

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

COMPORTAMENTO AGRESSIVO EM CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas
na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Raquel Patrícia Alves do Couto Bessa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

COMPORTAMENTO AGRESSIVO EM CONTEXTO DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA - Projeto de
desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica

AGGRESSIVE BEHAVIOR IN MENTAL HEALTH AND
PSYCHIATRY SETTINGS - Project for the development of
specialized clinical competencies in the field of Mental
Health and Psychiatric Nursing

Relatório de estágio de natureza profissional orientado
pelo Professor Doutor Carlos Sequeira e coorientado
pelo Professor Doutor Francisco Sampaio

Raquel Patrícia Alves do Couto Bessa

Porto, 2024

“Better than a thousand words, is one word that brings peace.”

Buddha

AGRADECIMENTOS

A todos os professores que participaram neste processo de aprendizagem e crescimento profissional, especialmente ao Professor Doutor Carlos Sequeira, ao Professor Doutor Francisco Sampaio e à Professora Doutora Júlia Marques.

A todos os enfermeiros que, durante os estágios, demonstraram a sua disponibilidade e contribuíram com os seus conhecimentos neste processo de aprendizagem e aquisição de competências, em especial aos enfermeiros tutores.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que partilharam este percurso e o tornaram mais leve, em especial à Elisabete e à Sara, parceiras de trabalho e à Inês e ao Pedro, companheiros de viagem.

Aos colegas da UCC Felgueiras que sempre motivaram a não desistir.

À minha família, sem o apoio dos quais não teria realizado a Licenciatura em Enfermagem que me trouxe até aqui. Porque sempre deram espaço a que fizesse as minhas próprias escolhas, independentemente das dificuldades, e que sempre toleram as minhas “particularidades” nos momentos de *stress* e fadiga física e emocional.

RESUMO

O comportamento agressivo é um diagnóstico passível de intervenção por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica podendo ocorrer em pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental. Pode estar associado a processos de doença, a perturbações da personalidade, assim como a respostas desadaptativas aos processos de transição da pessoa. Nos variados contextos de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ao longo de todo o ciclo de vida, podem surgir comportamentos agressivos que interferem com o bem-estar da pessoa, família e comunidade. O presente relatório tem como finalidade descrever a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ao longo do estágio que decorreu em diferentes contextos: Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda, Comunitário e de Respostas Diferenciadas. Procurou-se, nestes três contextos, intervir com particular relevo ao nível do comportamento agressivo, pelo que foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o comportamento agressivo em contextos de saúde mental e as intervenções de Enfermagem perante este comportamento. No contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda e no contexto Comunitário foram identificados diagnósticos de Enfermagem de potencial para melhorar o conhecimento sobre o comportamento agressivo, motivo pelo qual foi realizada intervenção psicoeducacional individual em ambos os contextos. No contexto de Respostas Diferenciadas foi identificado um diagnóstico de Enfermagem no âmbito do comportamento, nomeadamente o abuso de drogas, tendo sido realizada intervenção ao nível da modificação do comportamento. Em todos os contextos de estágio houve a intencionalidade da avaliação dos resultados obtidos. No contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda não foi possível terminar a intervenção. No contexto Comunitário a intervenção teve de ser ajustada, inerente à alteração no diagnóstico de Enfermagem, pelo que não foi possível uma avaliação objetiva da efetividade da intervenção inicial. No contexto de Respostas Diferenciadas a intervenção não originou mudanças, tendo-se mantido o comportamento. O período de estágio em cada contexto foi breve e esteve sujeito a condicionantes que não dependiam apenas da intervenção por si, pelo que não se conseguiu atingir os resultados desejados para as intervenções. Todos os contextos de estágio contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e para a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: Comportamento Agressivo; Saúde Mental; Doença Mental; Enfermagem; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ABSTRACT

Aggressive behavior is an area of intervention for the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, and it may occur in individuals requiring mental health care. It can be associated with illness processes, personality disorders, as well as maladaptive responses to transitional processes in individuals. In the various settings where the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing works, throughout the lifespan, aggressive behaviors that interfere with the well-being of the individual, family, and community may arise. The purpose of this report is to describe the acquisition and development of competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing during the internship held in different contexts: Inpatient Care for Individuals in Acute Clinical Decompensation, Community Care, and Differentiated Care. In these three contexts, particular emphasis was placed on intervening in aggressive behavior, leading to a literature review on aggressive behavior in mental health settings and nursing interventions for such behavior.

In the context of Inpatient Care for Individuals in Acute Clinical Decompensation and in the Community Care setting, Nursing diagnoses with potential to enhance understanding of aggressive behavior were identified. This led to individual psychoeducational interventions in both contexts. In the Differentiated Care, a Nursing diagnosis related to behavior, specifically drug abuse, was identified, and behavior modification interventions were implemented. In all internship contexts, there was a deliberate effort to assess the outcomes achieved. In the Inpatient Care for Individuals in Acute Clinical Decompensation context, it was not possible to complete the intervention. In the Community Care setting, the intervention had to be adjusted due to changes in the Nursing diagnosis, making an objective evaluation of the initial intervention's effectiveness unfeasible. In the Differentiated Care, the intervention did not lead to changes, as the behavior persisted.

The internship periods in each context were brief and subject to constraints not solely dependent on the intervention itself, thus the desired outcomes for the interventions were not achieved. All internship contexts contributed to the development of knowledge in the field of Mental Health and Psychiatric Nursing and to the acquisition and development of competencies for the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Keywords: Aggressive Behavior; Mental Health; Mental illness; Nursing; Mental Health and Psychiatric Nursing

ABREVIATURAS

ALD - Antipsicóticos de Longa Duração

ANA - American Nurses Association

APA - American Psychiatric Association

ASSIST - Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CRI - Centro de Respostas Integradas

DGS - Direção-Geral da Saúde

DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ET - Equipa de Tratamento

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

ICN - International Council of Nurses

MMSE - Mini Mental State Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

NANDA-I - NANDA International, Inc.

