúde mental a utentes com diagnóstico médico de Esquizofrenia residentes no Entroncamento

ANEXO VI- Questionário de diagnóstico de saúde mental a utentes com diagnóstico médico de Esquizofrenia residentes no Entroncamento

ANEXO VII- Estudo caso desenvolvido durante o ensino clínico na UCC

ANEXO VIII- Estudo caso desenvolvido durante o ensino clínico no internamento de psiquiatria de Tomar

ANEXO IX- Reuniões Comunitárias

ANEXO X- Intervenção psicoeducativa e psicoterapêutica sobre Esquizofrenia

ANEXO XI- Sessões de relaxamento

ANEXO XII- Sessão de risoterapia

ANEXO XIII- Autorização formal da administração da unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo para realização de trabalho de investigação

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Dotações de profissionais do serviço de psiquiatria 26

Quadro 2- Plano cuidados 74

Quadro 3- Variáveis dependentes 94

Quadro 4- Variáveis independentes 94

Quadro 5- Distribuição geográfica da amostra relativamente ao Concelho 96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- Distribuição da taxa de adesão total, parcial e não adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada 98

GRÁFICO 2- Distribuição da amostra de acordo com a existência ou inexistência de (re) internamento 99

INTRODUÇÃO

Este relatório enquadra-se no 2º curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria da escola superior de saúde de Leiria, no sentido da reflexão sobre a prática especializada em enfermagem de saúde mental desenvolvida durante a pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, em dois contextos da prática clínica (internamento de psiquiatria e centro de saúde) entre 5 de Março e 14 de Julho de 2012, e respondendo ao apelo da Organização Mundial de Saúde no sentido da necessidade de desenvolvimento de recursos de enfermagem na saúde mental (Organização Mundial de Saúde, 2006, citando por Gomes & Henriques, 2012).

O presente relatório aborda a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Mental constantes do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011) e nº 129/2011 de 18 de fevereiro (2011) respetivamente, o desenvolvimento da autonomia, do espírito crítico e reflexivo, participação ativa no desenvolvimento organizacional das instituições, promoção do respeito pela pessoa e família em todo o processo de cuidados, inovação e desenvolvimento da prática da enfermagem com recurso a metodologias de investigação e tomada de decisões ético-legais de acordo com os valores da profissão (Gomes & Henriques, 2012). A estrutura do relatório é feita em vários capítulos para facilitar a sua organização e compreensão. O primeiro capítulo aborda a caracterização dos contextos da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria nomeadamente na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde do Entroncamento e no Serviço de Internamento de Psiquiatria de Tomar do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT). O segundo e terceiro capítulo referem-se respetivamente, à descrição e reflexão sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental adquiridas durante os ensinamentos clínicos e também durante a prática clínica especializada no serviço de Ambulatório de Psiquiatria de Tomar onde exerço funções. O quarto capítulo refere-se à prática especializada baseada na evidência, sendo apresentado um trabalho de investigação intitulado

“Adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada num ambulatório de psiquiatria e sua relação com os (re) internamentos” de forma a contribuir para o desenvolvimento de competências de investigação, e para aumentar o conhecimento em enfermagem e permitir a evolução em enfermagem. O quinto capítulo é a conclusão do presente relatório.

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Os ensinamentos clínicos desenvolvidos nos dois contextos da prática clínica permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, definidas pelos Regulamentos n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011) e n.º 129/2011 de 18 de fevereiro (2011) respetivamente.

O ensino clínico I- Enfermagem de Saúde Mental- Prática Clínica na comunidade e o ensino clínico III (opcional entre área da Enfermagem de Saúde Mental ou Enfermagem Psiquiátrica) decorreram entre o dia 5 de Março e o dia 26 de Maio de 2012 na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Centro de Saúde do Entroncamento, sob orientação local da Enfermeira Especialista em Saúde Pública Sónia Pereira, supervisão da Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Lúcia Pedro e do Professor Doutor José Carlos Gomes - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. De acordo com Gomes & Henriques (2012) o objetivo deste ensino clínico foi de planeamento e prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiatria, integrada na equipa de saúde, em contexto comunitário, ao indivíduo e família, utilizando a metodologia científica e promoção da reflexão baseada na teoria e no desenvolvimento de competências em meio clínico.

O Ensino Clínico II – Enfermagem Psiquiátrica – Prática Clínica em Unidades de Cuidados Diferenciados, realizou-se entre 28 de Maio e 14 de Julho de 2012, no Serviço de Internamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), Unidade de Tomar. Teve a duração de 7 semanas e foi tutorado localmente pela Enfermeira Especialista em Saúde Mental Cláudia Basílio e supervisionado pelo Professor Doutor José Carlos Gomes - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Os objetivos delineados no ensino clínico permitiram o desenvolvimento de competências, de aptidões para intervir integrada na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiatria, utilizando a metodologia científica, ao indivíduo/família/comunidade em situação de doença no contexto de

internamento, visando a satisfação das necessidades do indivíduo e o seu bem-estar em todas as fases do seu ciclo de vida (Gomes & Henriques, 2012).

1.1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO CENTRO SAÚDE DO ENTRONCAMENTO

O Centro de Saúde do Entroncamento pertence ao serviço nacional de saúde, insere-se na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, posicionando-se a nível regional no Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo. Tem sedimentado projetos em parceria há mais de 10 anos, sendo reconhecido na comunidade como um parceiro indispensável no cuidado às Pessoas, Famílias, Grupos e Comunidade. É constituído por 4 unidades, a Unidade de Saúde Familiar (USF), a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Saúde Pública (USP).

A UCC do Entroncamento é constituída por uma equipa multidisciplinar que desenvolve o seu trabalho em parceria com as Entidades do Concelho do Entroncamento e outras de referência. Fazem parte da equipa da UCC 5 enfermeiros, dos quais dois enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, uma enfermeira de cuidados gerais com formação pós-graduada em cuidados paliativos e um enfermeiro de cuidados gerais com formação pós-graduada em saúde familiar. Inclui ainda uma psicóloga, uma nutricionista, e uma assistente técnica. Esta equipa desenvolve a sua atividade em permanência ou em colaboração parcial com uma médica, uma higienista oral, e uma técnica de cardiopneumologia. Segundo Pinho (2006), o trabalho em equipa surge como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços, havendo uma interação de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltada para um objetivo comum. A mesma autora defende que na formação de qualquer equipa é importante ter em conta diferentes aspetos como o desempenho coletivo, responsabilidade coletiva, tomada de decisão coletiva, uso de habilidades e conhecimentos complementares. Para Hall e Weaver (2001) citados por Pinho (2006) uma equipe é organizada para resolver um conjunto de problemas comuns, onde cada membro poderá contribuir com o seu conhecimento e habilidade para aumentar e apoiar as contribuições dos outros, em que cada um deve preservar as suas funções

especializadas mantendo uma linha contínua de comunicação uns com os outros, num continuum de interações e responsabilidades. Brown e colaboradores (2000) referidos por Pinho, (2006) defendem que uma equipe eficaz e coordenada deve possuir um mecanismo para troca de informação, regular no tempo e espaço. A equipa multidisciplinar da UCC do Entroncamento tem esta preocupação de colaborar como uma equipa enriquecida pelos diferentes saberes e em realizar uma reunião semanal ou quinzenal à terça-feira promovendo a comunicação, trabalho em equipa e resolução de problemas quer interprofissionais quer relativos a melhor intervenção com os utentes. Pinho (2006) refere ainda que nas equipas surgem pontos de vista e diferenças de opiniões inevitáveis fruto das múltiplas competências profissionais, no entanto sublinha que este conflito de ideias encoraja a inovação e a resolução de problemas de forma criativa, e promove o aumento da confiança e compreensão entre os membros da equipa.

Esta equipa possui ainda uma vaga por preencher para um enfermeiro especialista em Saúde Mental, que viria enriquecer o trabalho já desenvolvido nesta unidade e de encontro aos objetivos delineados no seu plano ação, melhorando o apoio na comunidade à pessoa com doença mental e suas famílias, tal como preconizado no Plano de saúde mental (2007-2016) na descentralização dos serviços de saúde mental, permitindo que a prestação de cuidados se realize de forma mais próxima da população (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março, 2008). De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2013) os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental têm um papel muito importante nos cuidados de saúde primários fazendo a deteção e intervenção precoce especializada em situações de risco de instalação da doença diminuindo assim a necessidade de internamento. A intervenção terapêutica em contexto comunitário (familiar, escolar, trabalho, etc.) oferece cuidados mais ajustados às necessidades das pessoas, permitindo a deteção e encaminhamento precoce, a promoção da saúde mental e a prevenção da instalação ou agravamento da doença mental (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013). Ainda de acordo com a OE existe uma assimetria no número de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria entre os hospitais e os cuidados saúde primários, devendo os centros de saúde ser reforçados, e permitir que estes integrem as UCC e prestem cuidados especializados rentabilizando

assim os recursos humanos, os seus conhecimentos, diminuindo os custos e permitindo ganhos em saúde para as populações.

A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do Concelho do Entroncamento, área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) em que se integra. De acordo com o artigo 11º do Decreto-Lei 28/2008 de 22 de fevereiro (2008), compete à UCC prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos de risco e/ou em situação de vulnerabilidade, e/ou dependência que requeiram acompanhamento próximo e na integração de redes de apoio à família e a grupos, e atuar no âmbito da promoção da saúde, proteção específica, tratamento da doença, reabilitação e reinserção social.

A Unidade de Cuidados na Comunidade do entroncamento tem redigido um Plano de Ação (ACES de Serra D'aire, 2010) e neste encontram-se descritos os programas e projetos da carteira de serviços a que dão resposta em articulação com as outras unidades do centro de saúde e com a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). As actividades da carteira de serviços da UCC, incidem prioritariamente, nas seguintes áreas constantes no n.º 4 do art.º 9, do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril, (2009):

1) Contributo para o diagnóstico de saúde da comunidade do Concelho do Entroncamento

a) Intervenção nas famílias:

- Baixas competências sociais, pessoais e parentais;
- Determinantes associados a escolhas de estilos de vida pouco saudáveis;
- Baixos rendimentos;
- Disfuncionalidade familiar, repetição de ciclos de vida familiar disfuncionais, morbilidade associada à saúde mental e psiquiátrica;
- Minorias Étnicas (Ciganos, Emigrantes Países de Leste);
- Pobreza persistente;

b) Intervenção educação e cidadania:

- Falta de interesse em relação à escola;
 - Problemas de comportamento/aprendizagem;
 - Baixas expectativas relativamente ao percurso escolar;
 - Falta de participação das famílias no processo de educação dos filhos;
 - Abandono escolar das crianças e jovens de etnia cigana;
- c) Intervenção qualificação e emprego:
- Desemprego;
 - Desemprego de longa duração;
 - Dificuldades de acesso ao emprego;
 - Baixas qualificações e competências profissionais;
- d) Intervenção Habitação, Urbanismo e Reabilitação:
- Sobrelotação das habitações;
 - Obras clandestinas;
 - Más condições de higiene e salubridade;
- e) Eixo de Intervenção terceira idade e envelhecimento:
- Baixos rendimentos;
 - Isolamento social e Solidão;
 - Morbilidade e dependência associada ao envelhecimento;
 - Baixas qualificações e competências;

2) Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade:

- a) Programa Nacional de Saúde Escolar;
- b) Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar – PASSE;
- c) + Saúde! – Projeto de intervenção na prevenção do excesso de peso e obesidade;
- d) Afetos & Sexualidade – Projeto de Intervenção ao jovem escolarizado na educação dos afetos e sexualidade;
- e) Programa Nacional de Saúde Reprodutiva:
 - Preparação para a parentalidade;
 - Recuperação pós parto;
 - Toques & Afectos – projeto de massagem ao recém-nascido;

- f) Creches Familiares;
- 3) Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência:
- a) Programa Nacional de Saúde Mental:
 - Ser feliz na minha escola – Projeto de intervenção anti-*bullying*
 - Caminhar - Projeto de intervenção à pessoa com doença mental comum na comunidade;
 - Novos Horizontes - Projeto de intervenção à pessoa com doença mental grave na comunidade e intervenção psico-educativa com famílias de pessoas com doença mental grave;
 - b) Projeto de intervenção em visita domiciliária a famílias de risco
 - c) Programa de Intervenção Precoce – PIPE
 - d) Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco – NACJR
 - e) Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco – CPCJR
 - f) Rendimento Social de Inserção;
 - g) Pólo Dinamizador;
 - h) Rede Social;
- 4) Projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores:
- a) Equipa de Cuidados Continuados Integrados – ECCI cujo projeto de qualidade da UCC é o Projeto de Intervenção Nutricional à Pessoa dependente e família;
 - b) Gestão do regime terapêutico;
 - c) Ajudas Técnicas – promoção do conforto e acesso;
- 5) Projetos de promoção de estilos de vida saudável ao longo do ciclo de vida:
- a) Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida
 - Reviver – projeto de promoção da saúde a adultos e idosos;
 - Espaço Saúde;

Apesar de a UCC ter em plano de ação estes programas de elevada relevância em termos de ganhos para a saúde da população, foi possível verificar que os profissionais de saúde eram insuficientes para os conseguir colocar a todos em prática ou fazer um acompanhamento regular de todos estes projetos. Foi visível o esforço por os iniciar mas também a dificuldade em mantê-los dado a tão grande abrangência de todos os projetos em função dos recursos humanos insuficientes. No entanto tendo em conta o descrito no Regulamento nº533/2014 de 2 dezembro (2014) que contém a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, esta descreve que as UCC devem ser constituídas no rácio de pelo menos um enfermeiro por cada 5000 habitantes preferencialmente especialistas. Tendo em conta que a equipa da UCC possui cinco Enfermeiros, dos quais dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, uma Enfermeira de Cuidados Gerais com formação pós-graduada em Cuidados Paliativos e um Enfermeiro de Cuidados Gerais com formação pós-graduada em Saúde Familiar, para um total de 21751 habitantes (em 2008), poderia concluir-se que as dotações seguras estariam asseguradas. Mas não sendo este o único critério a ter em conta neste cálculo das dotações seguras, tal como referido no mesmo regulamento, deve ter-se em conta a área geodemográfica dos centros saúde a que pertence o ACES; a geodemografia da comunidade abrangida (dimensão, concentração e dispersão populacional); o diagnóstico de saúde da comunidade; as equipas domiciliárias da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) que a integrarão Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipas Comunitárias Suporte Cuidados Paliativos (ECSCP). Não havendo dados suficientes para fazer este cálculo com exatidão esta UCC é um exemplo de o cálculo de dotações seguras para a prestação de cuidados seguros não poder ser simplificado ao rácio de pelo menos um enfermeiro por cada 5000 habitantes.

De lembrar que, de acordo com o Decreto-Lei nº 304/2009 de 22 de outubro (2009), na execução da política de saúde mental devem ser envolvidos todos os serviços e organismos públicos com atribuições nas áreas da segurança e ação social, do emprego, formação e qualificação profissional, da educação, ciência e ensino superior, do desporto, do ambiente, da habitação e urbanismo, da defesa, da administração interna, do sistema fiscal e da justiça. Por outro lado, os serviços locais são a base do sistema

nacional de saúde mental, devendo funcionar de forma integrada e em estreita articulação com os cuidados de saúde primários, demais serviços e estabelecimentos de saúde, para garantia da unidade e continuidade da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental (Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de fevereiro, 1999).

De acordo com isto verifica-se na UCC do centro de saúde do entroncamento esta preocupação na articulação com os parceiros locais e vice-versa, em que são feitas reuniões com os representantes de diferentes entidades, na procura do melhor apoio à população em diferentes níveis e assim promoção da saúde mental.

1.2. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO (CHMT) – HOSPITAL DE TOMAR

O serviço de Psiquiatria localiza-se na Unidade de Tomar, pertencente ao CHMT que integra também mais duas unidades localizadas em Abrantes e Torres Novas. Encontra-se inserido num hospital geral o que vem de acordo ao defendido na Lei de saúde mental 36/98 de 24 julho (1998) que defende que o tratamento de doentes mentais deve ocorrer tendencialmente em hospitais gerais. É o único serviço de Saúde Mental e Psiquiatria do CHMT com uma área de influência que engloba 15 concelhos, abrangendo uma população de cerca de 265 mil habitantes. Está administrativamente integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

Engloba atualmente: a Consulta Externa, Hospital de Dia, Urgência (que funcionam desde 2002), Internamento (a funcionar desde 2007), Pedopsiquiatria, Psiquiatria de ligação, Psiquiatria Forense, Investigação, Formação e Intervenção comunitária. Tem como missão prestar cuidados no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental, adaptado à realidade sociodemográfica da área de abrangência do CHMT, envolvendo não só os utentes mas também as famílias e os cuidadores (Centro Hospitalar Médio Tejo, 2014)

O Internamento de psiquiatria (onde decorreu o Ensino Clínico II- Enfermagem psiquiátrica) situa-se no piso 6. Foi inaugurado em Julho de 2007, tendo assim melhorado a capacidade de resposta do CHMT no que respeita aos utentes psiquiátricos em situação aguda que anteriormente eram referenciados para Lisboa e Santarém e alguns casos Coimbra. Destina-se a todos os utentes residentes na área de influência do CHMT com mais de 18 anos, que necessitem de internamento psiquiátrico por doença

mental agudizada. De salguardar que das 24 camas do serviço existe a disponibilidade de 2 camas para internamento de adolescentes com mais de 13 anos no âmbito da pedopsiquiatria, e uma cama destinada ao isolamento de utentes auto e heteroagressivos com agitação psicomotora e sinais de violência. Os utentes são encaminhados para o internamento a partir da consulta externa psiquiatria ou da urgência psiquiátrica de forma voluntária ou configurando o internamento compulsivo caso estejam reunidos os pressupostos da Lei de saúde mental nº 36/98 de 24 julho (1998).

No Regulamento do serviço psiquiatria (Centro Hospitalar Médio Tejo, 2014, p. 12) estão descritos os seguintes objetivos:

“- Promover o tratamento de indivíduos adultos portadores de doença mental moderada a grave em fase de descompensação aguda, por um período de tempo limitado

- Promover a reabilitação do doente mental

- Promover a reintegração do doente mental na comunidade onde reside

- Proporcionar técnicas de reabilitação e meios terapêuticos adequados

- Afastamento das situações ou circunstâncias que funcionaram como desencadeantes e correspondem a fatores de manutenção da doença, nomeadamente, desvantagens socioeconómicas que fragilizam o indivíduo, conflitos conjugais e familiares, desemprego, entre outros

- Elaboração de um conjunto de medidas psicoeducativas e psicoterapêuticas que fortalecem as estruturas saudáveis do indivíduo, com vista ao ajuste narcísico da personalidade, ao treino de competências sociais e estratégias de resolução de problemas, à capacidade de gestão de conflitos, ao desenvolvimento da assertividade e resiliência face aos constrangimentos com que se debate no seu dia-a-dia.”

É um serviço empenhado na procura da qualidade e assim reconhecido com certificação de Qualidade desde 2011, certificação de sistemas ISO 9001 e pela Joint Commission International (JCI). A acreditação é hoje utilizada como ferramenta efetiva de avaliação e melhoria contínua da qualidade, propicia um compromisso visível, por parte da instituição, de melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente,

garantir um ambiente seguro, e trabalhar constantemente para reduzir os riscos ao paciente e aos profissionais. (Consórcio Brasileiro de Acreditação & Joint Commission International, 2010).

Uma vez que não existem dados específicos em relação à prevalência de doença mental nesta região, e tendo em conta os dados nacionais que preveem que entre 5 a 8% da população (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março, 2008) tenha, por ano, uma perturbação psiquiátrica de algum grau de gravidade, ou seja, neste caso serão entre 12500 a 20000 pessoas por ano. Segundo os dados recolhidos pelo serviço de psiquiatria no ano de 2012 houveram 1466 internamentos dos quais 873 reinternamentos, em que 89% foram não compulsivos e 11% compulsivos. A maioria era do sexo feminino (52%) e 48% do sexo masculino. A média de idades foi de 46 anos sendo a pessoa mais velha de 92 anos e a mais nova de 16 anos. A duração média de dias de internamento foi de 15,68 dias, com o máximo de 327 dias de internamento. Relativamente à causa de internamento não foi possível obter dados tão precisos devido aos critérios de classificação aquando da recolha de dados não serem uniformes mas foi possível verificar que na maioria foram internados utentes com depressão ou sintomatologia depressiva (cerca de 32%), dos quais cerca de metade com ideação suicida e a outra metade chegou mesmo a concretizar tentativa de suicídio, seguidos de utentes com psicose (cerca de 25%), e cerca de 11% de utentes com perturbação Bipolar (Departamento de Psiquiatria Tomar, 2012).

A equipa do internamento psiquiatria é multidisciplinar e em 2012 era constituída por 6 psiquiatras, 1 pedopsiquiatra, 16 Enfermeiros, 2 Psicólogas, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Assistente Social, 2 Assistentes Técnicos e 11 Assistentes Operacionais. Esta equipa multidisciplinar é comum a todo o serviço de psiquiatria, exceto a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais do internamento e do ambulatório de psiquiatria que é distinta, cada uma tendo um enfermeiro responsável. Semanalmente é feita uma reunião semanal com a equipa do internamento e ambulatório em que é debatida a situação clínica dos utentes do internamento e do hospital de dia (localizado na consulta externa), bem como o planeamento da melhor intervenção para a sua recuperação e planeamento da alta. Questões relativas ao funcionamento do serviço são também aí discutidas.

O método de trabalho usado pelos enfermeiros é o do enfermeiro responsável, sendo que dos 16 enfermeiros do serviço, 6 enfermeiros eram detentores do título de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, apesar de nenhum ocupar essa categoria profissional mas utilizando na sua prestação de cuidados uma intervenção especializada tendo por base a sua formação tal como preconizado pelo Código Deontológico dos Enfermeiros.

De acordo com os rácios da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) e rácio da população do Médio Tejo que contava 226 070 habitantes (INE,2001) o serviço de psiquiatria e Saúde Mental do CHMT deveria contar com os seguintes profissionais que constam do quadro 1 (Centro Hospitalar Médio Tejo, 2014, p. 12):

Quadro 1-Dotações de profissionais do serviço de psiquiatria			
Técnicos psiquiatria	Rácios OMS	Propostos população Médio Tejo (censos 2001)	Propostos população Médio Tejo (censos 2011)
Chefes de Serviço	1/75000	3	(3,53)
Assist./Assist.Grad.psiquiatria	1/25000	9	(10.60)
Pedopsiquiatria	1/75000	3	(3.53)
Psicólogos	1/50000	5	(5.30)
Enfermeiros	6/50000	27	(31.80)
Técnicos Serviço Social	1/50000	5	(5.30)
Terapeutas Ocupacionais	1/50000	5	(5.30)

Por esta analogia tendo em conta que os últimos censos desta região apontam para 265 000 habitantes e que no internamento psiquiatria a equipa de enfermagem era constituída em 2012 por 16 enfermeiros e a do ambulatório de psiquiatria por 5 enfermeiros, as dotações seguras não estariam assim asseguradas escasseando em termos de profissionais de enfermagem cerca de 10 profissionais. Este facto poderá interferir na prestação de cuidados enfermagem especializados, uma vez que de acordo com a Direção-Geral de Saúde (2007) é fundamental que as instituições estejam dotadas de pessoal suficiente e com competências técnicas específicas, de forma a garantir a qualidade dos cuidados, nomeadamente enfermeiros, para acompanhar com segurança

os doentes, e outros técnicos, preparados para ajudar a prevenir episódios de agressividade através de atividades ocupacionais e de medidas de reabilitação psicossocial quando aplicável, com a participação e envolvimento do doente. Uma vez que o plano de tratamento envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais, é essencial uma abordagem multimodal que associe o tratamento farmacológico e psicossocial (Shirakawa, 1998), terapia ocupacional (Vilares,1998), psicoterapia individual (Bruscato,1998), familiar (Mari, Turecki & Streiner, 1998) e de grupo (citados por Bechelli, 2003b).