NIC - Nursing Interventions Classification

NOC - Nursing Outcomes Classification

OE - Ordem dos Enfermeiros

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

VHC - Vírus da Hepatite C

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO	13
1.1. Comportamento Agressivo	13
1.2. Comportamento Agressivo em Contexto de Saúde Mental e Psiquiatria	17
1.3. Teoria das Transições de Afaf Meleis	23
1.4. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	26
1.5. Conceção de Cuidados de Enfermagem no Comportamento Agressivo	29
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	45
2.1. Contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda	46
2.1.1. Caraterização do Serviço de Internamento de Psiquiatria de Adultos .	46
2.1.2. Intervenções Desenvolvidas	47
2.1.3. Análise da Intervenção Psicoeducacional	54
2.2. Contexto Comunitário	55
2.2.1. Caraterização da Unidade de Cuidados na Comunidade	55
2.2.2. Intervenções Desenvolvidas	56
2.2.3. Análise da Intervenção Psicoeducacional	62
2.3. Contexto de Respostas Diferenciadas.....	63
2.3.1. Caraterização da Equipa de Tratamento	64
2.3.2. Intervenções Desenvolvidas	65
2.3.3. Análise da Intervenção de Modificação do Comportamento.....	72

2.4. Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	73
2.5. Aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	77
2.5.1. Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	77
2.5.2. Assiste ao longo do ciclo de vida na otimização da saúde mental.....	79
2.5.3. Ajuda a recuperar a saúde mental	80
2.5.4. Presta cuidados psicoterapêuticos de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde	82
3. CONTRIBUTOS DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	84
CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	97

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores de risco: Comportamento Agressivo.	30
Quadro 2 - Dados para o comportamento agressivo.	33
Quadro 3 - Diagnósticos de Enfermagem relativos ao comportamento agressivo e respectivas Intervenções de Enfermagem.	36
Quadro 4 - Intervenções de Enfermagem e atividades que as concretizam.	38
Quadro 5 - Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção Contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda.	50
Quadro 6 - Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção Contexto Comunitário.	59
Quadro 7 - Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção Contexto de Respostas Diferenciadas.	68
Quadro 8 - Resultados dos instrumentos de avaliação pós intervenção Contexto de Respostas Diferenciadas.	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Caraterização do comportamento agressivo	16
Figura 2 - Teoria de médio alcance da transição	24
Figura 3 - Modelo das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	26
Figura 4 - Score ASSIST e relação entre os níveis de consumo e as intervenções preconizadas	67

INTRODUÇÃO

O comportamento agressivo pode surgir associado a problemas de saúde mental. Não é um sintoma de patologia, no entanto pode ocorrer associado a sintomas como alucinações e delírios (Korkmaz *et al.*, 2017, como citado em Albino *et al.*, 2023). O comportamento agressivo é considerado um problema comportamental, mais bem definido como uma ação ou atitude enérgica de autoassertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente (International Council of Nurses [ICN], 2019). Em contextos de saúde mental, aquando de internamentos involuntários ou perante regras de funcionamento rígidas, pode ocorrer maior risco de comportamento agressivo (Oliveira & Valença, 2020, como citado em Albino *et al.*, 2023).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) possui competências na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto). Sendo o comportamento agressivo uma resposta humana desajustada e desadaptada torna-se importante entender qual o papel do EEESMP na prevenção, antecipação e contenção deste tipo de comportamento.

No âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que decorreu no primeiro semestre do ano letivo 2023/2024 na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi realizado o presente relatório. Este visa descrever o processo de desenvolvimento profissional na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo por base os conceitos teóricos adquiridos no curso de Mestrado e as experiências adquiridas nos contextos da prática clínica, procurando intervir com particular relevo ao nível do comportamento agressivo.

Este relatório, orientado pelo Professor Doutor Carlos Sequeira e coorientado pelo Professor Doutor Francisco Sampaio, tem como propósito descrever e analisar as atividades desenvolvidas no Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II, de forma a apresentar o desenvolvimento e aquisição das competências clínicas comuns e específicas do EEESMP.

Para a realização deste relatório recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica através da pesquisa nas bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete* através do motor de busca EBSCO Host, *Scopus* e livros da especialidade na área da saúde, disponíveis na biblioteca da ESEP, tendo sido utilizado o método descritivo, assim como a análise crítico-reflexiva.

O relatório encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta o

enquadramento concetual e teórico das temáticas consideradas pertinentes para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP, tendo como base o diagnóstico de Enfermagem “comportamento agressivo”. No segundo capítulo será descrito o percurso de desenvolvimento de competências do EEESMP nos diferentes contextos onde decorreu o estágio. No terceiro capítulo abordam-se os contributos do projeto de desenvolvimento de competências clínicas para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

O presente capítulo tem como finalidade a explicação das bases teóricas e conceituais que alicerçam o processo de desenvolvimento de competências como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Partindo do tema central que norteia o estágio do qual emerge este relatório, impera a necessidade da definição do comportamento agressivo e pertinência desta temática nos contextos de Saúde Mental e Psiquiatria, assim como as intervenções de Enfermagem relativas ao comportamento agressivo.

A Enfermagem baseia-se em constructos teóricos que orientam a sua prática. O comportamento agressivo pode aparecer associado a um estado de doença ou como resposta mal adaptativa a situações do contexto de vida, sendo influenciado pelo ambiente e pelas interações da pessoa e as suas relações interpessoais (Townsend, 2011). Este comportamento pode surgir relacionado com transições que a pessoa esteja a vivenciar. A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa cuidada influencia o resultado das intervenções de Enfermagem. Compreender a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, utilizando-as na conceção dos cuidados especializados de Enfermagem, é por isso fundamental.