O internamento de psiquiatria é um serviço à porta fechada com campainha no exterior sendo aberta unicamente pelos profissionais do serviço. Também a adequação em termos de dotações seguras poderia permitir um internamento sem porta fechada garantindo maior vigilância dos utentes, redução do estigma associado aos serviços psiquiátricos à porta fechada, e permitir um maior número intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, psicossociais e socioterapêuticas. O Serviço adota medidas específicas de segurança para evitar acidentes e situações que possam por em risco os utentes e os profissionais, tais como, manter portas de salas fechadas a chave quando essas não estão a ser utilizadas, janelas trancadas com sistemas próprios de segurança que impedem a sua abertura, os utentes só podem ausentar-se do serviço mediante prescrição médica e autorização do enfermeiro responsável e sempre acompanhados de pelo menos dois profissionais (Enfermeiro, Assistente Operacional ou Terapeuta Ocupacional) ou familiares na hora da visita mediante autorização dos profissionais (exceto utentes em regime de internamento compulsivo). Episódios de agressividade, com passagem ao ato da pessoa doente, são motivo de preocupação para as equipas multidisciplinares podendo ser necessário adotar medidas de contenção, tendo em vista a sua proteção e a do meio envolvente, com fins terapêuticos mas constituindo também uma interrupção dos seus direitos e liberdades civis, coincidindo com as situações pontuais e de exceção, referidas pelas associações promotoras e defensoras dos direitos humanos (Direção-Geral de Saúde, 2007). Apesar de estas constituírem medidas de segurança verifica-se que são muitas vezes fonte de ansiedade e revolta para os utentes, principalmente o facto de a porta que dá acesso ao exterior se encontrar trancada e as saídas ao exterior serem controladas. De acordo com a Lei de saúde mental 36/98 de 24 julho (1998) os cuidados de saúde mental devem ser prestados num meio o menos

restritivo possível o que é contrariado por esta medida de segurança, no entanto dado a diversidade de situações vivenciadas por cada utente e no sentido de garantir a segurança de todos esta medida torna-se necessária; Para minimizar esta situação e no sentido de manter os utentes em contacto com o meio exterior e promover a socialização e mobilidade, diariamente no turno da manhã os utentes podem ir ao café acompanhados por enfermeiros e auxiliares ou terapeuta ocupacional e caminhar no recinto hospitalar, e no turno da tarde correspondente ao horário de visita podem sair do internamento com os familiares, mas mantendo-se igualmente nas instalações hospitalares, exceto se os utentes não estiverem suficientemente estabilizados ou houver risco de fuga.

Outro aspeto a ter sempre em conta aquando do internamento de utentes com doença mental é que continuam a ser pessoas com direitos e deveres, com todo o respeito pela sua dignidade humana, os estabelecimentos de saúde devem respeitar os direitos universais do homem e cidadão (a não discriminação, o respeito pela pessoa, a sua liberdade relativamente à sua vida privada e à sua autonomia) não considerando apenas o ponto de vista clínico da sua patologia ou deficiência (Ordem dos Enfermeiros, 2002; Ordem dos Enfermeiros, 2003)

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Independentemente da área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências comuns, a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas competências comuns são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, envolvendo as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

Serão apresentadas as intervenções desenvolvidas no ensino clínico que tiveram maior contribuição na aquisição destas competências.

2.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Este domínio refere-se ao desenvolvimento da prática profissional e ética no seu campo de intervenção, demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica que assentem num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro). Estes princípios e os defendidos pelo Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e código deontológico estiveram sempre na base das intervenções planeadas e desenvolvidas em ambos os contextos do ensino clínico, na UCC do Entroncamento e no Serviço de Internamento de Psiquiatria de Tomar.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Tendo em conta que quer o enfermeiro quer os utentes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Por isso é importante refletir sobre este assunto na prática de enfermagem em geral e especificamente na prática de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, assim de acordo com Stuart e Laraia (2001) cada enfermeiro deve analisar se a sua intervenção tem o intuito de promover o bem-estar do utente, ou o que é socialmente ou politicamente aceitável, deve refletir sobre os dilemas éticos com que se depara, tais como liberdade de escolha versus coerção, ajudar versus impor valores, foco na cura versus prevenção, devendo tornar-se ativo na definição do tratamento adequado, não esquecendo os direitos dos utentes em tratamento, a recusar tratamento e ao consentimento informado.

O raciocínio clínico esteve presente em todas as ações e decisões assistenciais do ensino clínico, quer no diagnóstico dos fenômenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos. A formulação diagnóstica contém as expectativas de intervenções e resultados possíveis, em dado contexto, e depende das pessoas envolvidas (enfermeiro, paciente, família, comunidade) e dos relacionamentos que são estabelecidos entre as pessoas (Tanner, 2006, citado por Cerullo & Cruz, 2010).

O enfermeiro ao assumir um trabalho em instituições, depara-se com situações diversas que lhe exigem conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes, precisas e imparciais para a tomada de decisões que venham ao encontro dos seus valores pessoais e éticos e ao mesmo tempo que atenda aos objetivos e metas da organização (Oncare, 2008)

O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de conhecer as suas necessidades, participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados e de colaborar com outros profissionais em programas que respondam às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Neste sentido a Equipa da UCC do Entroncamento indo de encontro às necessidades

identificadas na população local criou a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI). Esta tem como população-alvo pessoas com dependência ou em risco de perda de autonomia, e/ou com deficiência, com necessidade de cuidados continuados integrados (saúde e social), familiares e pessoas que constituem rede de suporte no cuidado à pessoa com dependência, pessoas com doença mental e psiquiátrica, cuidadores formais das instituições parceiras que prestam, apoio social (alimentação, higiene, limpeza de roupas, limpeza de habitação, entre outros) (ACES de Serra D'aire, 2010).

Assim neste ensino clínico foi debatido em parceria com a equipa quais as intervenções prioritárias tendo em conta as necessidades em cuidados de enfermagem desta população. Foi então desenhado um plano de “Acompanhamento de Utentes no Domicílio” com a ECCI, dinamizando os dois projetos do Plano de Ação da UCC “Caminhar” e “Novos Horizontes”. O projeto “Caminhar” - Projeto de intervenção à pessoa com doença mental comum na comunidade visa entre outros objetivos, implementação da consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiatria em cuidados primários como estratégia de diminuição das barreiras do comportamento dos utentes, seja por sofrerem já de patologia psiquiátrica diagnosticada, a necessitar de acompanhamento individual, familiar e comunitário mais próximo, seja para acompanhamento de situações de risco de instalação da doença (ACES de Serra D'aire, 2010). Esta consulta de enfermagem especializada em saúde mental dado a carência da UCC em um enfermeiro especialista em saúde mental não estaria a ser realizada tendo sido desenvolvida durante este ensino clínico, no entanto anteriormente ao ensino clínico as pessoas identificadas como necessitando de cuidados eram alvo da intervenção da equipa de enfermagem da UCC e se necessário encaminhadas para outros profissionais do centro saúde e do hospital de tomar nomeadamente do serviço de ambulatório de psiquiatria ou de urgência psiquiátrica. Esta consulta foi dirigida a pessoas e famílias com problemas de saúde mental, ou em risco de o desenvolver, e visou promover a saúde mental ao longo do ciclo de vida, melhorar a acessibilidade a cuidados de saúde mental a pessoas/famílias do concelho, melhorar a deteção e tratamento precoces dos problemas de saúde mental e promover a inserção laboral, ocupacional e social da pessoa (ACES de Serra D'aire, 2010). O projeto “Novos Horizontes” - Projeto de intervenção à pessoa e família com doença mental grave na

comunidade pretende dar resposta a pessoas portadoras de doença mental grave (Esquizofrenia), medicadas com neuroléptico de ação prolongada (NAP), residentes no concelho do Entroncamento e respetivas famílias, mas excluindo as pessoas que habitam em instituições. Pretende entre outros objetivos promover a adesão ao regime medicamentoso das pessoas medicadas com NAP e acompanhadas na UCC, diminuir a percentagem de re-internamentos por abandono desta terapêutica, criar uma rede social mais alargada e mais funcional, promover a continuidade do tratamento, proporcionar apoio a longo prazo, reduzir os efeitos do estigma, melhorar a auto-estima, autoeficácia e de sobrecarga (ACES de Serra D'aire, 2010).

Segundo Keltner, Schwecke e Bostrom (2007) os enfermeiros especialistas em Saúde Mental são profissionais de referência na prestação de cuidados a pessoas com doença mental na comunidade, podendo e devendo funcionar como gestor de caso, pelo seu treino e experiência nas áreas de intervenção psicoterapêutica individual e de grupo, de psicofarmacologia e de reabilitação psicossocial. Sempre que possível, os cuidados devem ser prestados no domicílio, sobretudo nos utentes com situações crónicas de doença, sendo o enfermeiro especialista em Saúde Mental o profissional mais indicado para o estabelecimento de um plano de intervenção personalizado e estruturado envolvendo diversas intervenções terapêuticas, permitindo um melhor funcionamento social do utente e um risco mínimo de reinternamento.

Segundo a World Health Organization (WHO) (2001) os cuidados prestados no âmbito do acompanhamento da doença mental na comunidade devem ser prestados na comunidade, permitindo assim a proximidade das populações, o que resulta em maior eficiência do que a abordagem tradicional e em termo de custos estes tornam-se mais reduzidos uma vez que não é necessária deslocação, e pela sua maior eficácia por ocorrerem no meio da pessoa. Respeitam os direitos humanos e para além disto, permitem uma intervenção mais precoce e um combate eficaz ao estigma da doença mental, muitas vezes associada à deslocação a locais especializados e rotulados de “psiquiátricos” logo associados a uma conotação negativa (WHO, 2001). Deste modo o acompanhamento das pessoas com doença mental na comunidade reserva um papel muito importante para a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental. Revelando-se por isso de grande importância esta intervenção domiciliária que incluiu

utentes com diversas patologias, que não somente a patologia psiquiátrica, ou pelo menos muitas vezes não diagnosticada, ou não sendo esse o motivo pelo qual a equipa se dirigia ao seu domicílio. Este acompanhamento de pessoas no concelho pela ECCI e neste caso por mim, foi realizado em regime de visitação domiciliária, permitindo assim perceber melhor o contexto em que se insere cada pessoa, facilitando a interação, relação e intervenção uma vez que estas se encontram no seu espaço e se sentem protegidas, e seguras ou seja têm menos necessidade de se defender do que em contexto institucional. Após a visitação domiciliária, a identificação de necessidade de cuidados, que muitas das vezes à partida não estavam sinalizados e intervenção, foi realizado o registo no Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem (SAPE) e na rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), no caso dos utentes que a ela pertencem, bem como o planeamento da próxima visitação domiciliária e intervenção. Quando necessário foi feita a respetiva articulação com a equipa de saúde familiar do utente incluindo o seu médico de família, uma vez que estes utentes podem pertencer a uma das outras valências do Centro Saúde (USF, UCSP, USP), bem como com outras entidades, como já referido, caso fosse necessária a sua parceria.

O acompanhamento destes utentes passou por uma consulta de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiatria, em regime de visitação domiciliária, consistindo numa avaliação do estado do utente, avaliação essa que incluiu a avaliação do estado mental, neste acaso através do exame mental, avaliação da adesão ao regime terapêutico, identificação de necessidades de intervenção, e se necessário encaminhamento para outros profissionais do centro saúde ou de outras entidades. Na grande maioria dos casos foram feitas intervenções psicoeducativas, e psicoterapêuticas no âmbito do fornecimento de informação sobre a doença, farmacologia, estratégias de resolução de problemas. Foram ainda algumas vezes iniciadas intervenções psicossociais e socioterapêuticas. Esta intervenção teve sempre por base a tomada de decisão ética e deontológica assente em conhecimento no domínio ético-deontológico e científico, adquirido previamente aquando da formação académica e cujo aprofundamento foi feito sempre que necessário tendo em vista alcançar as melhores práticas de enfermagem respeitando as preferências e necessidades dos utentes. Em alguns casos pontuais conseguiu-se um seguimento com maior periodicidade dada a identificação dessa necessidade. Esta intervenção de acompanhamento dos utentes no

seu meio é uma atividade fundamental, tal como refere WHO (2001) permitindo assim a proximidade das populações, o que resulta em maior eficiência do que a abordagem tradicional. Em termos de custos estes tornam-se mais reduzidos uma vez que não é necessária deslocação, e permitir uma identificação e intervenção precoce, bem como a diminuição do estigma e inclusão social respeitando os direitos humanos. Torna-se no entanto importante ter em conta os aspetos éticos como o respeito pela privacidade, intimidade e individualidade da pessoa dado que vamos entrar no seu lar, na sua casa tendo o cuidado de não sermos demasiado invasivos, não esquecendo que nos encontramos no espaço do outro que deve ser respeitado. Tal como descrito no Código Deontológico dos Enfermeiros o enfermeiro assume o dever de “Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, P.4).

Relativamente a intervenção no serviço de psiquiatria de Tomar a construção da tomada de decisão baseada em princípios, valores e normas deontológicas foi tida com a equipa fazendo um diagnóstico das necessidades em cuidados por parte dos utentes quer a nível individual quer a nível do grupo de utentes e família. Foram tidas em conta também as necessidades do serviço nomeadamente em termos de formação, tendo assim sido planeada e realizada uma formação sobre a “adesão ao regime terapêutico: preparação para a alta”, (que será mais pormenorizada mais adiante neste relatório) dado esta problemática ser transversal à maioria dos utentes independentemente a patologia. No tratamento dos transtornos mentais, a não adesão à medicação é observada em cerca de 50% das pessoas e é responsável por inúmeros prejuízos além de ser a principal causa de morbilidade psiquiátrica e reinternamentos (Cardoso & Galera, 2009). É importante que os profissionais de saúde saibam reconhecer e detetar, a não adesão terapêutica, sendo necessária uma avaliação precisa dos comportamentos de adesão terapêutica para um planeamento eficaz do tratamento, garantindo assim que alterações obtidas no estado de saúde dos utentes são atribuídas ao regime terapêutico recomendado (Bugalho & Carneiro, 2004).

Dado que este é um serviço como já foi referido à porta fechada tornou-se ainda de maior importância a preocupação na intervenção de enfermagem da adoção de uma conduta responsável e ética atuando no respeito pelos direitos humanos, de forma a

minimizar as consequências desta restrição em termos de espaço físico e liberdade. Neste sentido foi muito importante o esclarecimento, a informação fornecida aos utentes e familiares. O planeamento e execução das reuniões comunitárias constituíram uma ótima intervenção neste sentido. De acordo com Carneiro (2000) do ponto de vista terapêutico, a reunião comunitária apresenta vantagens mas também apresenta algumas fragilidades, esta pode alcançar todos os utentes e informá-los sobre os acontecimentos que afetam a unidade como um todo, no entanto nem todos os participantes se envolvem da mesma forma e isso pode tornar-se uma fragilidade, permitindo assim que o terapeuta possa interrogar-se sobre os motivos dos ausentes. É ainda muito útil para apresentar os novos utentes, e permitir que os que estão de saída, possam fazer uma avaliação da sua permanência no serviço, sendo o lugar indicado para discutir comportamentos desadequados ou incumprimento de normas, para além do valor informativo, a reunião também fornece oportunidades para avaliar a importância da dinâmica dos eventos comunitários e corrigir percepções distorcidas (Carneiro, 2000). Numa reunião comunitária o terapeuta, neste caso o enfermeiro, deve ser alguém que tenta estabelecer, acima de tudo um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais (Guerra & Lima, 2005).

Durante o ensino clínico todas as intervenções foram planeadas respeitando o dever do sigilo profissional e da confidencialidade das informações a que se teve acesso ou que foram fornecidas pelos utentes, familiares ou profissionais mantendo o anonimato da pessoa no âmbito dos trabalhos escolares indo de encontro ao defendido pelo Código Deontológico dos Enfermeiros. Foi promovida uma relação de empatia com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica com os utentes a quem foram prestados cuidados. Segundo Stuart e Laraia (2001, p.47) “o relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente é uma experiência de aprendizagem mútua e uma experiência emocional correctiva para o paciente. Está baseado na humanidade básica do enfermeiro e do paciente com mutuo respeito e aceitação de diferenças étnicas e culturais. Nessa relação, o enfermeiro utiliza a si próprio e as técnicas clínicas no trabalho com o paciente para obter o insight e alteração comportamental do paciente”. A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na

valorização do seu papel, cabe ao enfermeiro compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Uma questão ética de grande importância em saúde mental refere-se à questão do internamento compulsivo e da necessidade de aplicar medidas de contenção sendo estas reguladas pela Lei de saúde mental 36/98 de 24 julho (1998) e pela circular normativa de medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes-contenção física (Direção-Geral de Saúde, 2007). Dado que a ocorrência de comportamento agressivo ou disruptivo do utente pode surgir de forma inesperada, quer no contexto de internamento que no contexto comunitário, é necessário aplicar medidas que protejam o utente, os outros e o meio podendo ser necessário o isolamento e imobilização do utente e administração de medicação, mas estas medidas apesar do seu objetivo terapêutico de proteção da vida e integridade física, constituem também uma transgressão dos seus direitos e liberdades civis coincidindo com as situações pontuais e excecionais referidas pelas associações promotoras e defensoras dos direitos humanos (Direção-Geral de Saúde, 2007) sendo por isso muito importante que não se perca de vista os objetivos terapêuticos e a salvaguarda dos direitos dos utentes. Estudos recentes têm focado a sua atenção em práticas de coerção, tais como a medicação forçada e a reclusão sendo a sua principal preocupação a questão de se avaliar se o uso destas medidas e a restrição da liberdade pessoal são ética e clinicamente justificáveis. Estas preocupações éticas são geralmente contrariadas pelo argumento de que o internamento compulsivo pode ter resultados clínicos benéficos para o doente (Silva 2010). De acordo com a Lei de saúde mental 36/98 de 24 julho (1998) o internamento compulsivo só pode ocorrer quando for a única forma de garantir o tratamento necessário ao portador de anomalia psíquica grave, que não possua o discernimento necessário para avaliar a necessidade do tratamento e de dar o seu consentimento, ou que crie uma situação de perigo para o próprio, para terceiros ou bens, devendo terminar logo que esses fundamentos cessarem. As restrições aos direitos fundamentais devem ser os estritamente necessários e adequados ao tratamento, segurança e funcionamento do estabelecimento.

2.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011) o enfermeiro especialista deve ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas na área da governação clínica, conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e promover um ambiente terapêutico e seguro.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) “o conceito de qualidade e as suas dimensões associadas (avaliação de qualidade, garantia de qualidade, melhoria contínua de qualidade) ocupam actualmente um lugar estratégico na planificação dos serviços de saúde em geral, e dos serviços de psiquiatria e saúde mental em particular” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março, 2008, p.1407). É assim necessário aumentar significativamente a expressão dos processos de implementação, de avaliação e garantia de qualidade nos serviços de psiquiatria e saúde mental do País.

No ensino clínico no serviço psiquiatria de Tomar foi possível implementar um programa de exercício físico designado “ATIVA-MENTE” (Anexo I), como forma de responder a uma necessidade do serviço na promoção de cuidados de qualidade e dos utentes com o objetivo de promover a atividade física, e combater o sedentarismo e efeitos negativos associados ao internamento à porta fechada, bem como efeitos secundários da medicação, promover o bem-estar, a interação e convívio entre os utentes e profissionais de saúde. Segundo Takeda (2005) somente nos dias atuais a atividade física tem sido utilizada como medida complementar no tratamento de utentes em geral, e nos portadores de transtorno mental, havendo nessa prática potenciais para o desenvolvimento das atividades físicas que despertem interesse, melhorem a estabilidade emocional a criatividade e socialização. Para Oliveira e Rolim (2003), os exercícios, como técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, podem ter uma função protetora coadjuvante na doença mental, pois podem contrariar os efeitos adversos da medicação, contribuindo para a diminuição da permanência em internamento, levando a diminuição da despesa.

Este programa de exercício físico foi implementado em colaboração com uma colega do ensino clínico e com supervisão dos enfermeiros orientadores. Foram tidas em conta as condições de segurança do ambiente e dos utentes de forma a promover um ambiente terapêutico e seguro adequado à realização da atividade física, havendo para isso uma

reflexão prévia sobre os critérios de inclusão e de exclusão dos utentes que teriam indicação para participar na atividade terapêutica, bem como planeado o ambiente propício à sua realização. Cada sessão de exercício foi planeada para quarenta e cinco a sessenta minutos, num horário planeado e previamente acordado tendo em conta as rotinas do serviço e a disponibilidade dos enfermeiros. Foi implementado pelo menos 2 vezes por semana, onde se incluiu aquecimento, exercício físico ou jogo, e arrefecimento/alongamentos. Na avaliação da sessão para além da observação direta aos utentes, foi-lhes solicitado que dessem a sua opinião no final de cada sessão relativamente à satisfação, aspetos positivos e negativos, sugestões e excetuando na primeira sessão em que não foi possível dado o tempo que demorou, em todas as outras sessões foi ainda possível a avaliação de tensão arterial e pulso antes e após o exercício físico. Inicialmente aquando do planeamento deste grupo foram pensados incluir mais parâmetros na avaliação da sessão e com o intuito de definir indicadores de avaliação dos benefícios, mas como o grupo de utentes que participou não foi sempre o mesmo devido ao tempo de internamento e altas não era possível fazer uma avaliação em termos de evolução, tendo-se optado pelos parâmetros já referidos. Em alguns utentes que tiveram oportunidade de participar em mais sessões foi possível observar melhorias em termos de resistência, mobilidade, coordenação e bem-estar (verbalizado pelos utentes no final das sessões). Nestas sessões teve-se ainda em conta as sugestões dos utentes aumentando assim a sua satisfação, nomeadamente algumas foram feitas ao ar livre no recinto do hospital quando possível em termos de condições meteorológicas, de disponibilidade dos técnicos e de possibilidade dos utentes interessados em participar na atividade poderem sair ao exterior.

Tal como referido e desenvolvido no tópico anterior e que vem também de encontro ao desenvolvimento desta competência, na UCC do entroncamento foi possível implementar uma consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiatria no domicílio contribuindo para uma melhoria dos cuidados prestados e maior facilidade na acessibilidade destas pessoas aos cuidados de enfermagem de que necessitavam, sem que tivessem de ser estes a deslocar-se ao centro saúde, fator muitas vezes difícil devido à sua condição física ou mental e condições habitacionais ou económicas e falta de apoio.

Referindo-me agora ao contexto da minha prática clínica especializada, no meu local de exercício de funções tem sido possível desenvolver vários projetos/intervenções que vêm de encontro às competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Em Agosto 2012, implementei um grupo de atividade física “Grupo Movimento”, realizado duas vezes por semana, durante uma hora, para utentes seguidos no Ambulatório Psiquiatria de Tomar. A implementação deste grupo inicialmente em fase experimental surge pelos já conhecidos e documentados benefícios do exercício físico, tal como refere Takeda (2005) somente nos dias atuais a atividade física tem sido utilizada como medida complementar no tratamento de utentes em geral, e nos portadores de transtorno mental, havendo nessa prática potenciais para o desenvolvimento das atividades físicas que despertem interesse, melhorem a estabilidade emocional a criatividade e socialização.

Mais tarde foi realizado e aprovado em dezembro de 2013 o respetivo protocolo (Anexo II) o que vem também de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade. Este grupo mantém-se dado os ganhos em saúde observados para os utentes que dele têm beneficiado. Para, Oliveira e Rolim (2003), os exercícios, como técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, podem ter uma função protetora coadjuvante na doença mental, pois podem contrariar os efeitos adversos da medicação, contribuindo para a diminuição da permanência em internamento, levando a diminuição da despesa. Embora segundo American Sleep Disorders Association (1991) citada por Mello, Boscolo, Esteves e Tufik, (2005) a eficácia do exercício físico sobre o sono tenha sido demonstrada como uma intervenção não-farmacológica para a melhoria do sono, poucos profissionais da área de saúde têm recomendado e prescrito o exercício físico com este intuito. Segundo O’Connor e Youngstedt (s.d.) citado pelos mesmos autores o sono de pessoas ativas é melhor que o de pessoas inativas. O exercício físico e o sono de boa qualidade são fundamentais para a boa qualidade de vida e para a recuperação física e mental do ser humano (Mello, Boscolo, Esteves & Tufik, 2005).

Segundo Crozara, Braga, Feliciano, Silva, Marçal, Freitas e Callegari (2010), citando Gullette e Blumenthal, a atividade física tem benefícios como tratamento adjunto nos quadros depressivos e ansiosos, sugerindo que esta deva ser prescrita em associação às

demais terapias nestes quadros. Um estudo conduzido por Lopes (2001) e citado por Mello, Boscolo, Esteves e Tufik (2005) indicou que houve redução do percentual de gordura e dos níveis plasmáticos de serotonina, sugerindo que esta relação entre exercício físico e a mobilização de gordura proporciona às participantes uma melhoria nos estados de humor.

Estudos evidenciam que os exercícios habituais são benéficos para a saúde sendo vários os benefícios descritos, proporcionando melhoria da eficiência do metabolismo (aumenta o catabolismo lipídico e a queima de calorias do corpo) com conseqüente diminuição de gordura corporal, desenvolvimento da massa muscular, da força muscular, da densidade óssea, da flexibilidade, fortalecimento do tecido conjuntivo, melhora a postura, a mobilidade articular, aumenta o volume sistólico, diminui a frequência cardíaca, o stresse, a ansiedade, a depressão, a tensão muscular e a insônia, diminui o consumo de medicação, aumento da potencia aeróbica, da ventilação pulmonar, diminuição da pressão arterial, melhora o perfil lipídico, a sensibilidade à insulina, a auto-estima e imagem corporal, o humor, melhor disposição física e mental, melhores funções cognitivas, melhor socialização e funcionamento orgânico geral proporcionando aptidão física para uma boa qualidade de vida (Macedo, Garavello, Oku, Miyagusuku, Agnoll & Nocetti, s.d.). Em relação à vitalidade os praticantes de exercício físico têm maior vigor e vontade para realizar suas atividades diárias, profissionais e atividades pessoais, demonstrando maior energia e menor cansaço, em termos sociais verifica-se melhor inter-relação pessoal, havendo também uma resposta positiva na relação da saúde mental com a atividade física com maior controle do nervosismo, dos sintomas depressivos e desânimo, maior calma e tranquilidade e acima de tudo indivíduos mais felizes (Macedo et al. (s.d.). De acordo com Macedo et al. (s.d.) e com Macedo e Batistella (2000) citado pelo mesmo autor é importante a prática do exercício físico na saúde, no desempenho produtivo do ser humano capacitando-o a realizar eficientemente as tarefas do dia-a-dia de forma mais eficaz e melhorando a qualidade vida, havendo uma relação da melhor capacidade funcional como são as atividades do dia-a-dia com o exercício.

Para Fait (1972) citado por Takeda (2005) a atividade física também proporciona o extravasamento de emoções reprimidas, libertação de tendências agressivas e é benéfica

também para aqueles que têm dificuldade em se auto-expressar e ter satisfação emocional. Takeda, 2005, citando Auxter e pyter (1985) considera que os desportos e as atividades físicas são importantes para pessoas com distúrbios emocionais, uma vez que auxiliam a retoma gradual do equilíbrio psíquico. Malkia (1985) citado pelo mesmo autor num estudo realizado na Finlândia mostrou que pessoas que procuraram atendimento médico devido a distúrbios mentais trabalhavam em serviços que exigiam pouca atividade física e eram mais passivas nas suas horas de folga que as pessoas sem história de problemas mentais, visivelmente mais ativas. O exercício físico pode desempenhar um papel importante no tratamento da doença mental leve a moderada, especialmente a depressão e a ansiedade (Palusca & Schwenk, 2000, citado por Takeda, 2005). De acordo com Meyer e Broocks (2000) citados pelo mesmo autor quase não há contraindicações para a participação de pacientes com transtornos mentais em programas de exercícios físicos desde que não apresentem nenhum problema cardiovascular grave ou infecção aguda. Takeda, 2005, citando Santos (2001) verificou que a atividade física é um recurso que trouxe benefícios orgânicos e mentais a utentes psiquiátricos, possibilitando a integração entre os próprios utentes e com a equipa terapêutica, permitindo ampliar as possibilidades de comunicação de forma não-verbal, facilitou a interação do utente, contribuíram para elevar a auto-estima, auxiliaram na perceção corporal, percebendo as suas limitações e na promoção do bem-estar.

Desde a implementação deste grupo os benefícios verbalizados pelos utentes são coincidentes com a literatura apresentada, verificando-se maior impacto nos focos movimento corporal, aceitação do estado saúde, adesão, ansiedade, autoconhecimento, autocuidado, auto-estima, autonomia, bem-estar, cansaço, cognição, comportamento, comunicação, concentração, conhecimento, coping, depressão, equilíbrio, esperança, estigma, excesso de peso, hipersónia, hipertensão, insónia, isolamento social, intolerância a atividade, memória, não adesão, obstipação, papel de grupo, resposta ao tratamento, socialização. Estes benefícios vêm reforçar a importância deste tipo de intervenções como coadjuvantes no tratamento dos utentes com doença mental, sendo no entanto sabido que a prática regular de exercício físico é aconselhada e benéfica para toda a população com ou sem patologia psiquiátrica havendo benefícios na saúde em geral. Mas em pessoas com doença mental o absentismo é elevado, tendo em conta a

sintomatologia e efeitos secundários da medicação sendo necessário trabalhar a sua motivação para a adesão a este tipo de intervenções.

Assim criar sistemas de qualidade em saúde de acordo com o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, é pois uma ação prioritária, em que os enfermeiros assumem um papel fundamental na definição de padrões de qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, as organizações de saúde devem promover um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros com vista ao empenhamento destes em prol da qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Os cuidados de enfermagem centram-se na promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Assim, ao longo da vida, procura-se prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas e a máxima autonomia na realização das atividades de vida diária (Fradique, 2012).

2.3. GESTÃO DOS CUIDADOS

No que concerne às competências do domínio da gestão dos cuidados que constam do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011) o enfermeiro gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada, promovendo a melhoria na prestação de cuidados, baseada na aplicação de conhecimentos específicos da área, garantindo e supervisionando essa aplicação. Neste sentido foi planeada no serviço psiquiatria de Tomar uma formação de serviço para a equipa de enfermagem tendo em conta as suas necessidades formativas. A temática abordada foi a “adesão ao regime terapêutico: preparação para a alta” (Anexo III).

Adesão terapêutica pode ser definida como o "grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde" (Sabate, 2001; Haynes, 2003, citados por Bugalho & Carneiro, 2004, p. 9). Alguns autores distinguem os termos adesão terapêutica e *compliance*,

resumindo o primeiro à prescrição médica e obediência simples e cega do utente a essa prescrição e o segundo é utilizado como sinónimo de concordância, refere-se à adoção das instruções médicas, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue (Bugalho & Carneiro, 2004). Segundo os mesmos autores atualmente ambos os termos podem ser utilizados como sinónimos, desde que compreendam a existência de um acordo/aliança entre ambas as partes, respeitando crenças e desejos. As consequências da não-adesão ao regime terapêutico são o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos utentes, repetidas situações de recaída e alargamento do período de tratamento, maior recorrência ao serviço de urgência, aumento dos internamentos e conseqüente aumento de despesas desnecessárias. Estudos referem que as taxas médias de não adesão ao regime terapêutico em psiquiatria são de 37 e 42%, bem mais elevadas que nas outras áreas, onde a média é de 24,8% dos utentes (Quesado, Rocha, Mucha & Sá, 2011). WHO (2003) citada por Bugalho e Carneiro (2004) refere que a não adesão é um problema de etiologia multifactorial e identificam fatores sociais, económicos e culturais, fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades, fatores relacionados com a terapêutica, fatores individuais relativos ao utente. É importante que os profissionais de saúde saibam reconhecer e detetar, a não adesão terapêutica, sendo necessária uma avaliação precisa dos comportamentos de adesão terapêutica para um planeamento eficaz do tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004). Para que os doentes possam lidar de forma eficaz com a doença necessitam de estar informados, motivados e com apetência para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais, sendo que a sua intervenção ativa na promoção da sua saúde é imprescindível, bem como o apoio dos familiares e da comunidade em que estão inseridos (Bugalho & Carneiro, 2004). As intervenções Educacionais (promotoras de conhecimento acerca da medicação e/ou doença) e as comportamentais (que incorporam na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos), são ambas intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica dos utentes ou a promover a capacidade dos profissionais de saúde em aumentá-la (Bugalho e Carneiro, 2004). A avaliação subjetiva por falta de um instrumento de quantificação para avaliação dos comportamentos de

adesão, dificulta a implementação das estratégias para melhoria desses mesmos comportamentos. O Questionário de Crenças acerca dos Fármacos (QCF) é a versão portuguesa do *Beliefs About Medicines Questionnaire*, desenvolvido por Horne, Weinman e Hankins, este avalia as crenças dos utentes acerca da utilização de fármacos em geral. A QCF – Geral é composta por duas sub-escalas, de quatro itens cada que avaliam crenças dos utentes relacionadas com potenciais efeitos nocivos, aditivos e tóxicos dos medicamentos (efeitos nocivos), e com a possibilidade de estes serem prescritos em excesso pelos médicos (uso excessivo). Na subescala Uso Excessivo, quanto mais elevada a cotação obtida pelos indivíduos, mais forte a sua crença de que os fármacos são prescritos em excesso pelos médicos, que confiam demais na sua utilização. Na subescala Efeitos Nocivos, quanto mais elevada a cotação obtida pelos indivíduos, mais forte a sua crença no potencial dos fármacos para serem nocivos englobando representações dos mesmos como prejudiciais, aditivos, bem como, a crença de que as pessoas que tomam medicamentos deveriam parar o seu tratamento de vez em quando (Simão, 2009). Este permite assim fazer uma relação com os níveis de adesão uma vez que as crenças dos utentes são um dos fatores que interferem com a sua adesão terapêutica.

Torna-se por isso importante abordar este tema e planear estratégias que promovam a adesão terapêutica e a capacidade dos profissionais de saúde em aumentá-la recorrendo a intervenções Educacionais (promotoras de conhecimento acerca da medicação e/ou doença) e comportamentais (que incorporam na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos), (Bugalho & Carneiro, 2004). O objetivo desta formação em serviço para além da componente educacional pretendeu motivar a equipa para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e evidenciar a importância da promoção da adesão terapêutica. Para além da apresentação dos conteúdos em *power point* sobre a adesão terapêutica e complemento oral, foi apresentado e distribuído um panfleto (Anexo IV) sobre “adesão ao regime terapêutico: informações de preparação para a alta”, bem como o questionário de crenças acerca dos fármacos em geral e explicado o seu preenchimento e a sua utilidade. O esclarecimento de dúvidas foi feito ao longo da formação quando solicitado, e no final foi pedido aos formandos que preenchessem o questionário de avaliação da formação tendo esta sido avaliada como boa a excelente, com grande e muito grande aplicabilidade na função

desempenhada e na maioria considerada como tendo um alto impacto na evolução profissional dos enfermeiros participantes. A avaliação das intervenções efetuadas possibilita a melhoria contínua das mesmas, a sua reprodução em ambientes e condições semelhantes e aumentando da sua eficácia e eficiência.

No sentido da melhor intervenção da equipa de enfermagem, disponibilizando assessoria, melhorando a informação para o processo de cuidar, de adaptar o estilo de liderança, adequando-o ao clima organizacional, reconhecendo e compreendendo os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa e promovendo um ambiente positivo e favorável à prática, aplicando estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011), foi planeada uma formação para a equipa da UCC cuja temática abordada foi o *Burnout*. O tema escolhido foi de encontro às necessidades formativas e profissionais da equipa, e neste caso no sentido da promoção da saúde mental e prevenção do risco profissional, e assim promover a qualidade dos cuidados prestados. Para além da componente formativa pretendeu também visar a componente interventiva na equipa.

O termo *Burnout* surgiu pelo psiquiatra norte-americano Freudenberger em 1974, ao descrever as vivências de um grupo de voluntários que trabalhavam na reabilitação de toxicodependentes, verificou que estes experimentavam uma diminuição da energia, da motivação, envolvimento com trabalho com manifestação de vários sintomas físicos e mentais. Este considerou esta síndrome como uma situação que se manifesta através de uma verdadeira crise de identidade, colocando em questão todas as características da pessoa, no plano físico, psíquico e relacional (Paulos, 2009).

Maslach psicóloga social descreveu em 1978 o *Burnout* como uma síndrome de cansaço físico e emocional, com desenvolvimento de uma auto-imagem negativa, de sentimentos de indiferença e cinismo, uma atitude negativa em relação ao trabalho, uma perda de interesse e de sentimentos acerca dos clientes, que surge como resposta a fatores stressantes interpessoais crónicos no contexto de trabalho (Maslach, shaufeli & Leiter, 2001, citados por Paulos, 2009). A nível laboral os conceitos de stresse e de *Burnout* estão muito associados, o *Burnout* engloba e excede o stresse profissional e retira sentido ao trabalho, a síndrome completa é composta por três fases

progressivamente evolutivas, a exaustão emocional, a despersonalização e o sentimento de incompetência (Delbrouck, 2006).

A exaustão emocional é tanto física como psíquica (Delbrouck, 2006) traduzida por cansaço emocional com sensação de não poder dar mais de si (Maslach & Jackson, 1981, citados por Queirós, 2005), sensação de vazio, de não conseguir lidar com as emoções do outro, podem ocorrer explosões emocionais como a raiva, sendo que a fadiga emocional não melhora com o repouso (Delbrouck, 2006). A despersonalização caracteriza-se por uma atitude fria, excessivamente distante para com o trabalho e para com as pessoas do trabalho, representa a componente interpessoal do *Burnout* (Maslach, 1998; 2006 citado por Oliveira, 2008), é a desumanização das atitudes e sentimentos (Queirós, 2005). O sentimento de incompetência é a consequência das anteriores, ocorrem sentimentos de ineficácia, se não fazer um bom trabalho, de frustração relativamente ao sentido que antes atribuía à profissão, dúvida sobre si próprio, e das suas capacidades levando a auto desvalorização, culpa, desmotivação (Delbrouck, 2006). Este sentimento crescente de falta de eficácia é agravado pela ausência de recursos profissionais assim como pela falta de suporte social e de oportunidades de desenvolvimento profissional, e os indivíduos questionam se devem continuar nesse trabalho ou profissão (Maslach, 2006, citado por Oliveira, 2008).

Os fatores etiológicos do *Burnout* podem classificar-se em individuais, laborais e sociais, em que os indivíduos mais susceptíveis ao *Burnout* são aqueles que iniciam uma atividade profissional com muito idealismo e boas intenções, esperançosos e dedicados; gradualmente comprovam que não são apreciados e vão perdendo significado no que executam (Vaz Serra, 1999 citado por Oliveira, 2008). As profissões dos serviços humanos e de saúde são exemplos deste tipo de profissionais com valores elevados, vocacionados para a profissão, e cujo contacto intenso e emocionalmente carregado com utentes leva ao desgaste do profissional (Maslach, 2006; Maslach & Schaufeli, 1993 citado por Oliveira, 2008). Nestas profissões esperam sempre que os profissionais estejam inteiramente disponíveis que coloquem as necessidades dos outros em primeiro lugar, fazendo o possível para dar a melhor resposta ao objeto do cuidado, além disso, os ambientes organizacionais que enquadram as profissões de serviço são moldados por várias conjunturas sociais, políticas económicas (ex: cortes orçamentais)

que interferem na sua vida profissional (Maslach, 2006 citado por Oliveira, 2008). Os indivíduos jovens, mulheres, solteiros ou sem companheiro estável, trabalhadores de turnos laborais de maior duração, assim como fatores de personalidade como pessoas idealistas, otimistas, com expectativas altruístas elevadas, desejo de prestígio e maiores ganhos económicos são os que têm maior risco de desenvolver *Burnout* (Guevara, Henao & Herrera, 2004 citado por Oliveira, 2008).

A estrutura organizativa é uma fonte de stresse e as organizações mais estruturadas apresentam níveis mais baixos de *Burnout*, enquanto aquelas cujas estruturas não são claras, têm tendência a ambiguidade, conflito de papéis e aparecimento de *Burnout*. Quando dentro das organizações as relações estabelecidas entre os vários intervenientes (chefes, trabalhadores e clientes) são intensas, conflituosas, duradouras, o risco de esgotamento profissional e de *Burnout* aumenta. Muitas vezes geram-se conflitos interpessoais e intragrupoais, e gera-se uma falta de apoio dos colegas e também dos chefes, originando um ambiente de trabalho muito tenso e stressante. A autonomia refere-se à perceção que os profissionais têm da sua influência na tomada de decisões sobre aspetos laborais, sobre o desenvolvimento e controlo de procedimentos que os afetam diretamente e da iniciativa que possuem utilizando as suas aptidões. A falta de autonomia deve-se muitas vezes à existência de líderes pouco flexíveis, e de barreiras muito rígidas, levando assim a altos níveis de *Burnout*. As expectativas estão relacionadas com a carreira, com os objetivos, com aquilo que se espera alcançar e desenvolver. Contudo, muitas vezes os profissionais verificam que ou não conseguem atingir todos os objetivos, ou que o seu trabalho não é reconhecido, ou ainda que não existe uma progressão na carreira. Esta situação causa nos profissionais sentimentos de desqualificação, de decepção consigo mesmos ou com os seus superiores, originando baixa realização pessoal, sentimentos de “perda da vocação”, até ao desenvolvimento de *Burnout* (Oliveira, 2008).

As consequências do *Burnout* podem ser de ordem interpessoal (como problemas familiares e sociais) ou de ordem pessoal, encontrando -se aqui as perturbações psicossomáticas, os problemas psicológicos (hostilidade, ansiedade, depressão) e os problemas de comportamento que afetam o rendimento no trabalho, como por exemplo

o absentismo, atrasos, diminuição na qualidade do trabalho, etc. (Zamora et al., 2004 citado por oliveira, 2008).

Como qualquer intervenção a realizar, a intervenção no *Burnout* deverá contemplar os três níveis de prevenção (Truchot, 2004 citado por Oliveira, 2008). A primária (prevenindo o *Burnout*, eliminando/reduzindo as suas fontes), a secundária (quando o *Burnout* está instalado e se pretende diminuir as tensões percebidas) e a terciária (tratar os indivíduos em *Burnout* declarado) (Oliveira, 2008). As estratégias de intervenção para a prevenção e tratamento da síndrome de *Burnout*, em cada nível, deverão preferencialmente ser aplicadas a três contextos, individual, grupal e organizacional (Garcia, 1990, citado por Queirós, 2005). Segundo Gil-Monte (2003) as estratégias individuais englobam a formação em resolução de problemas, assertividade e gestão eficaz do tempo. As estratégias de grupo englobam a procura de apoio dos colegas e superiores (Gil-Monte, 2003), sendo que Garcia (1990) citado por Queirós (2005) refere o apoio social, nomeadamente o papel da família, do grupo de amigos e colegas, grupos de apoio. As estratégias organizacionais podem englobar programas de socialização, implementação de sistemas de avaliação que permitam aos profissionais um papel ativo e de participação nas decisões laborais (Gil-Monte, 2003), o suporte informal dos colegas e supervisores pode melhorar a perceção que o indivíduo tem dos seus recursos para lidar com as situações (Queirós, 2005), o trabalho em equipa pode diminuir atitudes negativas (Garcia, 1990, citado por Queirós, 2005). Para Marques-Teixeira (2002) grupos de supervisão são uma estratégia eficaz diminuindo o isolamento profissional e *Burnout*, variar as tarefas nas rotinas diárias, flexibilidade de horários, trabalho em equipa, promover locais de trabalho agradáveis, manter uma livre circulação de informação, encorajar as pessoas a falar das sua dificuldades, envolve-las nas tomadas de decisão, reconhecimento do trabalho efetuado, criar oportunidades para discutir os problemas institucionais.

Tal como referido anteriormente para além da componente formativa disponibilizando informação científica sobre o tema a realização desta formação pretendeu também visar a componente interventiva na equipa. Assim foi também planeada uma dinâmica de exploração e partilha de sentimentos face ao trabalho. Assim foi solicitado que de entre os vários materiais disponibilizados (folhas, revistas, canetas, lápis de cor, tesouras,

cola, agrafador) escolhessem quais queriam utilizar de forma a expressarem numa folha os sentimentos atuais face ao trabalho. Após isto as folhas foram colocadas num saco e cada um devia tirar aleatoriamente uma folha, garantindo que não retirava a sua. Depois desta fase cada um em sua vez mostrou a folha que retirou do saco aos restantes participantes e além de tentar adivinhar a quem ela pertencia, tentou descrever o que a pessoa que a fez queria transmitir, no final o autor da folha confirmava ou não a interpretação feita, procedendo à transmissão do que tentou expressar. A completar esta dinâmica foi realizada uma outra chamada “O Poço” em que se colocavam em pé todos em círculo em que cada um agarrava o polegar do colega do lado e após formado o poço deveriam deitar lá para dentro os sentimentos negativos dos quais gostariam de se despegar verbalizando as palavras que exprimiam esses sentimentos negativos. Foram expressas palavras como “cansaço”, “melhorar”, “exaustão”, “fadiga”. Foi ainda utilizado o quadro da sala de reuniões para deixar mensagens expostas, “Existe sempre uma luz ao fundo do túnel”, “melhorar”, “Acreditar”, “Ter esperança”, “Caminhar/chinelar”, “Dar o melhor de cada um aos outros”.Após esta dinâmica foi passado um vídeo em *powerpoint* com imagens animadas de animais personalizando seres humanos e mensagens positivas a adotar no dia-a-dia como promoção do bem-estar e saúde mental, acompanhado de uma música animada, que foi muito apreciado. Tal como referido anteriormente por Gil-Monte (2003) as estratégias de prevenção e tratamento do *Burnout* passam por estratégias individuais, bem como de grupo como o apoio dos colegas e superiores, bem como estratégias organizacionais tais como programas de socialização, vindo esta intervenção desenvolvida ao seu encontro.

2.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

De acordo com o regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011) as competências do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais refere-se ao desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade, bem como à prática clínica especializada de acordo com sólidos e válidos padrões de conhecimento profissional.

O relacionamento terapêutico entre enfermeiro e utente é uma experiência de aprendizagem mútua e uma experiência emocional corretiva para o paciente, com mútuo respeito e aceitação das diferenças étnicas e culturais, em que o enfermeiro usa as

qualidades pessoais e as técnicas clínicas no trabalho com o utente para obter o insight e a mudança comportamental (Stuart & Laraia, 2001). Para isso o enfermeiro utiliza-se a si mesmo como ferramenta, sendo a autoanálise o primeiro elemento para prestar cuidados de enfermagem de qualidade (Stuart & Laraia, 2001). Um enfermeiro consciente de si está em posição muito mais favorável para sentir empatia pelos seus utentes e para encorajar revelações íntimas feitas por eles (Jourard, 1971 citado por Stuart & Laraia, 2001). Para que efetivamente o enfermeiro ajude os utentes necessita ter consciência de si mesmo, clareza de valores, exploração das emoções, capacidade para servir de modelo, altruísmo e senso de ética e responsabilidade (Stuart & Laraia, 2001).

Durante os ensinamentos clínicos procurou-se fazer este desenvolvimento do autoconhecimento, foram realizadas duas autoanálises, uma no início e outra no fim do ensino clínico, bem como a reflexão escrita de cada ensino clínico, o investimento na pesquisa na procura do saber ser, saber fazer e saber estar. Foram feitas reuniões quinzenais na escola com o professor responsável e restantes colegas de especialidade promovendo um processo de supervisão e intervisão, na promoção da reflexão individual e conjunta, através do ponto de vista do outro, dando lugar ao aperfeiçoamento de desempenho. Como guia orientador da prática clínica especializada a desenvolver nos ensinamentos clínicos foram elaborados planeamentos para cada ensino clínico de acordo com os objetivos delineados no documento de Planeamento do Ensino Clínico (Gomes & Henriques, 2012), tendo sido feita a reflexão e planeamento de cada intervenção e a respetiva reflexão e avaliação após cada intervenção, ponderando os aspetos positivos e os a aperfeiçoar no sentido da melhoria do desenvolvimento profissional como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria e do autoconhecimento. De acordo com Alarcão e Rua (2005) o processo de desenvolvimento implica ser capaz de avaliar as suas capacidades e competências, identificar aspetos fortes e fracos, analisar as suas possibilidades, buscar melhorias, desenvolver o autoconhecimento e a auto-regulação, tomar decisões relativas à profissão dado que a competência profissional resulta de um conjunto de micro interações, nomeadamente com o próprio (interação intrapessoal), com ou outros (interação interpessoal), com os saberes na sua relação de interatividade (interação interdisciplinar).

Foi possível o treino da utilização da comunicação terapêutica quer no contexto individual quer no contexto de grupo, segundo Neeb (2000) esta é intencional, pretende identificar as necessidades do utente, podendo também utilizar nessa identificação a escuta ativa e intencional. Nos ensinamentos clínicos houve espaço também à reflexão sobre os impasses terapêuticos como a resistência, transferência, contratransferência e violações de limites, de forma a estar atenta caso se verificassem dado que estes impedem o relacionamento terapêutico entre enfermeiro e utente caso não sejam resolvidos. De acordo com Stuart e Laraia (2001) o resultado com os utentes psiquiátricos está relacionado com a base de conhecimentos do enfermeiro, suas capacidades clínicas e a capacidade de introspeção e de auto-avaliação.