1.1. Comportamento Agressivo

De acordo com o ICN o comportamento é um processo intencional manifestado por ações (ICN, 2019). Corresponde a ações de um organismo em resposta a estímulos externos ou internos, que possam ser observadas ou medidas objetivamente em resposta a estímulos controlados (VandenBos, 2015). Implica algo que ocorre ao longo do tempo, tendo um início, meio e fim sendo parte da interação do organismo com o ambiente (Todorov, 2012, como citado em Ribeiro *et al.*, 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020). Depende de vários motivos, nomeadamente a intenção com que se age, fatores internos e externos que levam a agir de uma determinada forma e da relação entre a ação da pessoa e o ambiente no qual a ação é tomada (Botomé, 2015, como citado em Ribeiro *et al.*, 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020).

Segundo a visão atual do modelo *behaviorista*, o comportamento entende-se como uma interação entre o meio ambiente e o sujeito, ou seja, as ações (respostas do sujeito) dependem

dos estímulos do ambiente e não apenas da sua ação isolada (Valente *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio 2020).

Do ponto de vista do modelo cognitivista, o comportamento da pessoa é influenciado pela forma como esta percebe e processa a realidade através dos seus processos mentais, nomeadamente a memória, a atenção, a percepção, a representação do conhecimento, o raciocínio, a criatividade e a capacidade de resolução de problemas (Valente *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio 2020).

Numa perspetiva de aprendizagem, os comportamentos podem ser aprendidos e/ou modificados através do condicionamento clássico (aprendizagem associativa), do condicionamento operante (reforços positivos/negativos), da aprendizagem por observação ou de processos cognitivos (Sequeira & Sampaio, 2020 *in* Sequeira & Sampaio 2020).

Do ponto de vista das neurociências, o comportamento pode ser influenciado por vários fatores fisiológicos, sociais e cognitivos (dor, prazer, apetite, raiva, sono, sexo, interações sociais, memória, inteligência e atenção). O sistema nervoso é ativado por estímulos externos e internos provocando variações que podem ser observadas através de comportamentos, como por exemplo a reação à dor. Em situações de funcionamento normal existe uma adequação dos comportamentos aos estímulos, caso contrário pode dar origem a comportamentos disfuncionais podendo traduzir-se em perturbações como depressão, ansiedade, esquizofrenia e doença de Alzheimer (Higgins, 2019).

A *American Psychiatric Association* (APA), no Manual de Diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais identifica a perturbação do comportamento como um “padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou as principais normas ou regras sociais...” (APA, 2022, p. 645). Esta perturbação é manifestada por agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, falsificação ou roubo e violação grave de normas. Refere como exemplos de agressão a pessoas e animais: insultos, ameaças, intimidação, iniciação de lutas físicas, uso de arma que pode causar dano físico grave a outras (APA, 2022).

O ICN (2019) define comportamento agressivo como uma ação ou atitude enérgica de autoassertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente. O comportamento agressivo é caracterizado por ações ou atitudes que envolvem violência física, verbal ou emocional, com o objetivo de causar dano ou intimidação a outra pessoa (ICN, 2019).

Agressividade é definida como qualquer comportamento destinado a prejudicar um ser vivo que está motivado a evitar danos, sendo que a violência é a agressão que tem como objetivo o dano extremo (Baron & Richardson, 1994, Anderson & Bushman, 2002, como citados em Bowes & McMurrin, 2013). Rothenberg (1971, como citado em Finnema *et al.*, 1994) refere-se à agressividade como uma forma de comunicação, enquanto Alexander (1991, como citado em

Finnema *et al.*, 1994) a descreve como uma ação verbal ou física forçada, inadequada e não adaptativa, destinada a perseguir interesses pessoais.

Podem ser consideradas duas correntes teóricas sobre a agressividade: aquela que a caracteriza como uma característica pessoal e outra que refere que ela resulta da interação da pessoa com o ambiente (Lanza, 1983, como citado em Finnema *et al.*, 1994). O *General Aggression Model* (Anderson & Bushman, 2002, como citado em Bowes & McMurrin, 2013) define que existem cognições agressivas (grupo de fatores individuais que influenciam os resultados agressivos e violentos), sendo que a agressividade é utilizada como uma forma eficaz de lidar com problemas, atitudes e valores que endossam a violência como uma estratégia de resolução de problemas.

Violência é definida pelo ICN (2019) como um comportamento agressivo, uma demonstração enérgica de ações ou do uso desleal de força ou de poder com a finalidade de ferir ou causar dano; implica maus-tratos ou agressão (ações violentas; agredir; prejudicial; ações ilegais ou culturalmente proibidas para com outros; estado de luta ou conflito pelo poder) (ICN, 2019). Pode-se considerar o conceito de violência como a forma mais gravosa e danosa do comportamento agressivo.

A NANDA International, Inc. (NANDA-I) não define “comportamento agressivo”, mas antes “risco de violência direcionada a outros”. Este risco traduz-se como uma suscetibilidade a comportamentos nos quais a pessoa demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nociva a outros (Herdman *et al.*, 2021). É um estado em que uma pessoa foi agressiva (ou corre o risco de ser agressiva) em relação a outras pessoas ou ao meio ambiente (Carpenito, 2013). Tendo em consideração a definição de “comportamento agressivo” do ICN (2019) e a definição de “risco de violência direcionada a outros” da NANDA-I (2021), estes diagnósticos de Enfermagem parecem estar relacionados, o primeiro relaciona-se com a ação e o outro com a predição da ação.

O comportamento agressivo pode variar na forma e no tipo (Figura 1) (Coccaro & McCloskey, 2019).