Também no desenvolvimento desta competência que defende a prática clínica fundamentada em sólidos e válidos padrões de conhecimento facilitando o processo de aprendizagem, contribuíram as formações em serviço em ambos os ensinamentos clínicos já desenvolvidas anteriormente, bem como os estudos caso, e apesar de na mesma temática do *Burnout*, no contexto comunitário para além da formação para os profissionais da UCC, foi também realizada a mesma formação ao pessoal técnico do Rendimento Social de Inserção (RSI) dado ter sido identificada esta necessidade de intervenção/formação. Esta foi realizada primeiro do que à equipa da UCC e diferiu dessa no início tendo sido planeada uma dinâmica de apresentação das formandas em que agrupadas duas a duas cada uma apresentava a colega após uma breve entrevista, com o objetivo de quebra-gelo para além de permitir o conhecimento do outro. Foi também solicitado às participantes que partilhassem as suas expectativas face a esta sessão e conhecimentos pré-existent sobre *Burnout*, recorrendo a uma metodologia de *Brainstorming*. Foi perceptível que todas ouviram falar do conceito em si, mas que o nível de conhecimentos não era o mesmo entre todas, algumas tinham presente a definição académica que outrora ouviram em sua formação escolar, outras não o recordavam, tendo todas demonstrado interesse na formação e em expor as suas experiências pessoais ou vividas de perto e poderem em conjunto connosco debater o tema. A apresentação *Power point* foi a mesma posteriormente utilizada na formação para a equipa da UCC fundamentada no ponto anterior. Na dinâmica do “Poço” de partilha dos sentimentos negativos relacionados com o trabalho foram expressas as palavras “desilusão”, “cansaço”, “tristeza”, “exaustão”, “angústia”. Foi também passado

o *power point* de imagens animadas personalizando seres humanos com mensagens positivas a adotar no dia-a-dia no sentido da promoção do bem-estar e saúde mental. Esta sessão foi muito apreciada, tendo-se prolongado por mais tempo do que o previamente planeado dado toda a entrega e partilha gerada no grupo, o que impossibilitou a sessão de relaxamento planeada como forma de intervenção e de treino neste grupo. A técnica de relaxamento é um método que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado; ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva. Pode ser utilizada como elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e pode diminuir a tensão muscular, tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011). As dúvidas foram esclarecidas ao longo da sessão. A avaliação dos formandos foi que esta se revelou muito útil e alertou para esta problemática que pode acarretar graves consequências caso não haja consciencialização da mesma e intervenção no sentido da diminuição do risco ou da incidência e tratamento.

O domínio desta competência refere ainda a importância de o enfermeiro especialista ser um agente ativo no campo da investigação, identificando oportunidades relevantes de investigação contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro), tendo nesse sentido sido desenvolvido um trabalho de investigação que será descrito no Capítulo 4. Esta competência também foi possível desenvolver no Âmbito do Work in Progress- Intensive Programme (WIP-IP) na Universidade de Oslo, durante duas semanas, integrado no programa Erasmus envolvendo quatro Escolas de Enfermagem da Noruega, de Portugal, da Eslovénia da Irlanda. O projeto inicialmente programado em contexto académico foi apresentado nesta Universidade de Oslo e melhorado de acordo com as sugestões que surgiram no debate após essa apresentação. Este contexto permitiu para além da aprendizagem a nível da investigação e da língua inglesa, as aprendizagens a nível cultural e social

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL

A prática clínica especializada em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, e de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade ao longo do ciclo vital, estabelecendo relações de confiança e parceria com o utente, bem como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas resoluções (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O enfermeiro especialista em saúde mental compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do utente assim como as suas implicações no seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

3.1. DETÉM UM ELEVADO CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO, MERCÊ DE VIVÊNCIAS E PROCESSOS DE AUTO-CONHECIMENTO, DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

O descrito no Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro (2011) relativo à primeira competência do enfermeiro especialista em saúde mental refere a importância da tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

De acordo com Vaz Serra (1986) a maneira como uma pessoa se percebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, estando o autoconceito relacionado com a percepção que cada um tem de si próprio, em termos de ator social em interação, influenciando, assim, o seu relacionamento interpessoal. Ainda de acordo com o mesmo autor o autoconceito esclarece-nos sobre a forma como uma pessoa se relaciona com as outras e lida com os seus sentimentos e motivações, explicando a razão pela qual um indivíduo desenvolve determinado comportamento ou apresenta determinadas emoções em diferentes contextos. Sendo que no contexto dos ensinamentos clínicos foi importante a tomada de consciência de mim própria, das minhas características pessoais, capacidades e conhecimentos, no sentido de tal como referido por Stuart e Laraia (2001) me poder usar a mim própria como ferramenta e ser terapêutica.

Os ensinamentos clínicos contribuíram para o desenvolvimento da capacidade de autonomia, da tomada de decisão apoiada em conhecimentos científicos, e respeito pelos utentes. Para Stuart e Laraia (2001) o processo de procura de autonomia ajuda ao autoconhecimento, sendo que para Ribeiro (2011b) a autonomia é a capacidade do enfermeiro cumprir as suas funções profissionais numa forma auto-determinada enquanto cumpre os aspetos legais, éticos e práticos da profissão. A conquista da autonomia leva a que os enfermeiros se confrontem com problemas éticos e com a consequente necessidade de eles próprios tomarem decisões complexas, não só pelas características únicas de cada utente, mas pelos múltiplos problemas, sinais e sintomas que necessitam ser interpretados e também devido a situações de incerteza e ambiguidade com as quais têm de lidar, que exigem adequação aos princípios e valores éticos em geral e da profissão em particular.

Para Valente (2002) é importante estimular o aluno para a autoanálise e reflexão sobre a ação, visando favorecer um maior conhecimento das competências múltiplas já conseguidas, descobrindo em si as potencialidades existentes e as limitações que necessita de vencer. Neste sentido as atividades e intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas planeadas e desenvolvidas nos ensinamentos clínicos, e as reflexões sobre as mesmas, a supervisão dos enfermeiros orientadores, professor e colegas permitiram não só o desenvolvimento de competências

diversas, como a tomada de consciência desse desenvolvimento e dos fatores pessoais e profissionais que podem interferir no relacionamento com os utentes e conseqüentemente nos resultados terapêuticos esperados, visto a importância do estabelecimento quer da comunicação terapêutica, quer da relação terapêutica, permitindo assim um crescimento pessoal próprio e dos utentes, tal como defendido por Peplau. Segundo Townsend (2011) a relação terapêutica refere-se à interação entre o prestador de cuidados e o utente em que a colaboração de ambos contribui para um clima curativo, promoção do crescimento e/ou prevenção da doença. Através do estabelecimento de uma relação enfermeiro-utente satisfatória, é feita uma aprendizagem de forma a generalizar a capacidade de alcançar relações interpessoais satisfatórias em outros aspetos das suas vidas, contribuindo para isso o autoconhecimento (Townsend, 2011).

Peplau designou de enfermagem psicodinâmica o relacionamento interpessoal desenvolvido no processo cuidar entre o enfermeiro e o utente, sendo este dinâmico, dando lugar ao crescimento pessoal que é partilhado por ambos (Peplau, 1996 citada por Almeida, Lopes & Damasceno, 2005). De acordo com este modelo da enfermagem psicodinâmica a postura adotada pelo enfermeiro interfere diretamente na aprendizagem do utente durante o processo de cuidado ao longo de sua experiência como utente (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005). O auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de resolução dos problemas ou dificuldades interpessoais quotidianos (Peplau, 1996 citada por Almeida, Lopes & Damasceno, 2005). Tendo consciência deste processo e da importância do autoconhecimento foram realizadas nos ensinamentos clínicos autoanálises de acordo com os tópicos autoconsciência, clarificação de valores, exploração de sentimentos e capacidade para servir de modelo (Taylor, 1992), permitindo assim a reflexão e consciencialização do crescimento pessoal e profissional ocorrido, bem como os aspetos facilitadores e dificultadores deste processo e do estabelecimento da relação terapêutica com os utentes.

3.2. ASSISTE A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OPTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Tendo em conta o REPE a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Enfermeiro é o profissional habilitado com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. Enfermeiro especialista é o enfermeiro a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Decreto-Lei nº 16/96 de 4 de setembro, 1996).

O enfermeiro especialista em saúde mental executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, 2011), pelo que no ensino clínico no internamento de psiquiatria se percebeu que a grande maioria dos utentes internados tinha como diagnóstico médico um tipo Transtorno psicótico e foi percebida uma necessidade de intervenção em termos de conhecimento sobre a doença diminuído por parte das famílias/cuidadores. Esta necessidade foi identificada aquando da visita dos seus familiares que se dirigiam à equipa de saúde do serviço e solicitavam informações e esclarecimento de dúvidas. Assim com a supervisão da enfermeira orientadora foi planeada e realizada esta sessão dirigida aos familiares dos utentes com diagnóstico médico um tipo Transtorno psicótico em dia previamente acordado com os familiares e serviço.

A Psicose é um termo comum a várias perturbações mentais, quando alguém tem um episódio psicótico tem dificuldade em compreender a realidade visto que a sua percepção da realidade se encontra modificada. Os sintomas psicóticos constituem um grupo de sintomas que incluem alucinações e delírios, o termo Psicose (e sintomas psicóticos) refere-se à perda do juízo da realidade e a um comprometimento do funcionamento

mental, social e pessoal, que normalmente leva a um prejuízo no desempenho das tarefas e papéis habituais (Ballone, 2005).

Segundo a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV-TR* os transtornos que incluem sintomas psicóticos são a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Psicótico Compartilhado, Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno Induzido por Substâncias, Transtorno Psicótico e Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação. Os sintomas estão geralmente divididos em positivos, negativos, cognitivos e afetivos (Programa de Informação sobre Esquizofrenia (PIE), 2004). Os sintomas positivos são sintomas psicóticos que incluem alucinações e delírios, as alucinações são percepções que ocorrem sem que haja um estímulo sensorial correspondente, e podem ser visuais, auditivas, olfativas, táteis e gustativas e os delírios são crenças falsas que não cedem à argumentação lógica ou evidências contrárias (Afonso, 2010). Os sintomas negativos refletem um estado deficitário da motivação, do discurso, das emoções, do pensamento e das relações interpessoais, podem manifestar-se através da diminuição ou falta de motivação para qualquer atividade (amotivação), pela falta de iniciativa para iniciar tarefas, manifestando -se também no desleixo pessoal (abulia), na perda de interesse e satisfação (anedonia), pela ausência de desejos (apatia), pela diminuição e pobreza da linguagem ou aumento de latência de resposta (alogia), pelos sintomas depressivos, etc (Afonso, 2010). Os sintomas cognitivos incluem alterações do pensamento como na capacidade de compreender, planejar e executar tarefas, dificuldades de concentração e em manter uma conversa mudando constantemente de tema, alterações da memória (PIE, 2004). Os sintomas afetivos referem-se ao esbatimento dos sentimentos, imutabilidade dos afetos, dificuldade em colocar-se no lugar do outro sentindo o que o outro sente, discordância afetiva, ambivalência afetiva (Afonso, 2010).

As causas da psicose permanecem pouco conhecidas, estudos indicam que não existe uma só causa, mas sim uma interação entre fatores genéticos, comportamentais e ambientais. Cientistas têm estudado os fatores genéticos (probabilidade de múltiplos genes criarem uma predisposição para desenvolver a doença), fatores perinatais (hipóxia, traumatismo obstétrico) e pré natais (stress, défices de nutrição intrauterina ou

infecções virais), alterações hormonais, alterações nos neurotransmissores, drogas e vários stressores não específicos (*National Institute of Mental Health, 2002*).

A medicação antipsicótica tem contribuído para melhorar a perspetiva de vida dos utentes, ao reduzir os sintomas psicóticos (alucinações e delírios), permitindo assim que estes funcionem de forma mais efetiva e apropriada, possibilitando assim a sua integração no seio familiar e na sociedade. Infelizmente, não parecem ser muito úteis nos sintomas negativos sendo necessário recorrer a outro tipo de medicação como os antidepressivos, (*National Institute of Mental Health, 2002*). A taxa de recaída aumenta com a interrupção dos antipsicóticos ou uso irregular, é por isso muito importante que os utentes tenham um bom acompanhamento médico e que os familiares sejam também orientados, uma vez que esse acompanhamento costuma aumentar a adesão ao tratamento (*National Institute of Mental Health, 2002*).

McFarlane et al (2003) citados por Brito (2005) afirmam que viver com uma doença grave e crónica como a esquizofrenia é difícil e confuso tanto para os doentes como para as suas famílias, e por isso, necessitam de adquirir conhecimentos sobre a doença e sobre como lidar com os sintomas e suas consequências no dia-a-dia, tal como os profissionais que tratam estes doentes para assim poderem garantir estas intervenções. Face a esta situação, os familiares/ pessoas significativas dos doentes/ prestadores informais de cuidados, são um recurso extremamente importante na prestação de cuidados às pessoas com doença mental grave e crónica, como é o caso da psicose tornando-se por isso necessário atender às necessidades das pessoas com perturbações mentais e também das suas famílias. Esta sessão psicoeducativa surgiu com intuito de responder a essa necessidade. Estiveram presentes 12 familiares e um amigo de utentes internados no serviço com diagnóstico médico de algum tipo de Transtorno psicótico e de Transtorno Bipolar. Antes do início da sessão foram explicados os objetivos, e feita uma avaliação das expetativas e conhecimentos pré-existentes, tendo-se percebido que todos tinham grande interesse no conteúdo da sessão e que existiam ainda muitas dúvidas e desconhecimento relativamente à psicose. Deu-se início à sessão com a apresentação em *power point* dos conteúdos previamente selecionados como pertinentes. Ao longo da apresentação as informações em *power point* foram complementadas oralmente e foi feito o esclarecimento de dúvidas quando solicitado.

Verificou-se por parte dos familiares a identificação de situações semelhantes às apresentadas com conseqüente relato, permitindo assim constatar a sua compreensão dos conteúdos explicados e o enriquecimento da sessão. Alguns familiares mostraram-se mais interventivos que outros, mas todos permaneceram interessados, tendo mesmo havido dois familiares que inicialmente disseram apenas poder ficar uma hora e ficaram até ao final, o que foi muito recompensador e evidenciou o seu interesse na intervenção e a utilidade da mesma, tendo a avaliação da sessão sido feita através do questionamento oral da opinião dos participantes tendo-se obtido diferentes opiniões: “Gostei muito de estar presente e de tudo o que falou, lidar com este tipo de doentes não é fácil, como sabe, e muitas das vezes temos muitas dúvidas do que fazer em certas situações ou em perceber o que se passa com ele. Este tipo de formações devia existir mais vezes porque é muito importante”; “Obrigada pelo curso gostei muito, fiquei a saber o que é a psicose, falou de coisas que já lhe aconteceram a ele, é bom saber estas coisas”; “Gostei muito”; “Foi muito importante”.

Ainda de acordo com o Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro (2011) o enfermeiro especialista em saúde mental coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos. Neste âmbito no ensino clínico desenvolvido na UCC do entroncamento foi planeada e desenvolvida uma sessão no seguimento do plano de ação do Entroncamento como forma de dinamização do projeto de intervenção *antibullying* “Ser feliz na minha escola”. Foi dirigida a um agrupamento de escolas da região a alunos do 7º ano de escolaridade e docentes. Esta constituiu uma sessão psicoeducativa que pretendeu propiciar melhores condições de entendimento e compreensão da patologia, foi limitada no tempo, estruturada, diretiva, focada no presente e na busca de resolução de problemas (Figueiredo et al, 2009), neste caso com o intuito preventivo. Pode ser considerada uma intervenção socioterapêutica e simultaneamente uma terapia psicossocial, se entendermos que cada um dos alunos que participou na formação tem um papel ativo no seu ambiente social, logo ao influenciarmos o indivíduo podemos influenciar o seu papel inserido no seu meio social, podemos considerar uma terapia psicossocial. Se por outro lado entendermos que estamos a trabalhar o ambiente social de todos estes alunos e as suas relações sociais então estaremos a realizar uma intervenção socioterapêutica. Esta sessão pretendeu sensibilizar os alunos e docentes

para a gravidade das situações de *bullying* e para a importância de prevenir e identificar este tipo de violência, dado que poderá levar ao desenvolvimento de diversas perturbações mentais dos que nela participam ou se vêm envolvidos.

O Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) reconhece como prioritárias estratégias de promoção e prevenção da saúde mental nomeadamente programas de educação sobre saúde mental na idade escolar, prevenção de violência juvenil, aconselhamento para crianças e adolescentes com problemas específicos, dado que se prevê em Portugal, um impacto crescente destes problemas, nomeadamente da delinquência juvenil e dos comportamentos violentos (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março, 2008).

Os estudos neste domínio indicam que o *bullying* é um fenómeno cada vez mais frequente no contexto escolar (Olweus, 1994; Smith et al., 1999; Pereira, 2002; Pereira et al., 2004; Barros, et al., 2009, citados por Lopez, Amaral, Ferreira & Barroso, 2011), dado o elevado número de crianças presentes e a dificuldade de os adultos conseguirem vigiar todos os comportamentos atempadamente, levando a que esta situação passe muitas vezes despercebida por muito tempo quer pelos pais, professores e sociedade em geral, sendo muitas vezes identificado apenas quando as consequências/manifestações são já muito graves como por exemplo depressão, doenças/queixas psicossomáticas, baixo rendimento escolar, absentismo, recusa em frequentar a escola (Almeida & Palas, 2006).

Segundo Fante (2005) e citado por Souza (2010) o *Bullying* é um fenómeno complexo e de difícil identificação, principalmente por manifestar-se de maneira subtil e disfarçada pelos envolvidos nesse fenómeno levando a que haja uma aceitação por parte deles e a falta de impunidade, favorecendo a perpetuação de comportamentos agressivos. O *bullying* é um fenómeno que tem vindo a preocupar a sociedade em geral, mas em particular a comunidade educativa, os pais, os alunos e os técnicos de saúde pois, é um subtipo de violência escolar, que inclui tanto componentes físicas como psicológicas, envolvendo uma relação entre o agressor e a vítima na qual sujeitos mais fracos são regularmente provocados, oprimidos e insultados. Esta forma de violência entre os adolescentes distingue-se da agressão ocasional não só pela sua persistência no tempo,

como pela desigualdade de poder entre os intervenientes (agressor e vítima), constituindo, portanto, uma relação de poder assimétrico (Olweus, 2000, citado em ACES de Serra D'aire, 2010). O agressor é normalmente uma criança que por qualquer motivo assume uma posição de poder ou força em relação a vítima, acusando-a de ser responsável pelo que lhe acontece, ou porque é feia, gorda, fraca, etc. Este exerce uma grande pressão, incute medo, faz ameaças para que esta se mantenha em silêncio (Almeida & Palas, 2006). As vítimas são normalmente pessoas frágeis em termos de habilidades físicas e emocionais para reagir, sentem-se inseguras, tendem a isolar-se o que as impede de pedir ajuda, dificuldades de integração nos grupos, no meio familiar apresentam sinais de evitação e medo de ir a escola mas não procuram ajuda (Vila & Diogo, 2009). Os observadores foram caracterizados como observadores passivos, apoiantes ativos dos agressores e apoiantes ativos das vítimas, o autor verificou que os pares passam, em média, 53% do seu tempo a observar passivamente episódios de *bullying*, 25% do seu tempo apoiando as vítimas e 22% do seu tempo apoiando ativamente os agressores (O'Connell, 2000, citado em ACES de Serra D'aire, 2010). Segundo Jeffrey, Miller e Linn (2001) citados em ACES de Serra D'aire (2010) os agressores podem criar um clima de medo e de intimidação que afecta não apenas os alunos que são alvo de *bullying*, mas também os observadores. Episódios de *bullying* classificam-se em diretos e indiretos. As ações diretas podem ser físicas como chutar, empurrar, bater, tomar pertences ou verbais como insultar e dar apelidos ofensivos. Já as indiretas são aquelas que fazem com que alguém seja discriminado ou excluído de seu grupo social, como disseminação de boatos ou histórias desagradáveis sobre um indivíduo (Lopes Neto & Savedra, 2003; Pinheiro, 2006, citados por Zaine, Reis & Padovani, 2010).

A sessão foi iniciada com as apresentações, a explicação dos objetivos, a avaliação das expectativas e conhecimentos já existentes através de um questionário, permitindo perceber que todos já ouviram falar de *bullying*, alguns sabiam explicar o fenómeno e dar exemplos, outros confundiam o termo ou o que ele engloba, e todos demonstraram interesse em receber a formação e principalmente em expor as suas experiências e poderem debater o tema. De seguida deu-se início à apresentação do *power point* dos conteúdos relacionados com o tema e previamente seleccionados como pertinentes. Ao longo da apresentação as informações em *power point* foram complementadas

oralmente e o esclarecimento de dúvidas foi feito ao longo da formação quando solicitada, tornando assim a sessão dinâmica e não apenas unidirecional. Foi realizado um debate em que os alunos foram dando exemplos de situações que já vivenciaram ou presenciaram ou que ouviram falar. Esta troca de informações e esclarecimento de dúvidas foi permitindo a compreensão dos conteúdos apresentados bem como o enriquecimento da sessão. Foi ainda passado um vídeo do *youtube* sobre *Bullying* feito por alunos num projeto escolar com exemplos pessoais de *Bullying*, como forma de apelar à sensibilização para a denúncia de situações de *bullying* se detetadas ou que possam vir a tornar-se, assim como para as suas consequências. No geral todos estiveram participativos e consideraram a sessão interessante ou muito interessante e que lhes permitiu aquisição de conhecimentos. Esta sessão também permitiu fazer uma avaliação da opinião e consciencialização sobre o *bullying* ao ser pedido aos alunos que respondessem a um questionário anónimo sobre a sua convivência pessoal com situações de *bullying* tendo 6 alunos respondido que já tinham sido vítimas de *Bullying*, 2 confessaram já terem sido agressores, 6 já observaram situações de *Bullying* a outros alunos, no entanto no final apenas dois consideraram que na sua escola existem muitos casos que eles consideraram de *Bullying*, tendo estes resultados sido comunicados ao docente e ao centro saúde de forma a que fossem considerados no âmbito da dinamização do projeto de intervenção *antibullying* “Ser feliz na minha escola”.

3.3. AJUDA A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, INTEGRADA NA FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE A RECUPERAR A SAÚDE MENTAL, MOBILIZANDO AS DINÂMICAS PRÓPRIAS DE CADA CONTEXTO

Considerando o Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro (2011), o enfermeiro especialista em saúde mental estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade, realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade, desenvolve, dirige e implementa programas de cuidados comunitários assertivos e integrados para pessoas com Doença Mental Grave.

Neste âmbito na UCC do entroncamento foi realizado um diagnóstico de saúde mental a utentes com doença mental grave, neste caso utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia que deram o seu consentimento informado (Anexo V). O seu objetivo

principal foi avaliar o nível de saúde mental, adesão terapêutica e habilidades de vida independente dos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia residentes no entroncamento através de um questionário (Anexo VI)., tendo depois sido desenvolvido o plano de cuidados para estes utentes de acordo com as necessidades de intervenção identificadas.

3.3.1. O estado da arte no diagnóstico da comunidade

Saúde Mental pode ser definida como “a capacidade de sentir, pensar e agir de forma a aumentar a capacidade de fruir a vida e lidar com os desafios. Refere -se a várias capacidades, incluindo as capacidades de: compreender-se a si mesmo e à sua vida, relacionar-se com outras pessoas e responder às solicitações do meio ambiente; sentir prazer e gozo; suportar o stresse e o desconforto; avaliar desafios e problemas; perseguir objectivos e interesses; e explorar as opções e tomar decisões”, (Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2009, p.22). Ela é considerada parte integrante da saúde, e nenhuma delas pode existir sem a outra: a saúde mental, física e social são interdependentes. De acordo com Sartorius (1990), citado por Ribeiro (2011a) saúde e doença podem coexistir exceto se se definir saúde como a ausência de doença.

Segundo a Lei de saúde mental nº 36/98 de 24 julho (1998, p.3544) “a protecção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração no meio social em que vivem. Estas medidas incluem ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações”.

De acordo com o plano nacional saúde mental 2007-2016 os enormes avanços científicos registados nas últimas décadas permitiram o desenvolvimento de um leque de intervenções no tratamento e reabilitação da maioria das perturbações psiquiátricas e substituir progressivamente os serviços baseados nos antigos hospitais psiquiátricos por serviços baseados nos hospitais gerais e na comunidade e mais integrados no sistema geral de saúde. Estudos demonstraram que os serviços comunitários são mais efectivos e preferidos pelos pacientes e suas famílias. Um dos objetivos deste plano nacional

saúde mental é reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março, 2008). De acordo com Santana (2011) e apoiada pela literatura, a psicoeducação implementada em serviços de saúde mental com a finalidade de educar tem mostrado benefícios para o portador de sofrimento psíquico e seus familiares, nomeadamente numa maior adesão ao tratamento recomendado (que inclui a medicação), aquisição de conhecimentos dos sintomas prodrómicos da doença e precipitantes das crises, capacitação para lidar com a doença mental, diminuição da sobrecarga e stresse familiar, bem como, redução das recaídas e reinternamentos encorajando assim a inclusão social.

A adesão é definida como “volição com as características específicas: ação autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p. 81).

De acordo com Ley (1997) citado por Correia (2007) a não adesão define-se como o não seguimento por parte do utente, dos conselhos dados pelos profissionais de saúde, distinguindo dois tipos de não adesão: a não intencional, relacionada com incapacidade ou dificuldade do utente para cumprir terapêutica, e a intencional, relacionada com a motivação influenciando assim todo o processo. As consequências da não-adesão ao regime terapêutico são o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos utentes. Estudos referem que as taxas médias de não-adesão ao regime terapêutico em psiquiatria são de 37 e 42%, bem mais elevadas que nas outras áreas, onde a média é cerca de 24,8% dos utentes (Quesado, Rocha, Mucha & Sá, 2011), provavelmente devido ao isolamento social e alteração das capacidades cognitivas que os caracterizam, (Bugalho & Carneiro, 2004). Nos tratamentos

psiquiátricos, a não adesão ao tratamento tem consequências como o agravamento da sintomatologia (Kane & Lieberman, 1987, citado por Cardoso & Galera, 2006), o comprometimento psicossocial, ambiente familiar, maior necessidade de recorrência a serviços de emergência, internamento e alargamento do período de tratamento ou maior número de consultas para estabilização, levando a um aumento do custo financeiro para os serviços públicos e para a própria família (Glazer & Kane, 1992, citado pelas mesmas autoras). Bugalho e Carneiro (2004), referem que a não adesão é um problema de etiologia multifactorial e identificam fatores sociais, económicos e culturais, fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades, fatores relacionados com a terapêutica prescrita, fatores individuais relativos ao utente. Kristeller e Rodin (1984) citados por Correia (2007) consideram três estádios no processo de adesão terapêutica: o primeiro refere-se à concordância (*compliance*) ou seja o grau em que na fase inicial o utente concorda e segue as prescrições, o segundo refere-se à adesão (*adherence*) ou seja à continuidade do tratamento com uma vigilância limitada, mesmo que possam ocorrer situações que limitem o seguimento do tratamento, e o terceiro relativo à manutenção (*maintenance*) do comportamento de melhoria da saúde, integrando-o no seu estilo de vida. Assim este modelo pressupõe que o indivíduo aprenda a gerir a sua saúde ou a sua doença até atingir praticamente total autonomia, desenvolvendo o sentido de auto-participação e auto-cuidado.

Para que os doentes possam lidar de forma eficaz com a doença necessitam de estar informados, motivados e com apetência para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais, e sua intervenção ativa na promoção da sua saúde é imprescindível, bem como o apoio dos familiares e da comunidade em que estão inseridos (Bugalho & Carneiro, 2004). As intervenções **Educacionais** (promotoras de conhecimento acerca da medicação e/ou doença) e as **comportamentais** (que incorporam na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos), são ambas intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica dos utentes ou a promover a capacidade dos profissionais de saúde em aumentá-la (Bugalho & Carneiro, 2004).

A adesão a comportamentos de procura de saúde é um importante indicador da efetividade dos sistemas de saúde (Sabaté, 2001, citado por Bastos, Severo & Lopes, 2007) e a necessidade crescente de criar indicadores de efetividade resultantes das intervenções dos profissionais conduzem à necessidade de ter instrumentos de avaliação válidos e fiáveis, que permitam parametrizar o fenómeno e traduzir ganhos em saúde. Segundo Pires (2006) os métodos de avaliação da adesão mais frequentes são as narrativas do utente (devido a facilidade de recolha de informação, rapidez e redução de custos económicos), os registos clínicos diários, a contagem de comprimidos e a observação de indicadores biológicos. Deste modo evidencia-se a importância da adesão ao tratamento na prevenção de recaídas em doentes com Esquizofrenia, bem como na promoção da qualidade de vida e saúde mental dos mesmos e dos seus familiares, tendo aqui a psicoeducação um importante papel.

A esquizofrenia é uma doença mental grave, crónica e muito incapacitante, porque tem o seu início, habitualmente, no final da adolescência ou início da idade adulta, caracteriza-se por alterações graves nos processos do pensamento, da perceção e das emoções (Brito, 2005). Os sintomas da esquizofrenia estão geralmente divididos em positivos, negativos, cognitivos e afetivos (PIE, 2004). As causas da esquizofrenia permanecem pouco conhecidas, estudos indicam que não existe uma só causa, mas sim uma interação entre fatores genéticos, comportamentais e ambientais. A esquizofrenia atinge cerca de 1% da população mundial, estudos indicam que familiares diretos de pessoas com esquizofrenia têm maior probabilidade de desenvolver a doença. Esta afeta homens e mulheres de forma idêntica manifestando-se no entanto mais cedo nos homens (15-25) do que nas mulheres (25-35), (Afonso, 2010). Bromet e Fenning (1999) citados por Guedes, (2008), relataram uma associação entre o diagnóstico de esquizofrenia e o hábito tabágico, em que mais de $\frac{3}{4}$ dos utentes com esta patologia são fumadores, comparativamente com outras patologias psiquiátricas em que o consumo tabágico atinge menos de 50% da totalidade dos indivíduos. De acordo com a literatura a correlação com o abuso de outras substâncias apesar de comum, não está bem esclarecida, mas a maioria dos estudos têm associado o abuso de substâncias, a um pior prognóstico da esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 1997; Goodman, 2000; Goff & Coyle, 2001, citados por Guedes, 2008). A medicação antipsicótica começou a ser utilizada em meados da década de 50 e tem contribuído para melhorar a perspectiva de vida dos

utentes, ao reduzir os sintomas psicóticos (alucinações e delírios) da esquizofrenia, permitindo assim que estes funcionem de forma mais efetiva e apropriada, possibilitando assim a sua integração no seio familiar e na sociedade (*National Institute of Mental Health*, 2002, Afonso, 2010). A partir de 1998, verificaram-se alguns avanços nas políticas de desinstitucionalização, reabilitação e criação de estruturas na comunidade, no entanto no projeto de desinstitucionalização não foram desenvolvidos, paralelamente, os recursos comunitários suficientemente numerosos e adequados para preencher as necessidades múltiplas dos pacientes, no âmbito clínico, social e ocupacional que permitissem assegurar o sucesso da sua integração social (Guedes, 2008). Para o mesmo autor a saúde mental depende tanto de fatores pessoais como ambientais e pode ser promovida através de programas adequados, da melhoria das condições sociais e da prevenção do stresse e outros fatores de risco, e da luta contra o estigma. A esquizofrenia é vista como uma perturbação mental que se caracteriza por sintomatologia específica e por alterações multidimensionais que afetam de forma transversal todas as áreas de funcionamento dos indivíduos, comprometendo a sua qualidade de vida (Guedes, 2008). A taxa de recaída aumenta com a interrupção dos antipsicóticos ou uso irregular, é por isso muito importante que os utentes tenham um bom acompanhamento médico e que os familiares sejam também orientados, uma vez que esse acompanhamento costuma aumentar a adesão ao tratamento (*National Institute of Mental Health*, 2002). Atualmente reconhece-se que o tratamento farmacológico, por si só, é claramente insuficiente para a recuperação dos utentes (Brito, 2005). Existem vários tipos de intervenções psicossociais que têm demonstrado ser efetivas, como os programas de treino de competências sociais, o emprego apoiado, as intervenções familiares e a psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental. Na realidade espanhola, que é considerada a mais aproximada à portuguesa, mais de 70% dos doentes não estudam nem trabalham, e 9 em cada 10 doentes em idade ativa vivem numa situação de dependência mais ou menos completa da sua família (Ferrero, 2005, citado por Brito, 2005). Face a esta situação, os familiares/ pessoas significativas dos doentes/ prestadores informais de cuidados, são um recurso extremamente importante nos cuidados comunitários às pessoas com doença grave e crónica, como é o caso da esquizofrenia. Torna-se por isso necessário atender às necessidades das pessoas com perturbações mentais e também das suas famílias. Viver com uma doença como a

esquizofrenia é difícil e confuso tanto para os doentes como para as suas famílias, por isso necessitam de adquirir conhecimentos sobre a doença e sobre como lidar com os sintomas e suas consequências no dia-a-dia, tal como os profissionais que tratam estes doentes para assim poderem garantir estas intervenções (McFarlane et al,2003 citado por Brito, 2005).

Atualmente preconiza-se ajudar a pessoa com doença mental a ultrapassar as limitações daí resultantes, promovendo a sua autonomia, o exercício dos seus direitos, através do seu *empowerment* e da própria comunidade. O objetivo do *empowerment* é fortalecer em direitos e em participação, grupos, pessoas ou populações sujeitos a discriminação e exclusão, favorecendo a efetiva participação dos cidadãos na vida social, económica, política e cultural, e uma distribuição mais equitativa dos recursos existentes, aumentando a qualidade de vida (Fazenda, s.d.). Um bom funcionamento psicossocial está diretamente ligado à capacidade de executar as tarefas diárias, a preservação dos aspetos cognitivos e manutenção de um bom desempenho na comunidade (Martini et al,2012). Portadores de esquizofrenia apresentam prejuízos no funcionamento cognitivo, que podem ter um impacto importante em diversas áreas da vida, tais como trabalho, aprendizagem, vida social, afetiva, relações interpessoais, cuidados pessoais, lazer, vida independente e atividades da vida diária (Martini et al,2012). Mesmo com o crescimento das intervenções que têm como foco as questões ligadas as habilidades de vida independente, a grande maioria dos pacientes portadores de esquizofrenia ainda apresenta um prejuízo importante nessa área (Martini et al,2012). A forma como um paciente realiza as atividades de vida independente pode indicar se este se encontra estável do ponto de vista sintomático, mas também do ponto de vista funcional, assim são necessários instrumentos para avaliar as atividades de vida diária (Martini et al, 2012), de forma a assim delinear uma intervenção adequada.

3.3.2. O diagnóstico de situação

Da totalidade da amostra de doentes com diagnóstico de Esquizofrenia (n=13) 76.9% eram homens e apenas 23,1% eram mulheres, a média de idades dos utentes era de 45,54, sendo o mais velho de 70 e o mais novo de 26 anos, na sua maioria eram solteiros (84,6%), 23,1% dos utentes tinham até ao 1º ciclo e a mesma percentagem

tinha o secundário, 15,4% tinha até ao 2º ciclo, a mesma percentagem tinha até ao 3º ciclo, repetindo-se a mesma percentagem para o ensino superior. Relativamente à situação profissional a maioria (69,2%) eram reformados, 76,9% não viviam sozinhos, todos referiram que tinham apoio familiar ou de cuidador, na maioria eram fumadores (53,8%) e todos negaram consumir drogas.

A média do nível de saúde mental foi de 39,69 sendo o valor máximo 72 e o valor mínimo de 16 com um desvio padrão de 15,35. Sendo o valor de corte de até 52 pontos para a existência de sintomas graves e deste até 60 pontos para a existência de sintomas moderados, logo a maioria de utentes apresentou sintomas graves. Aliás do total da amostra (n=13) apenas um utente apresentou boa saúde mental com um valor de 72, e apenas um apresentou sintomas moderados (60), todos os outros apresentaram sintomas graves e por isso um baixo nível de saúde mental.

Quanto à adesão terapêutica a média foi de 60 sendo o valor mais alto 80 (n=4) e o valor mais baixo 30 (n=1), com um desvio padrão de 1,82. Tendo em conta que 0 significa baixa probabilidade de adesão à medicação e 10 elevada probabilidade de adesão à medicação, este valor indica que a média de utentes referiu ter uma adesão parcial.

Relativamente às habilidades de vida independente relativamente à aparência e vestuário a média foi de 81,19, com um valor máximo de 100 (n=5) e um valor mínimo de 44,44 (n=11) indicando assim que estes preservam a capacidade e interesse para cuidarem da sua aparência e adequarem vestuário à época. Quanto à higiene pessoal a média foi de 89,10 sendo o valor máximo 100 (n=5) e o valor mínimo 66 (n=1), indicando assim que estes se preocupam com a sua higiene pessoal. Relativamente ao cuidado com os objetos pessoais que se refere essencialmente à limpeza e arrumação do seu espaço, a média foi de 33,72, sendo o valor máximo de 46,15 (n=6) e o valor mínimo de 0 (n=1), podendo assim perceber-se que a capacidade ou iniciativa para a realização desta habilidade é baixa.

No preparo e armazenamento dos alimentos a média foi de 71,42, em que o valor máximo é de 100 (n=5) e o valor mínimo de 0 (n=1), assim verifica-se que a capacidade para desenvolver esta habilidade é boa. Relativamente à saúde e cuidados a ela inerentes a média foi de 87,36, sendo o valor máximo de 100 (n=8) e o valor mínimo de 50 (n=1),

podendo assim verificar-se que estes demonstraram ter preocupação com a sua saúde estando os seus comportamentos em concordância com essa preocupação. No que concerne à administração do dinheiro a média foi de 76,92 com valor máximo de 100 (n=5) e mínimo de 40 (n=3), assim verifica-se que no geral a maioria gere adequadamente o seu dinheiro. Relativamente ao transporte, em média os utentes da amostra que utilizam ou sabem utilizar transporte próprio ou público e orientarem-se sozinhos foi de 56,92, com valor máximo de 100 (n=1) e mínimo de 0 (n=1). Quanto ao lazer a média de utentes que tem alguma atividade de lazer foi de 48,71, com valor máximo de 75 (n=2) e mínimo de 16,67 (n=1). No que concerne ao emprego a média de utentes com esquizofrenia que procura regularmente emprego utilizando vários métodos foi de 25 em que o valor máximo é de 75 (n=1) e o valor mínimo de 0 (n=2), de salientar que relativamente a esta amostra e à situação profissional a maioria (69,2%) eram reformados, logo a percentagem de utentes que respondeu a esta parte do questionário foi de 23,1% (n=3) a restante amostra 76,9% não respondeu por não se aplicar. E por último relativamente à manutenção do trabalho o n da amostra que respondeu a esta parte foi igual à anterior, assim a média de utentes que trabalha e tem atitudes em concordância com a manutenção do emprego é de 88,88 em que o valor máximo é de 100 (n=2) e o valor mínimo de 66,67 (n=1).

3.3.3. Consequências para a organização dos cuidados de saúde do diagnóstico da comunidade

A média do nível de saúde mental foi de 39,69 sendo o valor máximo 72 e o valor mínimo de 16 com um desvio padrão de 15,35. Sendo o valor de corte de até 52 pontos para a existência de sintomas graves e deste até 60 pontos para a existência de sintomas moderados (Ribeiro, 2001), logo a média de utentes apresentou sintomas graves. Aliás do total da amostra (n=13) apenas um utente apresentou boa saúde mental com um valor de 72, e apenas um apresentou sintomas moderados (60), todos os outros apresentaram sintomas graves e por isso um baixo nível de saúde mental. Tendo em conta a sua média de idades 45,54, e de acordo com a literatura para o início dos sintomas, nos homens (15-25) e nas mulheres (25-35), (Afonso, 2010), esta amostra em média iniciou a sua doença por volta de 1985 de acordo com Guedes (2008) a partir de 1998, verificaram-se alguns avanços nas políticas de desinstitucionalização, reabilitação e criação de

estruturas na comunidade, no entanto no projeto de desinstitucionalização não foram desenvolvidos, paralelamente, os recursos comunitários suficientemente numerosos e adequados para preencher as necessidades múltiplas dos pacientes, no âmbito clínico, social e ocupacional que permitissem assegurar o sucesso da sua integração social. Para o mesmo autor a saúde mental depende tanto de fatores pessoais como ambientais e pode ser promovida através de programas adequados, da melhoria das condições sociais e da prevenção do stresse e outros fatores de risco, e da luta contra o estigma. A esquizofrenia é vista como uma perturbação mental que se caracteriza por sintomatologia específica e por alterações multidimensionais que afetam de forma transversal todas as áreas de funcionamento dos indivíduos, comprometendo a sua qualidade de vida (Guedes, 2008), e a sua saúde mental, estando estes resultados do nível de saúde mental de acordo com a literatura.

Relativamente ao consumo de tabaco a maioria eram fumadores (53,8%) aproximando-se do defendido por Bromet e Fenning (1999) citados por Guedes, (2008), que relataram uma associação entre o diagnóstico de esquizofrenia e o hábito tabágico, em que mais de $\frac{3}{4}$ dos utentes com esta patologia são fumadores, comparativamente com outras patologias psiquiátricas em que o consumo tabágico atinge menos de 50% da totalidade dos indivíduos. Nesta amostra todos negaram consumir drogas, de acordo com a literatura a correlação com o abuso de outras substâncias apesar de comum, não está bem esclarecida, mas a maioria dos estudos têm associado o abuso de substâncias, a um pior prognóstico da esquizofrenia (Kaplan & Sadock, 1997; Goodman, 2000; Goff & Coyle, 2001, citados por Guedes, 2008).

Esta amostra era na sua maioria constituída por solteiros (84,6), relativamente à situação profissional a maioria (69,2%) eram reformados, 76,9% não viviam sozinhos, todos referiram que tinham apoio familiar ou de cuidador, o que vem de encontro ao defendido por Ferrero (2005) citado por Brito (2005) ao referir que na realidade espanhola, que é considerada a mais aproximada à portuguesa, mais de 70% dos doentes não estudam nem trabalham, e 9 em cada 10 doentes em idade ativa vivem numa situação de dependência mais ou menos completa da sua família.

A média de adesão foi de 60 sendo o valor mais alto 80 (n=4) e o valor mais baixo 30 (n=1), com um desvio padrão de 1,82. Tendo em conta que 0 significa baixa probabilidade de adesão à medicação e 10 elevada probabilidade de adesão à medicação (Vanelli et al., 2011), este valor indica que a média de utentes referiu ter uma adesão parcial, estando assim de acordo com os estudos que referem a taxa de médias de não-adesão ao regime terapêutico em psiquiatria de 37 e 42%, (Quesado, Rocha, Mucha & Sá, 2011), logo a de adesão situar-se-á entre 58 e 63%, também em Portugal o questionário ADHES em 2011 aos enfermeiros psiquiátricos revelou que os enfermeiros estimam que metade (50%) dos utentes com esquizofrenia seja não aderente ou parcialmente aderente (Gonçalves, 2011).

Das habilidades de vida independente, aquelas que apresentaram scores mais baixos nas médias de habilidades são os cuidados com os objetos pessoais que se refere essencialmente à limpeza e arrumação do seu espaço, a média foi de 33,72%, tarefa muitas vezes substituída pelo cuidador que ao longo dos anos se habituou a fazer “por”, em vez de preparar “para”. Isto vem de encontro ao defendido por Martini et al (2012), portadores de esquizofrenia apresentam prejuízos no funcionamento cognitivo, que podem ter um impacto importante em diversas áreas da vida, tais como capacidade de ser independentes e nas atividades de vida diária. Assim uma intervenção futura passará pela capacitação dos familiares ou cuidadores para a promoção do desenvolvimento desta competência no seu familiar. Também no lazer a média de utentes que tem alguma atividade de lazer foi de 48,71%, com valor máximo de 75% (n=2) e mínimo de 16,67% (n=1). Estes utentes estão muitas vezes desprovidos de qualquer atividade pelas razões já anteriormente referidas e pelo conseqüente e progressivo desinteresse pelas atividades. Os mesmos autores referidos anteriormente (Martini et al, 2012) referem também alteração ao nível do lazer nos portadores de esquizofrenia devido aos prejuízos cognitivos causados pela doença. Por último a habilidade de vida relacionada com o emprego, em que a média de utentes com esquizofrenia que procura regularmente emprego utilizando vários métodos foi de 25% em que o valor máximo é de 75% (n=1) e o valor mínimo de 0% (n=2), de salientar que relativamente a esta amostra e à situação profissional a maioria (69,2%) eram reformados, logo a percentagem de utentes que respondeu a esta parte do questionário foi de 23,1% (n=3) a restante amostra 76,9% não respondeu por não se aplicar. Mesmo com o crescimento das intervenções que tem

como foco as questões ligadas as habilidades de vida independente, a grande maioria dos pacientes portadores de esquizofrenia ainda apresenta um prejuízo importante nessa área (Martini et al (2012)). A forma como um paciente realiza as atividades de vida independente pode indicar se este se encontra estável do ponto de vista sintomático, mas também do ponto de vista funcional, assim são necessários instrumentos para avaliar as atividades de vida diária (Martini et al (2012)), de forma a assim delinear uma intervenção adequada. Assim verifica-se nesta amostra uma maior necessidade de intervenção ao nível da capacitação para as habilidades cuidados com objetos pessoais, lazer e procura de emprego caso se aplique, bem como ao nível da promoção da saúde mental.

Tendo em conta a prevalência de utentes com esquizofrenia a rondar 1% da população torna -se urgente a intervenção nos casos de doença mental crónica, e utilizar instrumentos de avaliação válidos e fiáveis, que permitam parametrizar o fenómeno e traduzir ganhos em saúde, criar indicadores de efetividade resultantes dessas intervenções dos profissionais.

Tendo em conta que o bom prognóstico da evolução da doença passa pela adesão terapêutica que inclui mais do que a adesão ao regime medicamentoso, é urgente primeiro obter o seu nível, e depois promovê-la tendo em conta os fatores que nela intervêm, incluindo não só o utente mas também a sua família ou cuidador. Isto permitirá uma melhoria na qualidade de vida e saúde mental do próprio e dos que o rodeiam, bem como a sua inserção social.

Relativamente aos resultados obtidos neste estudo, estes permitiram fazer um diagnóstico de saúde atual, vivida pela amostra em termos de níveis de saúde mental, adesão terapêutica e habilidades de vida independente. Concluiu-se que a sua saúde mental é muito baixa com presença de sintomas graves e moderados. Quanto ao nível de adesão terapêutica a média de utentes com esquizofrenia tem uma adesão parcial à medicação, necessitando também de intervenção especializada em saúde mental que promova a sua melhoria. Nas habilidades de vida independente relativamente às 10 subescalas que as avaliam em apenas três os valores são inferiores a 50% demonstrando assim que no geral estes possuem várias competências sociais. Assim verificou-se a

necessidade de intervir nesta população nas necessidades identificadas, para as quais se propôs o seguinte plano cuidados (quadro 2) utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2): (ICN, 2011).

Quadro 2- Plano cuidados		
Diagnóstico de Enfermagem	Resultado esperado	Intervenções de Enfermagem
Saúde diminuída	Saúde atual	<ul style="list-style-type: none"> »Disponibilizar presença (Manifestar interesse; Demonstrar uma atitude de aceitação; Ouvir as preocupações; Usar o silêncio quando apropriado; estar fisicamente disponível; Permanecer como suporte e dar garantias de segurança) »Planear/oferecer escuta ativa (Encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos; Ajudar na identificação de situações problema geradoras de ansiedade; Estar atento ao tom, ritmo e volume de voz; Identificar os temas predominantes no discurso; Demonstrar empatia, compreensão interesse estando fisicamente disponível; Evitar barreiras à comunicação (minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis interromper, falar de si próprio, terminar prematuramente a conversa)). »Estabelecer relação de ajuda (presença, empatia, respeito, vontade de não julgar/aceitação, não diretividade da entrevista, centração nos utentes a ajudar, escuta, consideração positiva) »Permitir exteriorização de sentimentos; »Estimular a participação em atividades de distração; »Ensinar sobre técnicas de relaxamento »Executar técnicas de relaxamento »Ensinar sobre benefícios do exercício físico para a saúde »Incentivar a realização de exercício físico 2 a 3 vezes semana »Informar sobre locais para a realização de exercício físico »Promoção do convívio social »Desenvolver grupo auto-ajuda »Avaliar saúde mental através do MHI
Adesão parcial ao regime medicamentoso	Adesão total ao regime medicamentoso	<ul style="list-style-type: none"> »<u>Avaliar os conhecimentos já existentes dos utentes e família/cuidadores sobre o processo de doença</u> »<u>Ensinar sobre o processo de doença aos utentes e família/cuidadores (psicoeducação):</u> -Avaliar a aquisição de conhecimentos -Avaliar a atitude face à doença - Reforçar autoconsciência da doença -Solicitar a partilha de vivências individuais da doença e a expressão dos sentimentos e comportamentos que acreditam estarem relacionados com a doença; -Solicitar a identificação dos fatores desencadeantes da última crise antes da hospitalização; -Promover reconhecimento da importância da terapêutica no seu tratamento e na prevenção de nova hospitalização » <u>Promover auto-responsabilização:</u> - Analisar com o utente as consequências da não responsabilização pelos atos (evitar discutir ou negociar a respeito dos limites estabelecidos) - Promover diálogo e verbalização de dúvidas sobre regime terapêutico »<u>Vigiar o comportamento de adesão:</u> -Ensinar sobre regime terapêutico -Informar sobre horários de toma de medicação -Envolver a família/cuidadores

Continuação...