Figura 1 - Caracterização do comportamento agressivo (baseado em Coccaro & McCloskey, 2019).

Os comportamentos agressivos podem ser classificados de acordo com a sua intensidade: ligeiros (sarcasmo), moderados (bater com portas), graves (ameaças de violência física contra outros) ou extremos (violência física contra outros) (Townsend, 2011).

Alguns autores descreveram a agressão como um ciclo, composto por cinco estádios: fase de gatilho, fase de escalada, fase de crise, fase de recuperação e fase de depressão (Kaplan, 1983, & Leadbetter, 1995, como citados em Spencer *et al.*, 2018).

Outros autores descrevem o comportamento agressivo como uma síndrome prodromica, uma escalada de comportamentos progressiva, que não ocorre por fases, mas que se sobrepõem ou ocorrem em simultâneo. Podem observar-se comportamentos como postura rígida, punhos e maxilares cerrados, ar desafiador ou ameaçador, falar em voz alta ou aos gritos, discutir e exigir, utilização de linguagem ofensiva, agitação e andar de um lado para o outro e bater com portas e objetos (Townsend, 2011).

O comportamento agressivo tem diferentes componentes: a agressão física, a agressão verbal, a raiva e a hostilidade (Buss & Durkee, 1957, Buss & Perry, 1992, Harris, 1995, como citados em Cunha & Gonçalves, 2012). A agressão verbal e física representam a componente instrumental ou motora do comportamento, a raiva envolve excitação fisiológica e preparação para a agressão e representa a componente emocional ou afetiva do comportamento e a hostilidade consiste em sentimentos de má vontade ou injustiça e representa a componente cognitiva do comportamento (Buss & Perry, 1992, como citado em Cunha & Gonçalves, 2012).

A agressividade pode ser influenciada por diversos fatores ambientais e biológicos,

nomeadamente os níveis hormonais e de neurotransmissores, o genótipo, o uso de substâncias, o *stress* e vieses cognitivos (Almeida *et al.*, 2015, van Honk *et al.*, 2010, Alia-Klein *et al.*, 2008, Dorfman *et al.*, 2013, Miczek *et al.*, 2004, Gollan *et al.*, 2005, Archer, 2009, Nelson & Trainor, 2007, Siever, 2008, como citados em Cabral *et al.*, 2020). Além disso, existe fundamentação teórica de que as emoções negativas, como a raiva e o medo, têm efeitos importantes sobre as demonstrações de agressividade e reações violentas em humanos (Cabral *et al.*, 2016, como citado em Cabral *et al.*, 2020).

De seguida procurar-se-á identificar em que medida o comportamento agressivo pode ocorrer em contextos de Saúde Mental e Psiquiatria e quais as intervenções que podem prevenir e/ou mediar este comportamento.

1.2. Comportamento Agressivo em Contexto de Saúde Mental e Psiquiatria

O comportamento agressivo pode ocorrer em pessoas com vários diagnósticos, incluindo psicose orgânica, doenças metabólicas, abuso de substâncias, perturbações da personalidade, problemas de desenvolvimento, em alguns tipos de depressão, esquizofrenia, entre outros (Rocca *et al.*, 2006, como citado em Giarelli *et al.*, 2018).

Apesar de os comportamentos agressivos não poderem ser considerados como um sintoma das perturbações mentais, nas psicoses e devido à presença de delírios persecutórios, de ciúme e de autorreferência, bem como de alucinações auditivas de comando, as pessoas tornam-se mais suscetíveis ao desenvolvimento de comportamentos violentos, quando comparadas com pessoas com outras patologias do foro psiquiátrico (Korkmaz *et al.*, 2017, como citado em Albino *et al.*, 2023). No entanto, é de salientar que, as pessoas com doença mental são vítimas de violência com maior frequência do que agressoras (Thornicroft, 2020).

O potencial risco de violência pode ser avaliado por três fatores, nomeadamente, história passada de violência, o diagnóstico da pessoa e o comportamento atual (Townsend, 2011).

Os comportamentos agressivos podem ser influenciados por vários fatores, tanto intrínsecos à pessoa como contextuais (Simmons *et al.*, 2023). Podem estar relacionados com as características da perturbação mental, com a gravidade dos sintomas, pelo consumo de substâncias e pelo estilo interpessoal, como por fatores relacionados com a institucionalização e a prestação de cuidados com privação de liberdade, nomeadamente a rotina, as exigências e as restrições da unidade, as competências interpessoais da equipa de saúde e o comportamento

das outras pessoas (Oliveira & Valença, 2020, como citado em Albino *et al.*, 2023; Duxbury, 2002, Fazel *et al.*, 2009, Podubinski *et al.*, 2017, Bader *et al.*, 2014, Daffern, 2007, Daffern *et al.*, 2015, *Department of Health*, 2015, Hasan *et al.*, 2018, Totman *et al.*, 2011, como citado em Simmons *et al.*, 2023).

Em contexto de internamento, o comportamento agressivo por parte da pessoa está mais associado ao sexo masculino, idade mais jovem, internamentos involuntários, ser solteiro, ter diagnóstico de esquizofrenia, história anterior de violência, história de abuso de substâncias e múltiplos internamentos anteriores (Dack *et al.*, 2013, como citado em Giarelli *et al.*, 2018).

Num estudo qualitativo sobre a caracterização e a perceção da agressividade das pessoas internadas pelos enfermeiros que trabalham em serviços de internamento de Psiquiatria, a agressividade foi descrita como uma forma de expressar sentimentos, enviar mensagens, iniciar uma relação mais positiva entre o enfermeiro e a pessoa cuidada e obter coisas que de outra forma não seriam feitas (Finnema *et al.*, 1994).

A evidência sugere, cada vez mais, um risco elevado de comportamentos agressivos na doença de Alzheimer e no Défice Cognitivo Ligeiro, estando entre as complicações comportamentais mais frequentes e disruptivas do declínio cognitivo. Alguns estudos demonstram que os riscos de manifestar comportamentos agressivos na Doença de Alzheimer são significativamente maiores do que em pessoas saudáveis. O impacto negativo desses comportamentos é sentido pela pessoa doente, pelos cuidadores e pelos serviços de saúde, demonstrando a importância e a necessidade de uma gestão proativa do comportamento agressivo (Yu *et al.*, 2019).

Estes comportamentos podem ter consequências significativas para os cuidadores familiares e formais, bem como para as outras pessoas no ambiente dos idosos, sendo também uma causa frequente de institucionalização. Uma revisão sistemática da literatura refere que os cuidadores se sentem impotentes em lidar com os comportamentos agressivos físicos e que não têm conhecimento sobre eles. Estes não compreendem as causas destes comportamentos nem a forma mais eficaz e humana de os prevenir ou gerir (Bourbonnais *et al.*, 2019). Esta situação pode levar a sobrecarga do cuidador e a depressão. A psicoeducação dos cuidadores relativamente à demência (questões legais e financeiras, recursos comunitários, comunicação, autocuidado, luto e perda), assim como intervenções para redução do *stress* (*mindfulness*, meditação e exercícios suaves de yoga), contribuem para a melhoria do seu estado de saúde (Park *et al.*, 2020).

A gestão do comportamento agressivo torna-se mais eficaz quando é afirmada a capacidade de prever a probabilidade de as pessoas se tornarem agressivas (Townsend, 2011).

Os princípios de prevenção delineados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) classificam as intervenções segundo três níveis: primário, secundário e terciário (Krug *et al.*, 2002, como citado em Maguire *et al.*, 2018). As abordagens de prevenção primária incluem intervenções

destinadas a prevenir a agressão antes que esta se desenvolva. Abordagens de prevenção secundária são recomendadas quando a agressão é considerada iminente, e as intervenções terciárias são usadas quando a agressão está a ocorrer e precisa ser controlada para reduzir os seus efeitos nocivos. Deve ser dada prioridade às intervenções que previnam a ocorrência de agressões em primeira instância, utilizando estratégias de intervenção primária (Krug *et al.*, 2002, como citado em Maguire *et al.*, 2018).

Os profissionais de saúde podem utilizar intervenções como contenção física ou contenção química para controlar estes comportamentos. As medidas de isolamento são apenas recomendadas quando existe risco para o próprio ou para os outros (Spencer *et al.*, 2018). A contenção mecânica é uma intervenção frequente dos enfermeiros, apresentando uma taxa de prevalência entre 33% e 68% nos hospitais (Hamers & Huizing, 2005, como citado em Rodrigues *et al.*, 2020). Em Portugal, em 2007, foi emitida uma circular normativa pela Direção-Geral da Saúde (DGS) que permitiu enquadrar pela primeira vez o procedimento técnico de contenção física de uma pessoa. Este procedimento foi revogado pela orientação n.º 021/2011 da DGS tendo um carácter orientador (Matos *et al.*, 2021).

A orientação n.º 021/2011 da DGS define diferentes formas de contenção, nomeadamente a contenção terapêutica, a contenção ambiental, a contenção física, a contenção mecânica e a contenção química ou farmacológica. A contenção terapêutica é utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações, otimizando a segurança da pessoa e de quem a rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade. A contenção ambiental passa pelo recurso a modificação do espaço em que a pessoa se encontra. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde a pessoa pode deambular em segurança, com supervisão clínica. A contenção física refere-se à situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram a pessoa agitada, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco. A contenção mecânica é um tipo de contenção que faz recurso a instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos da pessoa agitada. A contenção química ou farmacológica consiste na administração de medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial. São elegíveis para colocação de medidas de contenção as pessoas que manifestem comportamentos que coloquem a si ou à sua envolvência em risco ou que recusem tratamento involuntário, vital e urgente (DGS, 2011).

De acordo com a orientação n.º 021/2011 da DGS, a utilização de medidas de contenção deve ser entendida pelos profissionais de saúde como um procedimento incidente para a segurança do cliente, uma vez que tem um impacto importante na liberdade, autodeterminação e dignidade de cada pessoa, devendo ser considerada como último recurso, depois de esgotadas as medidas alternativas. Deve prevalecer o princípio de cuidar da pessoa com a menor restrição

possível, e pelo menor tempo possível, salvaguardando-se sempre as especificidades de cada pessoa sujeita à técnica (Matos *et al.*, 2021).

Apesar das medidas de contenção serem consideradas como procedimento aceitável da prática clínica, o seu uso está associado a problemas físicos, psicológicos, éticos e legais (Martin & Mathisen, 2005, como citado em Rodrigues *et al.*, 2020). As pessoas sujeitas a medidas de contenção podem apresentar lesões físicas decorrentes desse processo; podem apresentar risco aumentado de desidratação, asfixia, aspiração, depressão respiratória, trombose, hipertensão arterial, arritmias, incontinência, agressão por outros clientes e até mesmo morte. Os danos psicológicos podem ir desde sentimentos de medo, raiva e ansiedade a pensamentos intrusivos, pesadelos recorrentes, comportamentos de evitamento e respostas de sobressalto e desconfiança relativamente a profissionais de saúde, observados anos depois em pessoas submetidas a este procedimento (Steinert *et al.*, 2013, Mohr *et al.*, 2003, como citados em Matos *et al.*, 2021).

O Código Deontológico dos Enfermeiros prevê que “as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” e que os enfermeiros devem “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos cidadãos a cuidados de Enfermagem de qualidade” assim como “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). A aplicação de medidas de contenção deve ser por isso devidamente fundamentada e aplicada de acordo com as características da pessoa e da situação que impõe a sua utilização.