		<ul style="list-style-type: none"> -Executar gestão terapêutica (sempre que se revele necessário) - Avaliar a atitude face à gestão terapêutica - Procurar e/ou interpretar sinais ou indícios relativos a adesão terapêutica <ul style="list-style-type: none"> -avaliar barreiras à adesão »<u>Colaborar no planeamento do regime terapêutico</u> » <u>Promover a motivação para adesão ao regime terapêutico</u> - Procurar a motivação para a adesão terapêutica - Assistir na identificação dos motivos para a adesão terapêutica - Advogar os benefícios em relação aos comportamentos de adesão <ul style="list-style-type: none"> »<u>Avaliar adesão com escala MARS</u>
Autocuidado diminuído (Arranjar a Casa, Capacidade para desempenhar atividades de lazer)	Autocuidado Eficaz	<ul style="list-style-type: none"> »Avaliar desempenho de atividades sociais »Promover o desempenho de atividades sociais »Incentivar a participação em atividades de distração/lazer »Informar sobre atividades e locais de lazer disponíveis »Executar treino de competências sociais no grupo (emocionais, sociais, cognitivas através do ensino e exemplificação) »Ensinar sobre como organizar a casa/seu espaço »Avaliar aquisição de conhecimentos sobre como organizar a casa/seu espaço »Negociar plano atividade de vida diárias (AVDs) »Avaliar execução de plano AVDs »Aplicar ILSS-BR/P

O plano cuidados proposto teve em conta o diagnóstico de saúde mental prévio, recorrendo a instrumentos de avaliação válidos e fiáveis, que permitiu identificar as necessidades de saúde destes utentes, e planear as intervenções de enfermagem adequadas com vista a obtenção de potenciais ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados.

Ainda de acordo com o Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro (2011) o enfermeiro especialista em saúde mental implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados e recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde. No desenvolvimento destas competências contribuíram os estudos de caso realizados em ambos os contextos dos ensinamentos clínicos utilizando o processo de enfermagem e todas as suas fases. Os estudos de casos foram os percursos dos planos de cuidados, que, por sua vez, constituíram as primeiras expressões do Processo de Enfermagem, tão discutido atualmente (Henderson, 1973, citado por Galdeano, Rossi & zago, 2003). O estudo de caso é uma estratégia de ensino humanista e problematizadora que contribui, de forma muito positiva, para a formação do aluno, pois aumenta o conhecimento

teórico -prático referente à assistência, estimula a autonomia do aluno na tomada de decisões, na solução de problemas e no conhecimento referente à metodologia científica (Bocchi SCM, 1996, citado por Galdeano, Rossi & zago, 2003). Na sua realização foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE2) (ICN, 2011), que constitui para os enfermeiros uma oportunidade na medida em que ao parametrizar os focos de intervenção de enfermagem permitem que todos os enfermeiros falem a mesma linguagem, facilita a continuidade de cuidados e facilita os processos de avaliação dos ganhos em saúde decorrentes das intervenções de enfermagem.

Quer na UCC do entroncamento quer no internamento de psiquiatria os estudos de caso realizados permitiram a implementação do processo de enfermagem promovendo cuidados de enfermagem individualizados como forma de responder as necessidades das utentes e família e a obtenção de melhoria da qualidade de vida e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Algumas intervenções foram também alargadas às suas famílias dado ter sido identificada essa necessidade, uma vez que se a intervenção se tivesse cingido apenas às utentes os resultados e benefícios esperados e que constituíam o objetivo principal da intervenção ficaria comprometido.

Ambos os estudos de caso foram desenvolvidos de acordo com o processo de enfermagem e utilizando a metodologia de gestor de caso ou terapeuta de referência no apoio específico a estas utentes com doença mental grave (esquizofrenia e transtorno bipolar) e suas famílias. O que diferiu em ambos os estudos de caso para além da especificidade inerente a cada utente, patologia e situação familiar foi o contexto em que ocorreu. No estudo caso desenvolvido durante o ensino clínico na UCC do entroncamento (Anexo VII) ou seja desenvolvido em contexto comunitário ao contrário do desenvolvido no internamento de psiquiatria de tomar (Anexo VIII), foi possível e necessário fazer visita domiciliária permitindo uma maior proximidade e compreensão do contexto familiar, social, económico da utente bem como encaminhar a utente no acesso a recursos comunitários apropriados. Também permitiu a articulação entre a UCC do Entroncamento e o Ambulatório de Psiquiatria de Tomar onde a utente era seguida, no sentido da gestão terapêutica. O estudo de caso em contexto de internamento apesar de em contexto restrito permitiu também intervenção individual e

familiar, aumentando as suas competências, promovendo a integração familiar e social da utente na preparação para a alta. Os estudos de caso permitiram o desenvolvimento de múltiplas competências como o estabelecimento de relação terapêutica, treino da comunicação terapêutica, relação de ajuda, planeamento de cuidados individualizados as utentes e família, aplicação do processo de enfermagem, intervenção psicoeducativa, psicossocial, socioterapêutica e psicoterapêutica. As intervenções desenvolvidas nos estudos de caso visaram focos como a adesão, autocuidado, tristeza, conhecimento sobre o processo patológico, autocontrolo, delírio, abuso de substâncias, stress do prestador de cuidados, papel parental, de casal, de género que permitiram a obtenção de ganhos em saúde para as utentes e famílias.

3.4. PRESTA CUIDADOS DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO, SOCIOTERAPÊUTICO, PSICOSSOCIAL E PSICOEDUCACIONAL, À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, MOBILIZANDO O CONTEXTO E DINÂMICA INDIVIDUAL, FAMILIAR DE GRUPO OU COMUNITÁRIO, DE FORMA A MANTER, MELHORAR E RECUPERAR A SAÚDE

É competência do enfermeiro especialista em saúde mental desenvolver processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação e promover a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais. (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, 2011). No desenvolvimento desta competência contribuíram várias intervenções desenvolvidas nos ensinos clínicos, tais como, as quatro reuniões comunitárias realizadas no internamento da psiquiatria sobre diferentes temas identificados pelos próprios utentes internados como importantes a serem debatidos e esclarecidos, no sentido da promoção do melhor ambiente terapêutico promotor da recuperação, e minimização dos efeitos de restrição inerentes ao internamento e da preparação para a alta.

A comunidade terapêutica e as suas reuniões comunitárias nas quais os utentes e membros do quadro de pessoal de uma unidade de saúde mental se reúnem, é o mais

complexo dos grupos terapêuticos (Carneiro, 2000). As reuniões comunitárias são uma excelente oportunidade para profissionais e utentes trabalharem conjuntamente em várias tarefas, ao permitir ao terapeuta observar o comportamento de cada utente e apurar um melhor conhecimento destes. Esse conhecimento mais aprofundado permite sugerir a cada paciente diferentes formas de terapias mais indicadas a cada utente observado. Assim como sugerir a integração noutros grupos terapêuticos perspetivando a alta (Novakovic, 2011). Numa reunião comunitária o terapeuta, neste caso o enfermeiro, deve ser alguém que tenta estabelecer, acima de tudo um bom relacionamento entre os elementos do próprio grupo, com o objetivo que eles aprendam a dar e a receber feedback, suportando assim uma boa capacidade de promoção das relações interpessoais (Guerra & Lima, 2005). O enfermeiro enquanto terapeuta de grupo deve ter conhecimentos sobre o processo de grupo, isto é, a forma como os elementos do grupo interagem uns com os outros, os silêncios, as interrupções, os juízos, os olhares fixos, são exemplos de processos de grupo (Townsend, 2011). O tema a abordar deve ser do conhecimento e domínio abrangente do terapeuta e ser detentor de uma capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo (Townsend, 2011).

A reunião comunitária poderá ser entendida como uma intervenção socioterapêutica, uma terapia psicossocial, ou até psicoeducação dependendo da ênfase que o enfermeiro terapeuta dá às temáticas abordadas, podendo mesmo ser considerada uma intervenção socioterapêutica para uns e simultaneamente uma terapia psicossocial para outros. Se entendermos que um utente participa na reunião comunitária, desenvolvendo competências individuais e sociais, o que por sua vez poderá levar a mudanças ambientais dado que cada pessoa tem um papel ativo no seu ambiente social, podemos considerar uma terapia psicossocial. Se por outro lado entendermos que na reunião comunitária estamos a trabalhar o ambiente social e as relações sociais então estaremos a realizar uma intervenção socioterapêutica. Se na reunião forem realizados ensinamentos sobre as doenças mentais ou alterações por elas provocadas e formas de lidar com elas estaremos a fazer psicoeducação uma vez que esta é uma forma específica de educação, destinada a ajudar pessoas com doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença

mental e os seus efeitos, sendo que esta não é considerada um tratamento mas sim parte dele (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As reuniões comunitárias foram sempre previamente agendadas e pretenderam responder às necessidades dos utentes internados, tendo os temas abordados sido escolhidos por eles. Dado que a reunião comunitária é essencial para proporcionar um melhor ambiente terapêutico num serviço de internamento em psiquiatria, planeou-se uma reunião terapêutica por semana, com preferência à terça-feira durante o turno da tarde devendo a mesma ter início à hora programada, sem interferir com outras dinâmicas do serviço. De preferência deveria ser liderada por dois enfermeiros (terapeuta e coterapeuta) sendo preferencialmente pelo menos um, especialista em saúde mental e psiquiatria. No final de cada reunião estes sugeriam os próximos temas de interesse a abordar, foi sempre feita a síntese da mesma e solicitada a respetiva avaliação pelos utentes através de uma escala de 0 a 4 em que 0 é nada satisfeito, 1 pouco satisfeito, 2 satisfeito, 3 muito satisfeito e 4 totalmente satisfeito. Os temas escolhidos pelos utentes e abordados nas quatro reuniões comunitárias foram o funcionamento do serviço, o internamento compulsivo, a ansiedade, medos e fobias (Anexo IX).

O enfermeiro especialista em saúde mental coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, 2011), tendo sido desenvolvido no internamento de psiquiatria de Tomar uma sessão psicoeducativa para familiares de utentes com diagnóstico médico de psicose (já anteriormente abordada) cuja adesão foi grande e tendo sido avaliada pelos familiares como de grande utilidade no esclarecimento da patologia e como ferramenta para o seu papel de prestadores de cuidados informais. No desenvolvimento desta competência o enfermeiro especialista implementa as intervenções identificadas no plano de cuidados e mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, 2011) para isso contribuíram as intervenções planeadas, desenvolvidas e avaliadas aquando da realização dos estudos de caso dirigidas quer às utentes quer à família. No contexto de

internamento foi possível que uma das intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas (Anexo X) fosse feita em conjunto com a utente e familiares contribuindo para estabelecer uma relação de confiança e parceria com a utente, e família e entre eles, bem como aumentar o conhecimento e insight sobre a doença e os problemas e a capacidade de encontrar novas resoluções, e estratégias de intervenção para prevenir a crise e para atuar na crise. A sessão foi muito apreciada e recomendada pelos participantes como essencial no tratamento das doenças mentais. No contexto da UCC foi possível como já referido desenvolver as intervenções no meio social e familiar da utente, quer na UCC quer na sua casa em contexto de visitação domiciliária permitindo desenvolver capacidades para interpretar e individualizar estratégias através de actividades, tais como, ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar quer a utente quer a família próxima (Regulamento n.  129/2011 de 18 de fevereiro, 2011). E tal como referido pela WHO (2001) os cuidados prestados no âmbito do acompanhamento da doença mental na comunidade devem ser prestados na comunidade, permitindo assim a proximidade das popula es, o que resulta em maior eficiência do que a abordagem tradicional por ocorrerem no meio da pessoa, os custos são mais reduzidos uma vez que não   necessária desloca o, respeitam os direitos humanos e para  l m disto, permitem uma interven o mais precoce e um combate eficaz ao estigma da doença mental, muitas vezes associada   desloca o a locais especializados e rotulados de “psiquiátricos” logo associados a uma conota o negativa.

O enfermeiro especialista em saúde mental desenvolve processos psicoterapêuticos, psicossociais e psicoeducativos, para restaurar a saúde mental do utente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao utente e   situa o (Regulamento n.  129/2011 de 18 de fevereiro, 2011). Tal como referido anteriormente a ansiedade   uma manifesta o apresentada pela maioria dos utentes internados pelo que foram planeadas, desenvolvidas e avaliadas interven es no sentido de diminuir e controlar este foco de interven o segundo a CIPE2. Para tal foram desenvolvidas 3 sessões de relaxamento (Anexo XI) e uma de risoterapia (Anexo XII) com um grupo de utentes selecionado de acordo com os cr terios de inclusão encontrados como adequados e indicados tendo em conta os resultados esperados. No séc. XX Shultz, psiquiatra alemão, desenvolveu um método de relaxamento que denominou “treino autógeno” com

técnicas sugestivas e interpretações psicanalíticas. Já Edmund Jacobson, neurofisiologista americano, propôs um método de relaxamento de forma a diminuir progressivamente a tensão muscular através da contração e descontração de grupos musculares, levando por sua vez à redução da tensão psíquica (Vaz Serra, 2007). O relaxamento progressivo de Jacobson baseia-se no princípio de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular. Nesta técnica de relaxamento, cada grupo muscular é contraído de 5 a 7 segundos e depois relaxado por 20 a 30 segundos. O doente deve concentrar-se na diferença de sensação entre as duas condições (Townsend, 2011). Segundo Vaz Serra (2007) o relaxamento deve ser tanto físico como psicológico, após alcançar o relaxamento muscular é igualmente útil que se fique calmo e descontraído sob o ponto de vista psicológico recorrendo a uma imagem de paz que lhe seja agradável e induza bem-estar. Segundo Townsend (2011), a persistência de sintomas de stresse durante longos períodos pode contribuir para o desenvolvimento de numerosas doenças relacionadas com o stresse. A obtenção de um estado de relaxamento pode contrariar muitos destes sintomas, nomeadamente, diminuindo a frequência cardíaca, respiratória, a tensão arterial, o ritmo metabólico, bem como a tensão muscular. Para Vaz Serra (2007) o relaxamento, devido ao controlo que exerce sobre as funções fisiológicas, pode ser utilizado para diminuir a ansiedade, para induzir o sono, para diminuir a tensão arterial elevada, a frequência cardíaca e respiratória ou certos tipos de cefaleias. No que diz respeito à diminuição da ansiedade pode assim ajudar nos processos de raciocínio, memorização, perceção, atenção e tomada de decisão que pelo stresse elevado possam estar comprometidos. No geral as três sessões de relaxamento realizadas correram bem, o ambiente foi previamente preparado. Segundo Vaz Serra (2007) o local deve ser tranquilo, isento de ruídos e de possíveis interrupções, devendo estar semiobscurecido, a posição do corpo deve ser a mais confortável possível, deitado ou sentado, aconselha-se que a pessoa se descalce caso o calçado seja incomodativo e normalmente esta deve fechar os olhos exceto se isso for incomodativo e nesse caso deve fixar um ponto. No relaxamento é importante fazer-se uma avaliação do mesmo e dos efeitos obtidos, a observação pelo terapeuta da presença de tensão muscular, rigidez, lábios comprimidos, pálpebras a mexerem, respiração rápida, tosse, movimentos estranhos ou tentativa de falar, são sinais de que a pessoa está com dificuldade em relaxar Vaz Serra (2007). Houve utentes

com maior facilidade em aplicar a técnica que outros mas a maioria referiu ter gostado e ter alcançado benefícios. As primeiras duas sessões foram executadas pelos mesmo terapeutas e seguindo o mesmo guião aplicando a técnica de relaxamento de Jacobson, imagética e Shultz acompanhada de musica relaxante, sendo o mesmo terapeuta a dirigir a sessão e o outro a auxiliar, permitindo assim diminuir os fatores de variação que pudessem interferir na eficácia da sessão. Da primeira para a segunda sessão foram identificados fatores perturbadores que foram corrigidos na segunda sessão verificando-se maior facilidade em relaxar pelos utentes. Na terceira sessão houve mudança do guião e do terapeuta, concluiu-se que o treino regular e repetido do relaxamento com os utentes mantendo o mesmo guião, as mesmas condições, parece ser dos fatores mais importantes, tanto para melhoria da sua capacidade de relaxar aumentando os benefícios do relaxamento, bem como para o aperfeiçoamento da técnica pelo terapeuta e co-terapeuta.

Também a risoterapia tem benefícios semelhantes aos alcançados com as técnicas de relaxamento. Para Lambert (1999) citado por Mazocco e Hentges (2010) o sorriso e o riso ativam e desencadeiam a produção e libertação de hormônios chamados “endorfinas”, que são igualmente produzidos, quando fazemos exercício principalmente, ao ar livre, são também chamadas de “hormônios da alegria e da felicidade”, porque geram bem-estar mental físico e espiritual, mesmo em situações de doença seja ela qual for. Têm capacidade de aliviar dores, aumentar a produção de linfócitos (atuam na defesa contra vírus e bactérias), atuam no equilíbrio entre o tônus vital e a depressão, além de aumentar o estado de ânimo (Bermudesz,2010, citado por Mazocco & Hentges, 2010). Aqueles que riem pouco ou têm pouco senso humor são mais propensos a doença graves conforme José Elias estudos, um dos principais especialistas espanhol em campo, rindo um minuto diário é igual a 45 minutos de relaxamento, "os aumentos de riso auto-estima e confiança em pessoas deprimidas, é um reforço imunológico, reduzir pensamentos negativos (porque não podemos rir e pensar, ao mesmo tempo) remove o medo e ajuda minimizar os problemas (Christian, Ramos, Susanibar & Balarezo (2004). As terapias complementares, e entre elas a Terapia do Riso na procura da humanização hospitalar, surge como complemento no atendimento ao utente hospitalizado e como ferramenta de apoio ao cuidado, propõe uma mudança na cultura organizacional e na formalidade da relação entre enfermeiro e

utente, que auxilia na obtenção do cuidado integral/holístico, rompendo as barreiras e formalidades, para promover a relação entre ambos através de um sorriso, de um abraço, de uma dança, de um olhar, esta terapia proporciona momentos de descontração, motivação e relaxamento (Mazocco e Hentges, 2010). Pesquisas que relatam a participação de utentes hospitalizados em atividades como a risoterapia, quer sejam eles crianças, adolescentes ou adultos, verifica-se uma maior colaboração por parte destes durante os exames e procedimentos, além de proporcionar um melhor entendimento do processo saúde doença, proporcionando a amenização do incômodo, sofrimento, diminuição dos receios, promoção de uma postura mais positiva frente ao ambiente hospitalar e tratamento (Silva, 2005). No início da sessão foram explicados os objetivos desta e esclarecido o conceito de risoterapia através de explicação verbal baseada na bibliografia consultada e com recorrência a um vídeo. Posteriormente deu-se início à sessão com exercícios de respiração, alternados de diferentes exercícios de provocação do riso, recorrendo a bater de palmas, sons e movimentos corporais planeados previamente em guião. No último exercício foi pedido aos utentes que se deitassem no chão em círculo com a cabeça em cima da barriga uns dos outros, devendo de seguida provocar o riso de forma a sentir a vibração abdominal de quando riam provocando vontade de rir. A sessão decorreu sem incidentes e posteriormente foi realizada a avaliação da sessão através de um questionário tendo esta sido muito apreciada e sugerida como terapia a realizar mais vezes dado os benefícios em termos de relaxamento e bem estar proporcionados.

Na UCC as intervenções já referidas e desenvolvidas, com finalidade psicoeducativa, psicoterapêutica, psicossocial e socioterapêutica tal como a sessão sobre *Burnout* dirigida ao pessoal técnico do Rendimento Social de Inserção (RSI) e Equipa da UCC, o acompanhamento em visita domiciliária das pessoas com doença mental e suas famílias na comunidade – dinamização dos projetos “caminhar” e “novos horizontes”, e a intervenção na escola sobre *bullying* contribuíram para o desenvolvimento desta e de outras competências comuns e especializadas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria e a reflexão sobre a sua importância na prevenção e tratamento para recuperar a saúde mental, e ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

4. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

De acordo com o regulamento Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011), no domínio da competência das aprendizagens profissionais o enfermeiro especialista baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, na área da especialidade. Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, investiga e colabora em estudos de investigação, interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Discute as implicações da investigação, contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Neste sentido foi desenhado o estudo “Adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada num ambulatório de psiquiatria e sua relação com os (re) internamentos”.

Para Fortin (2009) investigação científica é um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar ou controlar fenómenos.

4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os estudos epidemiológicos realizados nos últimos 15 anos demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades atuais. Embora causem pouco mais de 1 % das mortes, mais de 12 % da carga resultante das doenças em geral, a nível mundial, deve -se a estas perturbações (este número cresce para 24 % na Europa). Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas. Os dados sobre a prevalência dos problemas de saúde mental em Portugal são escassos. No entanto, os dados existentes sugerem que esta provavelmente não se afastará muito da encontrada em países europeus com características semelhantes, embora os grupos mais vulneráveis (mulheres, pobres, idosos) pareçam apresentar um

risco mais elevado que no resto da Europa (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março, 2008).

Os enormes avanços científicos registados nas últimas décadas permitiram o desenvolvimento de um amplo leque de intervenções altamente efetivas no tratamento e reabilitação da maioria das perturbações psiquiátricas. Permitiram também substituir progressivamente os serviços baseados nos antigos hospitais psiquiátricos por serviços baseados nos hospitais gerais e na comunidade e mais integrados no sistema geral de saúde. Todos os estudos, comparando estes novos serviços com os tradicionais serviços de base hospitalar, demonstraram que os serviços comunitários, são mais efetivos e preferidos pelos pacientes e suas famílias (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março, 2008), como são exemplo os centros de saúde e ambulatórios de psiquiatria.

Os Transtornos mentais com evolução crónica, caracterizada por um contínuo tratamento poli-medicamentoso, são marcados pela instabilidade na manifestação e tratamento da patologia, em que utentes e familiares/cuidadores vivenciam momentos de controlo e diminuição dos sintomas, alternados com momentos de crise, recaída psiquiátrica e consequente reinternação hospitalar dos doentes (Whitehorn, Richard & Kopala, 2004, citado por Cardoso & Galera, 2009).

A esquizofrenia é uma doença mental grave, crónica e muito incapacitante, porque tem o seu início, habitualmente, no final da adolescência ou início da idade adulta, caracteriza-se por alterações graves nos processos do pensamento, da perceção e das emoções (Brito, 2005). Os sintomas da esquizofrenia estão geralmente divididos em positivos, negativos, cognitivos e afetivos (PIE, 2004). As causas da esquizofrenia permanecem pouco conhecidas, estudos indicam que não existe uma só causa, mas sim uma interação entre fatores genéticos, comportamentais e ambientais (*Nacional Institute of Mental Health*, 2002). De acordo com Afonso (2010) a esquizofrenia atinge cerca de 1% da população mundial, estudos indicam que familiares diretos de pessoas com esquizofrenia têm maior probabilidade de desenvolver a doença que afeta homens e mulheres de forma idêntica manifestando-se no entanto mais cedo nos homens (15-25)

do que nas mulheres (25-35). Ferrero (2005) citado por Brito (2005) compara a realidade portuguesa a mais aproximada à espanhola em que mais de 70% dos doentes não estudam nem trabalham, e 9 em cada 10 doentes em idade ativa vivem numa situação de dependência mais ou menos completa da sua família. McFarlane et al (2003) citados por Brito (2005) afirmam que viver com uma doença como a esquizofrenia é difícil e confuso tanto para os doentes como para as suas famílias, por isso necessitam de adquirir conhecimentos sobre a doença e sobre como lidar com os sintomas e suas consequências no dia-a-dia, tal como os profissionais que tratam estes doentes para assim poderem garantir estas intervenções. A medicação antipsicótica começou a ser utilizada em meados da década de 50 e tem contribuído para melhorar a perspetiva de vida dos utentes, ao reduzir os sintomas psicóticos (alucinações e delírios) da esquizofrenia, permitindo assim que estes funcionem de forma mais efetiva e apropriada, possibilitando assim a sua integração no seio familiar e na sociedade. Atualmente reconhece-se que o tratamento farmacológico, por si só, é claramente insuficiente para a recuperação dos doentes (Brito, 2005). Existem vários tipos de intervenções psicossociais que têm demonstrado ser efetivas, como os programas de treino de competências sociais, o emprego apoiado, as intervenções familiares e a psicoterapia de orientação cognitivo-comportamental. Estas intervenções surgem como complemento ao tratamento psicofarmacológico e, tal como este, devem ser selecionadas e adequadas às necessidades e preferências de cada doente nas várias fases da sua vida e da doença (APA, 2004, citado por Brito, 2005).

O incumprimento da medicação antipsicótica é observado em cerca de 50 % das pessoas com esquizofrenia e é a principal causa evitável de morbilidade psiquiátrica (Gray, Wykes e Gournay, 2002). Sabe-se que estes riscos são mais baixos em utentes considerados aderentes quando comparados com utentes não aderentes ao tratamento (Bechelli, 2003a; Cardoso & Galera, 2006). Em alguns casos mais de 85% dos utentes psiquiátricos podem ser não aderentes em algum momento do curso da sua doença (O'Connor, 2006, citado por Cardoso & Galera, 2009). Em determinados casos, em consequência às recaídas, o tempo para recuperação torna-se mais longo e a resposta clínica inferior ao tratamento (Bechelli, 2003a).

A adesão é definida como “volição com as características específicas: acção autoiniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p. 81).