De acordo com um estudo qualitativo realizado em 2020 existe, nos enfermeiros da amostra, ambivalência de pensamentos entre o direito à autodeterminação e a necessidade de decidirem o que é melhor para a pessoa aquando da aplicação de medidas de contenção. Esses enfermeiros praticam frequentemente a contenção mecânica por segurança, mas esforçam-se por evitá-la (Rodrigues *et al.*, 2020).

A Lei de Saúde Mental prevê o uso de medidas coercivas, nomeadamente o isolamento e meios de contenção física ou química, sendo que só devem ser utilizadas na medida do estritamente necessário para prevenir ofensa grave e iminente ao corpo ou à saúde da pessoa carecida desses cuidados ou de terceiro. Devem ser específica e expressamente prescritas por um médico ou levadas imediatamente ao seu conhecimento para apreciação e aprovação, em caso de urgência ou de perigo na demora. A aplicação destas medidas deve ficar registada no processo clínico, assim como a fundamentação para a sua utilização e a duração da sua aplicação. Devem ser aplicadas por quem esteja treinado para o efeito e implicam uma monitorização contínua, com intervalos regulares, de modo a salvaguardar a segurança da pessoa (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho).

As medidas de contenção física e medidas de isolamento podem ter como consequência um aumento do comportamento agressivo da pessoa. A utilização de técnicas comunicacionais de inversão da escalada de agressividade pode ser mais eficaz na gestão do comportamento agressivo (Spencer *et al.*, 2018).

As técnicas comunicacionais de inversão da escalada do comportamento agressivo são um instrumento valioso na prevenção da violência. Envolve o uso de comunicação terapêutica e intervenções para acalmar as pessoas agitadas evitando que elas aumentem para níveis perigosos de agressão ou violência (McKnight, 2020). O ato de de-escalar verbalmente é uma forma de tratamento na qual a pessoa é capacitada a desenvolver rapidamente seu próprio *locus* de controlo interno (Richmond *et al.*, 2012). Os objetivos da aplicação destas técnicas passam por garantir a segurança da pessoa agitada, dos funcionários e de outras pessoas no local, ajudar a pessoa a gerir as suas emoções e angústia e manter ou recuperar o controlo do seu comportamento e evitar o uso de contenção sempre que possível, assim como evitar intervenções coercivas que aumentem a agitação (Richmond *et al.*, 2012).

Estão identificados 10 domínios da de-escalada (Fishkind, 2002, como citado em Richmond *et al.*, 2012):

1. Respeitar o espaço pessoal da pessoa - manter uma distância de cerca de dois braços da pessoa agitada, quer para respeitar a pessoa quer para ter espaço para fugir a algum tipo de agressão física;
2. Não ser provocador - utilizar linguagem neutra e manter uma postura calma;
3. Estabelecer contacto verbal - apenas um profissional deve interagir verbalmente com a pessoa agitada. Deve apresentar-se e dar orientações e garantias, explicando que está lá para mantê-la segura e garantir que nenhum dano aconteça com ela ou com qualquer outra pessoa no ambiente;
4. Ser conciso - usar frases curtas e linguagem simples, dando tempo à pessoa para responder, repetindo a mensagem até ser ouvida e compreendida. Essa repetição deve ser combinada com outras competências de assertividade que envolvem ouvir a pessoa e concordar com a sua posição sempre que possível;
5. Identificar desejos e sentimentos - questionar a pessoa sobre o que precisa ou o que a preocupa;
6. Ouvir atentamente o que a pessoa está a dizer - usar escuta ativa, transmitir que se está atento ao que está a dizer e a sentir, compreender que o que ela está a sentir é real independentemente de não se concordar;

7. Concordar ou concordar em discordar - encontrar alguma concordância com o que a pessoa está a expressar (por exemplo, quando a pessoa agitada reclama de ter sido desrespeitada pela polícia, responder: “acredito que todos devem ser tratados com respeito”);
8. Estabelecer regras e limites claros - informar claramente a pessoa sobre quais os comportamentos aceitáveis e as regras do serviço de forma prática e não como uma ameaça. Definir os limites de forma razoável e respeitosa;
9. Oferecer escolhas e otimismo - oferecer uma escolha é uma fonte de empoderamento para a pessoa que acredita que a violência física é uma resposta necessária. Ser assertivo em propor alternativas à violência, oferecer opções realistas que sejam entendidas como atos de gentileza (revistas, comida);
10. Questionar a pessoa cuidada e a equipa - após qualquer intervenção involuntária com a pessoa agitada, deixá-la explicar os eventos a partir da sua perspectiva. Se for necessário usar contenção ou força, é importante que a equipa seja informada sobre as ações após o evento; a equipa deve avaliar a medida implementada durante o episódio e sugerir melhorias de atuação.

Lickiewicz e colaboradores (2021) referem um modelo de intervenções para gestão da agressividade, o *Safewards*, utilizado inicialmente em serviços de internamento de Psiquiatria, mas aplicável a outros grupos. Este modelo oferece 10 técnicas para reduzir a probabilidade de conflito:

1. *Clear mutual expectations* - criação de princípios baseados em parceria que se aplicam a todos (pessoas cuidadas e profissionais de saúde);
2. *Soft words* - declarações curtas para indicar aos profissionais de saúde situações que possam gerar agressividade;
3. *Talk down* - técnicas avançadas de redução da tensão;
4. *Positive words* - reforço positivo dos comportamentos da pessoa cuidada;
5. *Breaking bad news* - antecipar situações difíceis para a pessoa cuidada e criar estratégias de comunicação de más notícias;
6. *Knowing each other* - pessoa cuidada e equipa de saúde apresentarem-se de forma breve, incluindo informações não controversas do conhecimento de todos;
7. *Mutual help meeting* - reunião voluntária em que as pessoas cuidadas e equipa discutem como se podem ajudar uns aos outros ao longo do dia;

8. *Calm down box* - conjunto de ferramentas relaxantes ou recreativas oferecidas às pessoas cuidadas quando estão tensas ou chateadas, permitindo um substituto a fármacos sedativos;
9. *Reassurance* - traduzir os motivos de desconforto entre as pessoas cuidadas (por exemplo, ser testemunha de restrições colocadas a outra pessoa);
10. *Discharge messages* - mensagens escritas aquando da alta com dicas para ajudar outras pessoas que venham a passar pela mesma situação.

As técnicas de de-escalada verbal têm o potencial de diminuir a agitação e reduzir o potencial de violência associada. A utilização destas técnicas pode capacitar a pessoa a manter o controlo enquanto constrói a confiança nos cuidadores. Isso pode ajudar as pessoas a terem confiança nos profissionais e a procurar ajuda mais cedo no futuro, evitando episódios subsequentes de agitação (Richmond *et al.*, 2012).

As teorias psicológicas da agressão destacam o papel da autorregulação na prevenção do comportamento agressivo (Anderson & Huesmann, 2007, DeWall *et al.*, 2011, Finkel *et al.*, 2012, como citados em Simmons *et al.*, 2023). O Modelo Geral de Agressão sugere que a autorregulação pode ocorrer após o processo de tomada de decisão, durante o qual a pessoa considera os custos e benefícios da agressão e reavalia a necessidade de responder aos gatilhos (Anderson & Bushman, 2002, DeWall *et al.*, 2011, como citados em Simmons *et al.*, 2023).

O treino de autocontrolo pode ser direcionado a pessoas com demonstrações de impulsividade e agressividade, podendo estar associadas ou não a patologia psiquiátrica (Freitas & Mendes, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020). Baseia-se em três dimensões: a auto-observação, a autoavaliação e a atribuição de consequências (Sequeira, 2006, como citado em Freitas & Mendes, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020). Esta intervenção tem como objetivo capacitar a pessoa a assumir um papel ativo na manipulação do seu comportamento e a ser capaz de evitar comportamentos desajustados através do planeamento das suas ações perante situações extremas (Freitas & Mendes, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

De seguida serão abordadas duas teorias de Enfermagem consideradas pertinentes na abordagem à pessoa com “comportamento agressivo”, nomeadamente a Teoria das Transições e a Teoria das Relações Interpessoais.

1.3. Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições está alicerçada no conceito da transição. A transição é mais do que uma resposta à mudança, é um processo de mudança nos estádios de vida, na saúde e em circunstâncias sociais (Santos *et al.*, 2015).

As transições são complexas e multifatoriais, caracterizadas pelo fluxo e o movimento ao longo do tempo, responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, e envolvem um processo de movimento e mudança fundamental nos estilos de vida e que se manifesta em todas as pessoas (Meleis *et al.*, 2010, Im, 2010, como citados em Santos *et al.*, 2015).

As pessoas em transição tendem a estar mais vulneráveis a riscos que podem afetar a sua saúde. Conhecer estes riscos pode levar a uma melhor compreensão do processo de transição (Meleis *et al.*, 2000).

O enfermeiro auxilia a pessoa durante as diferentes transições que ocorrem ao longo do seu ciclo de vida, a adequar-se aos seus efeitos. Entender as mudanças vividas pelas pessoas e os recursos que estas utilizam ao longo dessas mudanças facilita o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais saudáveis (Meleis, 2010, como citado em Lima *et al.*, 2016).

A teoria de médio alcance da transição consiste em cinco componentes (Figura 2): gatilhos de transição, propriedades de transição, condições de mudança, padrões de resposta e estruturação da intervenção (Meleis, 2015 *in* Smith & Parker, 2015).

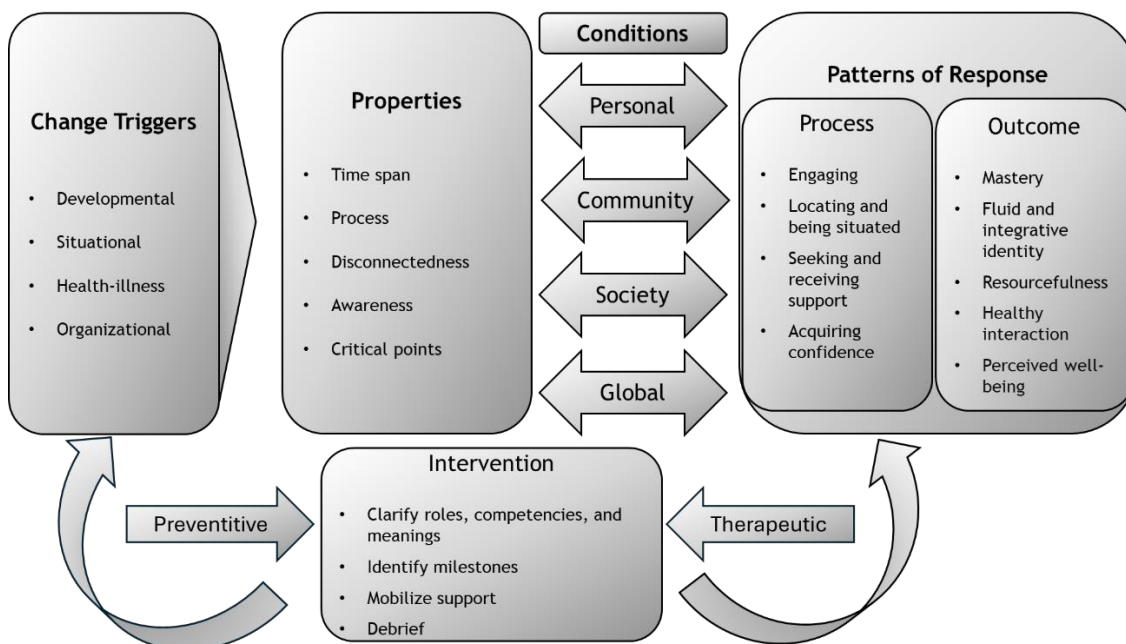


Figura 2 - Teoria de médio alcance da transição (adaptado de Meleis, 2015 *in* Smith & Parker, 2015).