Kristeller e Rodin (1984) referidos por Correia (2007) consideram três estádios no processo de adesão terapêutica: o primeiro refere-se à concordância (*compliance*) ou seja grau em que na fase inicial o utente concorda e segue as prescrições, o segundo refere-se à adesão (*adherence*) ou seja à continuidade do tratamento com uma vigilância limitada, mesmo que possam ocorrer situações que limitem o seguimento do tratamento, e o terceiro relativo à manutenção (*maintenance*) do comportamento de melhoria da saúde, integrando-o no seu estilo de vida. Assim este modelo pressupõe que o indivíduo aprenda a gerir a sua saúde ou a sua doença até atingir praticamente total autonomia, desenvolvendo o sentido de autoparticipação e autocuidado.

A não adesão ao tratamento medicamentoso é um fenómeno complexo e universal que se desenvolve gradualmente no decurso dos tratamentos psiquiátricos e está relacionado ao agravamento das doenças (Cardoso & Galera, 2009) De acordo com Ley (1997) citado por Correia (2007) a não adesão define-se como o não seguimento por parte do utente, dos conselhos dados pelos profissionais de saúde, distinguindo dois tipos de não adesão: a **não intencional**, relacionada com incapacidade ou dificuldade do utente para cumprir a terapêutica, e a **intencional**, relacionada com a motivação influenciando assim todo o processo. Estudos referem que as taxas médias de não -adesão ao regime terapêutico em psiquiatria são de 37 e 42%, bem mais elevadas que nas outras áreas, onde a média é cerca de 24,8% dos utentes (Quesado, Rocha, Mucha & Sá, 2011), provavelmente devido ao isolamento social e alteração das capacidades cognitivas que os caracterizam, (Bugalho & Carneiro, 2004),tendo como consequências o agravamento

da sintomatologia (Kane & Lieberman, 1987, citado por Cardoso & Galera, 2006), aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos utentes (Quesado, Rocha, Mucha & Sá, 2011), o comprometimento psicossocial, ambiente familiar, maior necessidade de recorrência a serviços de emergência, internamento e alargamento do período de tratamento ou maior número de consultas para estabilização, levando a um aumento do custo financeiro para os serviços públicos e para a própria família (Glazer & Kane, 1992, citado pelas mesmas autoras). Young (1986) fez uma revisão de 26 estudos, encontrando uma média de não adesão, em um ano, de 41% (com variação entre 10% e 76%) para medicações administradas oralmente e de 25% (com variação entre 14% e 36%) para medicações injetáveis de depósito. Owen et al., 1996) referiram que pacientes que recaíram mostravam taxas de não adesão entre 38% e 68%. De acordo com o estudo “O conhecimento dos médicos (n=4722) sobre a adesão parcial, não adesão ou adesão total à medicação antipsicótica na esquizofrenia: resultados de uma pesquisa realizada na Europa, Médio Oriente e África (EMEA) ”, em 36 países, desenvolvido por Emsley et al (2010), na questão, dos pacientes com esquizofrenia que você viu no mês passado, que percentagem suspeita que pode ter sido não aderente, parcialmente ou totalmente aderente? Em que 21% dos entrevistados na pesquisa não concluiu esta questão, obtiveram os seguintes resultados, 21% não foram aderentes, 32% foram parcialmente aderentes e 47% foram totalmente aderentes.

OMS (2003) citada por Bugalho e Carneiro (2004), refere que a não adesão é um problema de etiologia multifactorial e identificam fatores sociais, económicos e culturais, fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades, fatores relacionados com a terapêutica, fatores individuais relativos ao utente. É importante que os profissionais de saúde saibam reconhecer e detetar, a não adesão terapêutica, sendo necessária uma avaliação precisa dos comportamentos de adesão terapêutica para um planeamento eficaz do tratamento, garantindo assim que alterações obtidas no estado de saúde dos utentes são atribuídas ao regime terapêutico recomendado. As definições de boa ou má adesão terapêutica são utilizadas de forma indiscriminada, dada a ausência de uma definição aceitável e de evidência científica que a suporte. A existência de diferenças entre utentes, patologias e fármacos torna impossível um consenso classificativo. Para

que os doentes possam lidar de forma eficaz com a doença necessitam de estar informados, motivados e com apetência para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais. A sua intervenção ativa na promoção da sua saúde é imprescindível, bem como o apoio dos familiares e da comunidade em que estão inseridos. As intervenções **educacionais** (promotoras de conhecimento acerca da medicação e/ou doença) e as **comportamentais** (que incorporam na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos), são ambas intervenções destinadas a melhorar a adesão terapêutica dos utentes ou a promover a capacidade dos profissionais de saúde em aumentá-la (Bugalho & Carneiro, 2004).

A adesão a comportamentos de procura de saúde é um importante indicador da efetividade dos sistemas de saúde (Sabaté, 2001, citado por Bastos, Severo & Lopes, 2007) e a necessidade crescente de criar indicadores de efectividade resultantes das intervenções dos profissionais conduzem à necessidade de ter instrumentos de avaliação válidos e fiáveis, que permitam parametrizar o fenómeno e traduzir ganhos em saúde.

A introdução dos neurolépticos no tratamento das doenças mentais que se iniciou no final da década de 50 configurou a chamada Revolução Farmacológica e contribuiu para o desenvolvimento de intervenções sociais e psicológicas no tratamento dos doentes mentais (Graeff & Guimarães, 1999, citado por Cardoso & Galera, 2006). Estas intervenções influenciaram ainda as iniciativas de descaracterização do modelo asilar até então destinado aos doentes mentais. Os pacientes psiquiátricos submetidos ao tratamento com neurolépticos apresentaram uma melhoria da sintomatologia, o que permitiu maior interação entre pacientes e profissionais de saúde, no entanto verificou-se que quando se sentiam melhorados tendiam a tomar irregularmente o medicamento ou até mesmo a interrompê-lo (Bechelli, 1986 em Bechelli, 2003a) levando às recaídas e reinternamentos. Tornou-se evidente que esses agentes atuavam na fase aguda ou de exacerbação aguda, mas sem no entanto haver cura. Assim a estratégia terapêutica preconizada passou a ser a continuidade da medicação para prevenção de novo episódio. Para facilitar o seguimento e a regularidade do tratamento dos utentes e acompanhamento pelos familiares, procurou-se desenvolver antipsicóticos com efeito suficientemente prolongado que permitissem ampliar o intervalo entre as administrações e sem perda da atividade terapêutica (Bechelli, 1982, em Bechelli, 2003a). Quando a

adesão à medicação é baixa recomenda-se a mudança para antipsicótico de ação prolongada (Shirakawa, Bressan & Chaves,1998, citado por Bechelli, 2003b), alternativa mais segura para manter a estabilidade clínica e prevenir a recaída. No entanto não se pode contar apenas com os benefícios dos antipsicóticos de ação prolongada, uma vez que o seu emprego por si só não garante a adesão, uma vez que os pacientes poderão deixar de comparecer para as aplicações. A participação da família é de grande importância para alcançar a reabilitação (Bressan & Scatena, 2002, citado por Bechelli, 2003b).O plano de tratamento envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais, neste sentido é essencial uma abordagem multimodal que associa o tratamento farmacológico e psicossocial (Shirakawa, 1998), terapia ocupacional (Vilares,1998), psicoterapia individual (Bruscato,1998), familiar (Mari, Turecki & Streiner, 1998) e de grupo (citados por Bechelli, 2003b).

Conhecer e compreender melhor a ocorrência da não adesão e o universo dos doentes mentais pode fornecer aos profissionais de saúde recursos mais adequados à manutenção do tratamento psiquiátrico e melhores ferramentas para a prevenção de recaídas relacionadas a este fenômeno. A enfermagem por ser uma profissão diretamente ligada ao tratamento e ao cotidiano do paciente, pode promover o estabelecimento de aliança terapêutica, suporte e manutenção do tratamento, além de poder identificar ocorrências cotidianas que possam interferir na adesão do paciente. Trata-se de um campo de significativa atenção para todos os profissionais da área da saúde uma vez que influencia todo o universo pessoal, profissional e social que engloba o tratamento dos doentes mentais (Cardoso & Galera, 2009). Assim faz todo a sentido recorrer à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o utente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as melhores opções em cuidados de saúde (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

Por este motivo é de elevada importância a realização de estudos que permitam avaliar a adesão terapêutica, as suas causas e consequências como forma de melhorar a intervenção de enfermagem neste âmbito.

4.2. ASPETOS METODOLÓGICOS

Objetivo

Avaliar o nível de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada no ambulatório de psiquiatria numa unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo no ano de 2012, e sua relação com os (re) internamentos.

4.2.1. Desenho do Estudo

Desenhou-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, longitudinal e retrospectivo

Quantitativo- Dado que irão ser utilizados dados numéricos para obter informações passíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos Fortin (2009), ou seja, taxa de adesão terapêutica neuroléptica de ação prolongada e de (re) internamentos.

Descritivo- Segundo Fortin (2009) os estudos descritivos pretendem descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação. Neste caso foi avaliar a taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada e internamentos numa amostra de utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia e prescrição de terapêutica neuroléptica de ação prolongada, acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso no ambulatório de psiquiatria de Tomar no ano de 2012, e descrever as características dessa amostra

Correlacional- Porque pretende estabelecer relações entre os conceitos ou variáveis (Fortin, 2009), neste caso identificar se existe relação entre a taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada e os internamentos neste grupo de utentes.

Longitudinal- Neste caso trata-se de um estudo longitudinal dado que avaliação da taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada e (re) internamentos ao longo de 2012.

Retrospectivo- Nestes estudos o fator e o acontecimento, isto é, causa e efeito são já observáveis no momento em que o estudo começa (Fortin, 2009), assim este estudo

caracteriza-se como retrospectivo dado a colheita de dados ser feita no presente (2015) em relação a um acontecimento passado (2012).

4.2.2. Questões Investigação/Hipóteses

Q1- Qual a taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada dos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia e prescrição de terapêutica neuroléptica de ação prolongada, acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso no ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo no ano de 2012?

Q2- Qual a percentagem de internamentos dos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia e prescrição de terapêutica neuroléptica de ação prolongada, acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso no ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo no ano de 2012?

Q3- Qual a relação entre a taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada prescrita, dos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso no ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo, e a percentagem de (re) internamentos no ano de 2012?

H1- Existe uma diferença estatisticamente significativa entre a taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada prescrita, dos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso no ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo, e a percentagem de (re) internamentos no ano de 2012.

4.2.3. População/Amostra

A técnica de amostragem utilizada é não probabilística, uma vez que os elementos da população alvo não têm a mesma possibilidade de serem selecionados (Fortin, 2009), e por conveniência, visto os critérios de inclusão serem definidos pelo investigador.

A população escolhida foram os utentes com prescrição de terapêutica neuroléptica de ação prolongada, acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso (n=121), no ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo, no ano de 2012, e desta foi selecionada a amostra tendo em conta os critérios de inclusão de serem utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia e terapêutica neuroléptica de ação prolongada (N=73) acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso, no ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo, no ano de 2012.

4.2.4. Recolha de dados

Consulta dos processos dos utentes para recolha de dados sociodemográficos bem como consulta da base dados Access da terapêutica neuroléptica de ação prolongada do ambulatório psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo.

4.2.5. Procedimentos formais e éticos

Pedido de autorização formal à administração da unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo (Anexo XIII). Garantia da privacidade dos utentes não sendo revelada a sua identificação relativamente aos dados colhidos.

4.2.6. Operacionalização das variáveis

As variáveis dependentes (quadro 3) deste estudo, são a taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada e a percentagem de (re) internamentos dado serem as variáveis centrais deste estudo.

De acordo com o indicador de enfermagem do ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada, foram definidos os termos adesão total, parcial ou não adesão, usados neste estudo para obtenção da taxa de adesão como descrito no quadro abaixo.

Para além da obtenção da taxa de adesão e no sentido de responder a questão 3 e testar a hipótese “existe uma diferença estatisticamente significativa entre a taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada prescrita, dos utentes com diagnóstico

médico de esquizofrenia acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso, e a percentagem de (re) internamentos no ano de 2012”, foi considerado que adesão anual abrange quer a adesão total quer a adesão parcial, e a não adesão anual mantém-se o mesmo critério definido na avaliação da adesão mensal (ausência após o quinto dia agendado), bastando para isso que o utente não adira a pelo menos uma das administrações prescrita. Estes critérios foram definidos tendo em conta as recomendações de administração dos antipsicóticos de ação prolongada injetáveis utilizados no tratamento da esquizofrenia da amostra selecionada, tais como decanoato de haloperidol que deve ser administrado a cada 4 semanas; a flufenazina decanoato a cada 1 a 4 semanas; o risperdal consta com intervalos de duas semanas; e zuclopentixol Depot de 1 a 4 semanas (Prontuário Terapêutico On-line).

Quadro 3-: Variáveis dependentes			
Variável	Questão	Definição da escala de medida	Definição operacional
Taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada (de acordo com o cumprimento da medicação no dia agendado)	Fechada	Variável quantitativa contínua	- Total (no dia agendado) - Parcial (entre o 2º e o 4º dia) - Não adesão (a partir do 5º dia)
Percentagem de internamentos (se foi ou não internado durante o ano 2012)	Fechada	Variável qualitativa nominal	- Sim - Não

As variáveis independentes selecionadas para este estudo foram variáveis sociodemográficas incluídas para caracterização da amostra, nomeadamente a idade, o sexo, o estado civil, o concelho residente, a ocupação, as habilitações literárias e a periodicidade da administração dos neurolépticos de ação prolongada. Estas encontram-se esquematicamente apresentadas e descritas no quadro seguinte (quadro 4).

Quadro 4-Variáveis independentes			
Variável	Questão	Definição da escala de medida	Definição operacional
Idade (desde nascimento até ano 2012)	Aberta	Variável quantitativa contínua	- Em anos
Sexo	Fechada	Variável qualitativa nominal	- Masculino -Feminino
Estado Civil (até 2012)	Fechada	Variável qualitativa nominal	- Solteiro -Casado - União de facto

Continuação...

			-Divorciado
Concelho Residente	Aberta	Variável qualitativa nominal	- Tomar - Ourém - Torres Novas - Entroncamento -Abrantes -Ferreira do Zêzere - Vila nova da Barquinha - Alcanena -Gavião
Ocupação (emprego, voluntariado ou curso formação)	Fechada	Variável qualitativa nominal	- Sim - Não
Habilitações Literárias	Fechada	Variável qualitativa nominal	- Não sabe ler - Sabe ler - 4º ano - 6º ano - 9º ano - 12º ano - Frequência de universidade - Licenciados
Periodicidade da administração dos neurolépticos de ação prolongada	Fechada	Variável qualitativa nominal	- Quinzenal - 3/3 Semanas - Mensal

4.2.7.Tratamento estatístico

Os dados recolhidos foram tratados com recurso ao Programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20 para windows.

Foram utilizadas medidas descritivas permitindo caracterizar a amostra através de medidas de tendência central (moda, mediana, média), e medidas de variabilidade/de dispersão- valores extremos (máximo e mínimo), variância e desvio padrão. Recorreu-se também ao teste não paramétrico de independência do Qui-quadrado que segundo Laureano (2011) é utilizado quando se pretende testar se duas variáveis qualitativas nominais (ou tratadas como tal), na população, são independentes.

4.3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A amostra selecionada foi constituída por 73 utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia e prescrição de terapêutica neuroléptica de ação prolongada, acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso, no

ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo, no ano de 2012. Esta amostra caracterizou-se por ter idades compreendidas entre os 21 e os 75 anos, com uma média de 44,82 tratando-se de uma amostra jovem, com predominância do sexo masculino (72,6%) em relação ao sexo feminino (27,4%). A maioria (79,5%) era solteira, 9,6% divorciados, 8,2% casados, 1,4% viviam em união de facto e 1,4% eram viúvos. Quanto à ocupação 39,7% dos utentes tinha ocupação, e 60,3% não tinha. Apenas 13,9% concluíram o 12º ano correspondente a atual escolaridade obrigatória, sendo que a maioria (26,4%) concluiu o 9º ano, 16,7% concluíram o 6º ano, uma grande percentagem 20,8% concluiu apenas o 4º ano, apenas 6,9% se licenciaram e igual percentagem chegou a frequentar a universidade tendo depois abandonado. Uma percentagem mais reduzida de utentes não frequentaram ou não concluíram qualquer ciclo escolar sendo que desses 4,2% sabiam ler e igual percentagem não sabia sequer ler. A distribuição geográfica de acordo com o concelho encontra-se do quadro 5.

Quadro 5- Distribuição geográfica da amostra relativamente ao Concelho	
Concelho	Distribuição
Tomar	56,2%
Ourém	13,7%
Torres Novas	11%
Continuação.	8,2%
Abrantes	4,1%
Ferreira do Zêzere	2,7%
Vila Nova da Barquinha	1,4
Alcanena	1,4
Gavião	1,4

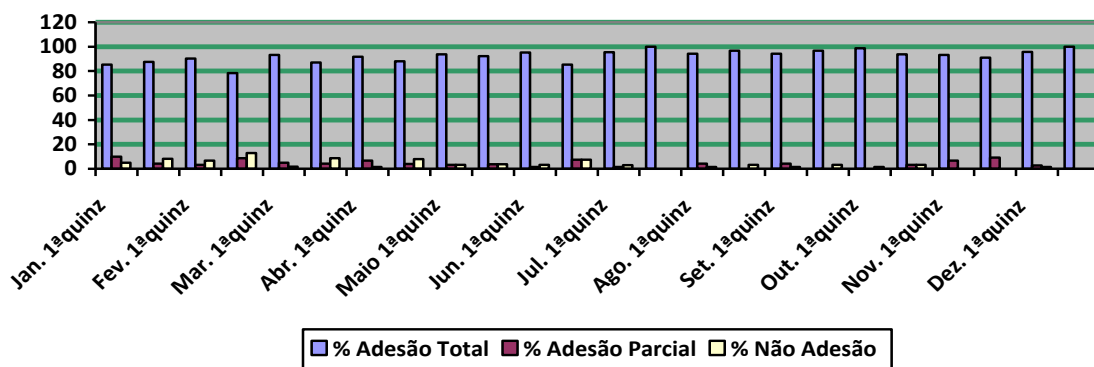
Quanto à periodicidade de administração dos neurolépticos de ação prolongada, 50,7 % dos utentes (n=73) fazem administração de 4 em 4 semanas, 48% de 2 em 2 semanas, 1,4% de 3 em 3 semanas.

Analisando a taxa de adesão total, parcial e não adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada ao longo do ano 2012 de acordo com a periodicidade prescrita (gráfico 1), verificou-se que:

Na **primeira quinzena do mês de janeiro** 85,2%, dos utentes tiveram adesão total, 9,8% tiveram adesão parcial e 4,9% não adesão. O total de utentes com terapêutica neuroléptica de ação prolongada prescrita nesta primeira quinzena de janeiro foi de 61 utentes e na segunda quinzena foi de 24. Quanto à taxa de adesão da **segunda quinzena de janeiro** 87,5%, dos utentes tiveram adesão total, 4,2% tiveram adesão parcial e 8,3% não adesão. Relativamente ao mês de **fevereiro na primeira quinzena** 90,2%, dos utentes (n=61) tiveram adesão total, 3,3% tiveram adesão parcial e 6,6% não adesão. Na **segunda quinzena de fevereiro** 78,3%, dos utentes (n=23) tiveram adesão total, 8,7% tiveram adesão parcial e 13% não adesão. No mês de **março na primeira quinzena** 93,3%, dos utentes (n=60) tiveram adesão total, 5% tiveram adesão parcial e 1,7% não adesão; na **segunda quinzena** 87%, dos utentes (n=23) tiveram adesão total, 4,3% tiveram adesão parcial e 8,7% não adesão. Quanto ao mês de **abril na primeira quinzena** 91,8%, dos utentes (n=61) tiveram adesão total, 6,6% tiveram adesão parcial e 1,6% não adesão; na **segunda quinzena** 88%, dos utentes (n=25) tiveram adesão total, 4% tiveram adesão parcial e 8% não adesão. Em relação ao mês de **maio na primeira quinzena** 93,7%, dos utentes (n=63) tiveram adesão total, 3,2% tiveram adesão parcial e 3,2% não adesão, sendo que na **segunda quinzena** 92,3%, dos utentes (n=26) tiveram adesão total, 3,8% tiveram adesão parcial e também 3,8% não adesão. No mês de **junho na primeira quinzena** 95,3%, dos utentes (n=64) tiveram adesão total, 1,6% tiveram adesão parcial e 3,1% não adesão; na **segunda quinzena** 85,2%, dos utentes (n=27) tiveram adesão total, 7,4% tiveram adesão parcial e 7,4% não adesão. Em **julho na primeira quinzena** 95,5%, dos utentes (n=66) tiveram adesão total, 1,5% tiveram adesão parcial e 3% não adesão, enquanto na **segunda quinzena** 100% dos utentes (n=30) tiveram adesão total. Relativamente à **primeira quinzena de agosto** 94,2%, dos utentes (n=69) tiveram adesão total, 4,3% tiveram adesão parcial e 1,4% não adesão. Na **segunda quinzena** 96,8%, dos utentes (n=31) tiveram adesão total, e 3,2% não adesão. Em **setembro na primeira quinzena** 94,3%, dos utentes (n=70) tiveram adesão total, 4,3% tiveram adesão parcial e 1,4% não adesão. Enquanto na **segunda quinzena** 96,8%, dos utentes (n=31) tiveram adesão total e 3,2% não adesão. No mês de **outubro na primeira quinzena** 98,6%, dos utentes (n=70) tiveram adesão total e 1,4% não adesão; na **segunda quinzena** 93,8%, dos utentes (n=32) tiveram adesão total, 3,1% tiveram adesão parcial e 3,1% não adesão. Quanto ao mês de **novembro na primeira**

quinzena 93,2% dos utentes (n=73) tiveram adesão total e 6,8% adesão parcial; na **segunda quinzena** 90,9%, dos utentes (n=33) tiveram adesão total e 9,1% tiveram adesão parcial. Por fim na no mês de **dezembro na primeira quinzena** 95,8%, dos utentes (n=72) tiveram adesão total, 2,8% tiveram adesão parcial e 1,4% não adesão; na **segunda quinzena** 100%, dos utentes (n=29) tiveram adesão total.

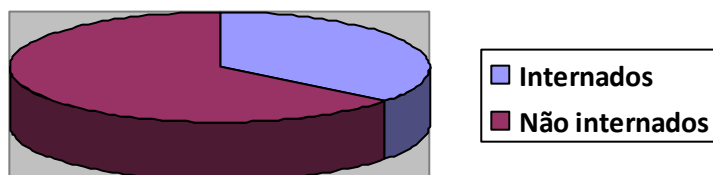
Gráfico 1- Distribuição da taxa de adesão total, parcial e não adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada



De salientar que na segunda quinzena de Julho e Dezembro a adesão foi de 100%, e que em três quartos dos períodos avaliados a adesão total do ano foi superior a 90% e destes 25% da adesão total foi superior a 95%. Calculando a média da adesão total anual esta corresponde a 92.39%, enquanto a média de adesão parcial anual é de 3,90%, sendo a percentagem mais baixa a correspondente à média de não adesão anual 3,68%.

Observou-se igualmente que a maioria (64,4%) dos utentes não foi internada e 35,6% dos utentes foram internados (gráfico 2).

Gráfico 2- Distribuição da amostra de acordo com a existência ou inexistência de internamento



Tendo em conta o já referido anteriormente no sentido de testar a hipótese do estudo foi considerado que adesão anual abrange quer a adesão total quer a adesão parcial, e a não adesão anual mantém-se o mesmo critério definido na avaliação da adesão mensal (ausência após o quinto dia agendado), bastando para isso que o utente não adira a pelo menos uma das administrações prescrita assim 82,2% (n=73) dos utentes foram aderentes no ano 2012 e 17,8% foram não aderentes. Fazendo a análise da hipótese “existe uma diferença estatisticamente significativa entre a taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada prescrita, dos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso, e a percentagem de (re) internamentos no ano de 2012”, conclui-se que os resultados confirmam a hipótese, ou seja, foi utilizado teste Qui-quadrado que revela $P=0,031$ uma diferença estatisticamente significativa entre adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada prescrita, e a percentagem de internamentos. Verificou-se que dos 73 utentes da amostra 26 foram internados dos quais 18 tiveram adesão e 8 não tiveram adesão, sendo que a maioria (n= 47) dos utentes não foram internados, dos quais 42 tiveram adesão e 5 não tiveram adesão, o que vem no sentido de comprovar que a adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada nos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia funciona como fator preventivo de internamento.

4.4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES DO ESTUDO

A investigação em enfermagem constitui um passo muito importante para a evolução fundamentada e prática do conhecimento em enfermagem. As principais dificuldades deste estudo prenderam-se com a seleção da amostra de forma a responder aos objetivos delineados. A seleção das variáveis sociodemográficas com maior evidência de forma a caracterizar melhor a amostra e o fenómeno em estudo foi alvo de reflexão, tendo-se verificado que talvez fosse útil a inclusão de variáveis relacionadas com a existência ou não de apoio familiar/cuidador e se existe relação estatisticamente significativa com a adesão terapêutica e internamentos.

Poderia ser útil noutros estudos definir outros critérios de adesão aos neurolépticos de ação prolongada nomeadamente a não adesão ser considerada para um período maior de ausência em relação à data agendada, tendo em conta o tempo de ação dos neurolépticos de ação prolongada, podendo esse fator evidenciar outros resultados diferentes dos obtidos, uma vez que neste estudo ao definir não adesão como o utente que não cumpre a medicação após o quinto dia do agendado e que são realizadas intervenções no sentido de promover a adesão o mais rápido possível, e que na quase totalidade dos utentes a administração não fica por realizar, e quando realizada passou pouco tempo desde a data agendada, podendo considerar-se que talvez não haja uma verdadeira descontinuação da medicação, o que vem influenciar os resultados quer da taxa de adesão quer os da hipótese definida se “Existe uma diferença estatisticamente significativa entre a taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada prescrita, dos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia acompanhados em consulta de enfermagem sob metodologia de gestão de caso, e a percentagem de internamentos no ano de 2012.”

Também seria útil a realização deste tipo de estudo com a existência de um grupo de controlo. Bem como incluir a identificação das causas que os utentes identificam como influenciadoras quer na adesão quer na não adesão terapêutica.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a taxa de adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada no ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo durante o ano de 2012, e sua relação com os internamentos numa amostra de utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia, salientando a importância da intervenção de enfermagem na promoção da adesão terapêutica e aliança

terapêutica com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos utentes e famílias e diminuir o agravamento de sintomatologia e internamentos. Uma vez que tal como refere Cardoso e Galera (2009) conhecer e compreender melhor a ocorrência da não adesão e o universo dos doentes mentais pode fornecer aos profissionais de saúde recursos mais adequados à manutenção do tratamento psiquiátrico e melhores ferramentas para a prevenção de recaídas relacionadas a este fenómeno, sendo que a enfermagem por ser uma profissão diretamente ligada ao tratamento e ao quotidiano do paciente, pode promover o estabelecimento de aliança terapêutica, suporte e manutenção do tratamento, além de poder identificar ocorrências quotidianas que possam interferir na adesão do paciente.

McFarlane et al (2003) citados por Brito (2005), afirmam que viver com uma doença como a esquizofrenia é difícil e confuso tanto para os doentes como para as suas famílias, por isso necessitam de adquirir conhecimentos sobre a doença e sobre como lidar com os sintomas e suas consequências no dia-a-dia, tal como os profissionais que tratam estes doentes para assim poderem garantir estas intervenções, sendo esta uma das preocupações da equipa de enfermagem do ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo na prestação de cuidados de enfermagem a estes utentes, utilizando como estratégia de promoção da adesão as referidas por Bugalho e Carneiro (2004), ou seja, intervenções **educacionais** (promotoras de conhecimento acerca da medicação e/ou doença) e as **comportamentais** (que incorporam na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento dos tratamentos propostos), dirigidas quer ao utente quer a família/cuidadores, uma vez que a participação da família é de grande importância para alcançar a reabilitação (Bressan & Scatena, 2002, citado por Bechelli, 2003b) e que os riscos são mais baixos em utentes considerados aderentes quando comparados com utentes não aderentes ao tratamento (Bechelli, 2003a; Cardoso & Galera; 2006).

De acordo com Afonso (2010) a esquizofrenia atinge cerca de 1% da população mundial, estudos indicam que familiares diretos de pessoas com esquizofrenia têm maior probabilidade de desenvolver a doença que afeta homens e mulheres de forma idêntica manifestando se no entanto mais cedo nos homens (15-25) do que nas mulheres (25-35). Estes dados não se verificaram neste estudo uma vez que a maioria da amostra

72,6% (n=73) era do sexo masculino e apenas 27,4% do sexo feminino. Verifica-se no entanto uma concordância com o referido por Ferrero (2005) e citado por Brito (2005) que compara a realidade portuguesa a mais aproximada à espanhola em que mais de 70% dos doentes não estudam nem trabalham, e 9 em cada 10 doentes em idade ativa vivem numa situação de dependência mais ou menos completa da sua família, visto que neste estudo a maioria (60,3) não tinham qualquer ocupação, caracterizando-se por terem uma média de idade de 44,82%, ou seja, que se encontravam na idade ativa.

Este estudo permitiu evidenciar o contributo das intervenções de enfermagem na promoção da adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada no ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo, ao verificar-se que a média anual da adesão total dos utentes é de 92.39%, muito acima dos valores de estudos publicados que referem a não adesão à medicação antipsicótica é observada em cerca de 50 % das pessoas com esquizofrenia e é a principal causa evitável de morbilidade psiquiátrica (Gray, Wykes & Gournay, 2002). Havendo referência a alguns casos em que mais de 85% dos utentes psiquiátricos podem ser não aderentes em algum momento do curso da sua doença, não sendo especificado para que tipo de tratamento (oral ou injetável) (O'Connor, 2006, citado por Cardoso & Galera, 2009), no entanto como se pode verificar neste estudo no ano de 2012 a maior taxa de não adesão não ultrapassou os 13% dos utentes tendo esta ocorrido apenas numa quinzena em todo o ano, sendo a média anual de não adesão de 3,68% dos utentes, o que vem contrariar estudos que referem que as taxas médias de não adesão ao regime terapêutico em psiquiatria são de 37 e 42%, bem mais elevadas que nas outras áreas, onde a média é cerca de 24,8% dos utentes (Quesado, Rocha, Mucha & Sá, 2011). Também Young (1986) fez uma revisão de 26 estudos, encontrando uma média de não adesão, em um ano, de 41% (com variação entre 10% e 76%) para medicações administradas oralmente e de 25% (com variação entre 14% e 36%) para medicações injetáveis de depósito, já a média de não adesão anual do presente estudo como já referido é de 3,68% com variação entre 0% e 13% muito menor do que a identificada noutros estudos.

De acordo com o estudo “O conhecimento dos médicos (n=4722) sobre a adesão parcial, não adesão ou adesão total à medicação antipsicótica na esquizofrenia: resultados de uma pesquisa realizada na Europa, Médio Oriente e África (EMEA)”, em

36 países, desenvolvido por Emsley et al (2010), na questão, “*dos pacientes com esquizofrenia que você viu no mês passado, que percentagem suspeita que pode ter sido não aderente, parcialmente ou totalmente aderente?*” Em que 21% dos entrevistados na pesquisa não concluiu esta questão, obtiveram os seguintes resultados, 21% não foram aderentes, 32% foram parcialmente aderentes e 47% foram totalmente aderentes. Estas se comparadas com qualquer avaliação mensal deste estudo evidenciam valores de não adesão ou adesão parcial muito superiores enquanto na adesão total evidencia valores muito inferiores, dado que o valor mais baixo da adesão total do presente estudo foi de 78,3%. Foi ainda possível verificar que os resultados do estudo confirmaram a hipótese existindo uma diferença estatisticamente significativa entre adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada prescrita, e a percentagem de internamentos, tendo-se constatado que dos 73 utentes da amostra 26 foram internados dos quais 18 tiveram adesão e 8 não tiveram adesão, sendo que a maioria (n= 47) dos utentes não foram internados, dos quais 42 tiveram adesão e 5 não tiveram adesão, o que vem no sentido de comprovar que a adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada nos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia funciona como fator preventivo de internamento. Desta forma conclui-se que os dados obtidos respondem diretamente aos objetivos formulados para este estudo.

É importante salientar que não se pode afirmar que os bons resultados alcançados sejam única e exclusivamente atribuídos à intervenção de enfermagem, apesar da evidência do seu grande contributo, dado que existem tal como referido na fundamentação teórica muitos fatores que interferem com a adesão terapêutica.

Dado a evidência de estudos anteriores e do contributo do presente estudo evidencia-se a importância desta problemática que é a não adesão à terapêutica, bem como a necessidade de intervenção na promoção da adesão terapêutica. Verifica-se que os profissionais de enfermagem têm um papel muito importante nesta problemática e que a recorrência à metodologia de gestão de caso e estabelecimento da relação terapêutica é válida neste tipo de intervenção, bem como o uso de intervenções educacionais e comportamentais com os utentes e familiares/cuidadores.

Assim na avaliação da eficácia da intervenção de enfermagem na promoção da adesão terapêutica torna-se importante a execução e divulgação de estudos semelhantes ou que sirvam o mesmo propósito, no sentido de se alertar mais para a importância destas intervenções na redução desta problemática e diminuir a não adesão de forma a diminuir a morbidade psiquiátrica, as recaídas e aumentar a qualidade de vida dos utentes e seus familiares/cuidadores.

5. CONCLUSÃO

A realização deste relatório permitiu a reflexão e análise sobre as intervenções desenvolvidas nos dois contextos dos ensinamentos clínicos que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental, bem como para a consolidação de conhecimentos, e evolução pessoal e profissional.

O Regulamento 129/2011 de 18 de fevereiro (2011) vem evidenciar a importância da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental, referindo que os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível, têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O enfermeiro especialista em saúde mental tem também um papel fundamental na promoção e manutenção da saúde mental e do bem-estar proporcionando condições para que a vida da pessoa, família e comunidade seja vivida com um máximo de saúde. E foi neste sentido que os ensinamentos clínicos foram desenvolvidos em dois contextos da prática clínica na comunidade e em cuidados diferenciados no internamento psiquiatria. Todas as intervenções planeadas e realizadas tiveram em conta as necessidades de cuidados por parte dos utentes, família/cuidadores e comunidade, e necessidades dos profissionais dos locais dos ensinamentos clínicos.

O desenvolvimento de competências de investigação revelaram-se de grande importância, na consolidação de conhecimentos sobre metodologias de investigação, e contributo para o desenvolvimento da enfermagem. Este estudo permitiu evidenciar o contributo das intervenções de enfermagem na promoção da adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada no ambulatório de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e vale do Tejo, ao verificar-se que a média anual da

adesão total dos utentes é de 92.39%, muito acima dos valores de estudos publicados que referem a não adesão à medicação antipsicótica é observada em cerca de 50 % das pessoas com esquizofrenia e é a principal causa evitável de morbilidade psiquiátrica e que a adesão à terapêutica neuroléptica de ação prolongada nos utentes com diagnóstico médico de esquizofrenia funciona como fator preventivo de internamento.

As principais dificuldades sentidas na realização deste relatório e primeiramente dos ensinamentos clínicos foram a gestão do tempo, a conciliação pessoal e profissional característica também necessária e importante em termos de autoconhecimento, e crescimento pessoal e profissional como enfermeiro especialista em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES de Serra D'aire (2010). *Plano de Acção da UCC do Entroncamento*. Centro de Saúde do Entroncamento: Entroncamento.
- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia: Conhecer a doença*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi editores.
- Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia: Para além dos mitos, descobrir a doença* (1ª edição). Cascais: Principia.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-382. Acedido em 22 de fevereiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. O. & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev Esc Enferm USP*, 39 (2), 202-210.
- Almeida, A., & Palas, T. (2006). *Esteja atento ao Bullying escolar*. Acedido em 16 abril de 2012 em http://www.portalbullying.com.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=59
- Andrade, J. C. V. (2000). O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais. In Carvalho, A., Rodrigues, C., Serra, A. V., Dias, J. F., Araújo, C., Andrade, J. C.V., Rodrigues, A., Mendes, F. M., Marques, A. R., Roque, H., Mota, J. L. L., *Lei de Saúde Mental e Internamento Compulsivo 2*. Coimbra: Coimbra Editora
- Ballone, G.J. (2005). *Perguntas mais frequentes sobre Esquizofrenia*. Acedido em 5 de fevereiro de 2012 em <http://psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=289>
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada. *Acta Med*. Acedido em 11 fevereiro de 2012 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/1/11-20.pdf>
- Bechelli, L. P. C. (2003a). Antipsicóticos de ação Prolongada no Tratamento de Manutenção da Esquizofrenia: Parte I. Fundamentos do seu Desenvolvimento, Benefícios e Nível de Aceitação em Diferentes Países e Culturas. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 11 (3), 341-349. Acedido em 13 de janeiro de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300012&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0104-11692003000300012.

- Bechelli, L. P. C. (2003b). Antipsicóticos de ação Prolongada no Tratamento de Manutenção da Esquizofrenia. Parte II. O Manejo do Medicamento, Integração da equipa Multidisciplinar e Perspetivas com a Formulação de Antipsicóticos de Nova Geração de Ação Prolongada. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 11 (4), 507-515. Acedido em 12 de janeiro de 2015 em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1795/1842>
- Brito, M.L.S. (2005). Intervenções Psicoeducativas para Famílias de Pessoas com Esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (5), 15-24.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cardoso, L., & Galera, S., A. F. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paul Enfermagem*, 3 (19), 343-348. Acedido em 17 fevereiro 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a15v19n3.pdf>
- Cardoso, L., & Galera, S. (2009). Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43 (1), 161-167. Acedido em 10 de janeiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/21.pdf>
- Carneiro, F. D. M. (2000). *Dinâmica grupal: conceituação, história, classificação e campos de aplicação*. Virtual books acedido em 8 de junho de 2012 em <http://pt.scribd.com/doc7026124/18/a>
- Centro Hospitalar Médio Tejo (2014). RG.PSI.001.02: *Regulamento do Serviço de Psiquiatria*. Tomar: Centro Hospitalar do Médio Tejo.
- Cerullo, J. A. S. B., & Cruz, D. A. L. M. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (1), 124-129. Acedido em 22 de fevereiro de 2015 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100019&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0104-11692010000100019.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE): versão 1.0*. Geneva: International Council of Nurses.
- Consórcio Brasileiro de Acreditação & Joint Comission International (2010). *Padrões de Acreditação da Comission International para Hospitais*. (Joint Comission International, Trad.) Rio de Janeiro: (trabalho original em inglês).
- Correia, C. S. L. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: o papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem* Acedido em 17 fevereiro 2012 <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/707>
- Christian, R., Ramos, J., Susanibar, c., & Balarezo, G. (2004). Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud *Rev. Soc. Per. Med. Inter.* 17(2). Acedido em 16 de Junho de 2012 em <http://www.unife.edu.pe/invest/boletin%206/risoterapia.pdf>

- Crozara, L. F., Braga, G. F., Feliciano, D. C., Silva, A. P., Marçal, V. P. B., Freitas, P. S., Callegari, F. (2010). Efeito da atividade física na saúde e qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais. *Revista Digital. Buenos Aires*, 149. Acedido em 10 de Junho de 2012 em <http://www.efdeportes.com>
- Decreto-Lei nº 16/96 de 4 de setembro (1996). Define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) acedido em 13 de outubro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaoEnfermagem.aspx>
- Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de fevereiro (1999). Estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental, Diário da República I série-A. Nº 30 (5-2-1999), 676-681.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I Série. Nº 38 (08-02-22), 1182-1189.
- Decreto-Lei nº 304/2009 de 22 de outubro (2009). Alteração ao Decreto -Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro que estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental. Diário da República I Série. Nº 205 (22-11-2009), 7934-7941.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Departamento de Psiquiatria Tomar (2012). Base dados Excel do Internamento de Psiquiatria.
- Direção-Geral de Saúde (2007). Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - contenção física. Circular normativa Nº 08/DSPSM/DSPCS de 25 de maio de 2007 acedido em 12 de janeiro de 2015 em <http://www.dgs.pt/?cr=11390>
- DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Acedido em 8 de julho de 2012 em <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=22>
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril (2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República II Série. Nº 74 (16-4-2009), 15438-15440.
- Emsley, R., Alptekin, K., Cañas, F., Gorwood, P., Naber, D., Olivares, J. M., Roca, M., Martinez, G., Schreiner, A. (2010, 29 novembro a 1 dezembro). Physician awareness of partial and non-adherence to antipsychotic medication in schizophrenia: results from a survey conducted across Europe, the Middle East and Africa (EMEA). IN: *Poster presented at the IEPA, Amsterdam, The Netherlands*.

- Fazenda, M.I. (s.d.). *Empowerment e participação, uma estratégia de mudança*. Acedido em 15 fevereiro de 2012 em <http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>
- Figueiredo, A. L. et al. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira Ter. Comport. Cogn.* 1(11). Acedido em 17 fevereiro 2012 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452009000100003&lng=pt&nrm=iso.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Salgeiro, Trad) Loures: Lusodidacta.
- Fradique, M. J. J. G. (2012). *Efeitos da Liderança na Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista LatinoAmericana de Enfermagem*, 11 (3), Acedido em 12 julho de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300016&lng=pt&nrm=iso
- Gil-Monte, P. R. (2003). El Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) em profissionais de enfermagem. *Revista eletrónica interação Psy*,1, 19-33.
- Gomes, J.C.R. (2003). *Desemprego, Depressão e sentido de coerência: Uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública*. Relatório de investigação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Gomes, J. C. & Henriques, C. (2012). *Planeamento descritivo do 2º semestre*. Leiria: IPL.
- Gonçalves, M. (2011). *Esquizofrenia aos olhos da enfermagem: Projeto ADHES EMEA resultados de Portugal*. JANSSEN.
- Guedes, A. S. M. (2008). *Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto.
- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 9 (3), 277- 284.
- Hill, M. M., Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

- ICN (2011). *CIFE® 2 Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Keltner, N., Schwecke, L. Bostrom, C. (2007). *Psychiatric Nursing*. Elsevier Mosby, (5ª edição). St. Louis
- Lei nº 36/98 de 24 julho (1998). Estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental. Diário da República I Série A. Nº 169 (24-7-1998), 3544-3550.
- Lopez, R., Amaral, A. F., Ferreira, J. Barroso, T. (2011). Fatores implicados no fenómeno de bullying em contexto escolar: revisão integrada da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III (5), 153-162. Acedido em 22 de fevereiro de 2015 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a16.pdf>
- Macedo, C. S. G., Garavello, J. J., Oku, E. C., Miyagusuku, F. H., Agnoll, P. D. & Nocetti, P. M. (s.d.). Benefícios do exercício físico para a qualidade vida. *Revista Brasileira de Atividade Física; Saúde*, 8 (2), 19-27.
- Magalhães, F. L. (2011). *Fobias e Medos*. Acedido em 1 de julho de 2012 em <http://www.fernandomagalhaes.pt/fobias.html>
- Marques-Teixeira, J. (2002). Burnout ou a Síndrome de Exaustão. *Saúde Mental*, 2 (4), 10-19.
- Martini, L. C., Attux, C., Bressan, R. A., Mari, J. J. (2012). Adaptação cultural, validade e confiabilidade da versão brasileira do Inventário de Habilidades de Vida Independente – Versão do paciente (ILSS-BR/P), na esquizofrenia. *Revista Psiquiatria Clínica*. 1(39), 12-18. Acedido em 21 maio 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n1/v39n1a03.pdf>
- Mazocco & Hentges, (2010). *Terapia do riso: enfermagem humanizando o ambiente hospitalar*. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem. Centro de Ciências, Tecnologia e Produção da PUCPR, Câmpus de Toledo. Acedido em 13 de junho de 2012 em http://www.corenpr.org.br/artigos/fabiano_joana.pdf
- Mello, M. T., Boscolo, R. A., Esteves, A. M., Tufik, S. (2005). O exercício físico e os aspetos psicobiológicos. *Revista Brasileira Medicina e Esporte*, 11 (3), 203-207. Acedido em 14 de Janeiro de 2015 em <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n3/a10v11n3.pdf>
- National Institute of Mental Health (2002). *Entendendo a Esquizofrenia*. Maryland: Lily.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociências.
- Novakovic, A. (2011). *Community Meetings on Acute Psychiatric Wards, Rationale for Group Specialist Input for Staff Teams in the Acute Care Services*. Group Analysis. Acedido em 8 de junho de 2012 em <http://gaq.sagepub.com/content/44/1/52.short>

- Oliveira, M.M.C.M.Q. (2008). *Burnout e Emoções: Estudo exploratório em médicos de um Hospital do Porto*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação do Porto
- Oliveira, E., & Rolim, M. A. (2003). Fatores que influenciam os enfermeiros a utilizarem a atividade física na assistência a pacientes psiquiátricos. *Revista Escola Enfermagem USP*, 37 (3), 97-105. Acedido em 8 de junho de 2012 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/12.pdf>
- Oncare (2008). *Tomada de decisão em enfermagem*. Acedido em 23 de novembro de 2014 em <http://oncare.blogspot.pt/2008/06/tomada-de-deciso-em-enfermagem.html>
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *15 Propostas para melhorar a eficiência no serviço nacional de saúde: contributos da ordem dos enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: Nova concepção, Nova Esperança*. Lisboa: Direção Geral de saúde.
- Paulos, C. (2009). *Riscos psicossociais no Trabalho*. Lisboa: Verlag Dashofer
- Pinho, M. C. G. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Revista Ciência & cognição*, (8), 68-87. Acedido em 22 de fevereiro de 2015 em <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>
- Pires, R. S. D. M. (2006). *Adesão à terapêutica anti-retrovírica: uma meta psicoterapêutica*. Acedido em 17 fevereiro de 2012 em [http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?Codigo=A0325&area=d2&subarea =](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?Codigo=A0325&area=d2&subarea=)
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. (A. Thorell, Trad.). (5ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Programa de Informação sobre Esquizofrenia -PIE*. (2004). Acedido em 21 de maio de 2012 em <http://www.brainlab.com.pt/>
- Prontuário Terapêutico On-line*. Infarmed. Ministério da Saúde. Acedido em 7 de março de 2015 em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=33249&tipo_documento=fi

- Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses* (1ª edição). Coimbra: Formasau.
- Quesado, A. J. D., Rocha, M. J., Mucha A., & Sá, L. O. (2011). Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Doença Mental In: *E-book- III congresso SPESM - Informação e Saúde Mental* (pp.147-153).Silves.
- Regulamento nº533/2014 de 2 dezembro (2014) Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II Série. N.º 233 (2-12-2014), 30247-30254.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série. N.º 35 (18-02-2011), 8648-8653.
- Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República II Série. N.º 35 (18-02-2011), 8669-8673.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março (2008). Aprova o plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Diário da República I Série. N.º47 (08-03-06), 1395-1409.
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 1 (2) 77-99.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde* (1ª edição). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (2011a). *Inventário de saúde mental* (1ª edição). Lisboa: Placebo editora.
- Ribeiro, J. M. S. (2011b). Autonomia Profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (3), 27-36.
- Rosa, M.A. & Elkis, H. (2007). Adesão em esquizofrenia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34 (2), 189-192.
- Santana, A. F. O. (2011). *Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares*. Acedido em 16 fevereiro de 2012 em http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?Codigo=TL0252
- Simão, A.R.E. (2009). *Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Silva, P. H. (2005). Utilização da risoterapia durante a hospitalização: um tema sério e eficaz. *Rev Enferm UNISA*, 6, 70-73. Acedido em 13 de junho de 2012 em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-12.pdf>

- Silva, A. L. N. (2010). *Internamento Compulsivo*. Tese de Mestrado. Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto.
- Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (2009). *Manual de boas práticas canadianas para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Porto: SPESM.
- Souza (2010). *Reflexões sobre o bullying um estudo revisão*. in: Educação para a saúde, cidadania e desenvolvimento sustentado (1ª edição). Beira Interior
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica*. (6ª edição). Porto Alegre: Artmed editora
- Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de enfermagem Psiquiátrica: de Mereness* (13ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Takeda, O. H. (2005). *Contribuição da Atividade Física no Tratamento do Portador de Transtorno Mental Grave e Prolongado em Hospital-Dia*. Dissertação para obtenção do título de Mestre em enfermagem. Universidade de São Paulo.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª edição). (S. C. Rodrigues, Trad.). Loures, Lusociência.
- Valente, M. I. P. (2002). *Auto-conceito nos estudantes de enfermagem: Estudo da interação entre a vinculação e variáveis sócio-demográficas no auto-conceito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Vanelli, I., Chendo, I., Gois, C., Santos, J., Levy, P. (2011). Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão à terapêutica. *Revista Acta Med Port* (24) 17-20. Acedido em 21 maio 2012 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/1/017-020.pdf>
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ª edição). Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Vila, C., & Diogo, S. (2009). *Bullying*. Acedido em 17 fevereiro de 2015 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0142.pdf>
- World Health Organization. (2001). *World Health Report – 2001*. Suíça: Geneva
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Acedido em 11 de fevereiro 2012 em <http://www.who.int/chronic-conditions/en/adherencerep.pdf>.
- Young, M. S. (1986). Strategies for improving compliance. *Top Clin Nurs*, 7 (4), 31-38.
- Zaine, I., Reis, M., & Padovani, R. (2010). *Comportamentos de bullying e conflito com a lei*. Estudos de Psicologia (Campinas), 27 (3), 375-382. Acedido em 16 abril de 2012 em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2010000300009&lng=en&tlng=pt.