Os enfermeiros são os principais agentes facilitadores da pessoa e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem no cotidiano das mesmas (Meleis & Trangenstein, 2010, Meleis *et al.*, 2010, como citados em Santos *et al.*, 2015).

A teoria das transições desempenha um papel fundamental na compreensão das complexidades das transições que as pessoas enfrentam ao longo da vida. Quando aplicada a contextos de Saúde Mental e Psiquiátrica, proporciona uma estrutura abrangente para os enfermeiros lidarem com os desafios específicos relacionados ao bem-estar psicossocial das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Meleis *et al.*, 2000).

Numa primeira abordagem à pessoa com necessidade de cuidados de ESMP é importante que o enfermeiro avalie o *insight*, reconhecido como a capacidade de obter uma compreensão precisa e profunda de alguém ou de algo. Caso a pessoa não tenha *insight*, ela nunca poderá vivenciar uma transição. Contudo, a teoria das transições pode ser utilizada na abordagem ao familiar cuidador, na qual o enfermeiro avalia os diferentes campos associados a uma transição (Carvalho & Cordeiro, 2018 *in* Santos & Cutcliffe, 2018).

Em ambientes de Saúde Mental e Psiquiatria, as pessoas cuidadas frequentemente enfrentam transições significativas, incluindo mudanças no estado de saúde mental, ajustes na vida cotidiana e adaptação a novas circunstâncias sociais. A teoria de Meleis destaca a importância de considerar as múltiplas dimensões das transições, incluindo fatores pessoais, sociais e ambientais, ao fornecer cuidados sistêmicos e centrados na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Meleis *et al.*, 2000).

Os enfermeiros que desempenham a sua atividade profissional em contextos de Saúde Mental e Psiquiatria podem aplicar os princípios da teoria das transições de Meleis para desenvolver intervenções de Enfermagem eficazes que apoiem a pessoa cuidada durante períodos de mudança e vulnerabilidade. Isso implica o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados que tenham em consideração as necessidades específicas de cada pessoa durante as suas transições, promovendo a autonomia e o fortalecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Meleis *et al.*, 2000).

Além disso, os enfermeiros podem desempenhar um papel fundamental na facilitação de transições suaves entre os diferentes níveis de cuidado, garantindo a continuidade dos serviços de Saúde Mental e Psiquiatria. Isso pode incluir a coordenação de cuidados entre a equipa transdisciplinar, a advocacia pelos direitos da pessoa recetora de cuidados e o fornecimento de apoio emocional e psicoeducacional tanto para a pessoa como para a sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Meleis *et al.*, 2000).

Ao aplicar a teoria das transições de Meleis na prática de Enfermagem em contextos de Saúde Mental e Psiquiatria, os enfermeiros podem não só aprimorar a qualidade dos cuidados prestados, mas também promover a resiliência e o bem-estar geral da pessoa cuidada,

capacitando-a para enfrentar os desafios associados à sua saúde mental e assim alcançar uma melhor qualidade de vida.

O comportamento agressivo, como já referido anteriormente, pode surgir associado a processos de transição saúde/doença (perturbações psicóticas, perturbações neurocognitivas) e de transição situacional (abuso de substâncias). O EEESMP deve compreender em que medida este comportamento pode ser antecipado, evitado e controlado desempenhando por isso um papel facilitador no tratamento da pessoa com comportamento agressivo ou com antecedentes de comportamento agressivo relacionado com problemas de saúde mental. Deve ser capaz de reconhecer como a pessoa se identifica perante este problema, se é o momento ideal para intervir com vista à sua resolução, evitar a escalada da agressividade e contribuir para a identificação de estratégias que promovam o autocontrolo do comportamento agressivo.

1.4. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

De acordo com a teoria de Peplau, a Enfermagem consiste num processo interpessoal e intencional entre duas ou mais pessoas com um objetivo terapêutico. As ações do enfermeiro são deliberadas, com vista ao atingimento desse objetivo terapêutico, ao longo de uma sequência de fases (Figura 3) (Jones *et al.*, 2012).



Figura 3 - Modelo das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Fonte: Jones *et al.*, 2012 (adaptado de Jones, 2010).

A Enfermagem é vista como um processo interpessoal, terapêutico, significativo e educativo, que promove o desenvolvimento da personalidade, para uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária, onde o enfermeiro evolui com o seu cliente (Pinheiro *et al.*, 2019).

Os enfermeiros integram uma compreensão dos seus próprios comportamentos e autoconsciência para ajudar a pessoa recetora de cuidados a identificar problemas e a trabalhar para alcançar saúde e bem-estar (Jones *et al.*, 2012).

Peplau descreveu quatro fases no processo interpessoal: a fase de orientação, a fase de identificação, a fase de exploração e a fase de resolução (Peplau, 1952, 1991, como citado em Jones *et al.*, 2012).

A fase de orientação consiste no contacto inicial entre recetor de cuidados (pessoa/família) e o enfermeiro. A pessoa/família percebe a necessidade de ajuda e o enfermeiro orienta sobre o que está a acontecer e estabelece vinculação à medida que os problemas vão sendo identificados. Em conjunto, pessoa/família e enfermeiro, definem o projeto terapêutico (Vibedeck, 2011, como citado em Franzoi *et al.*, 2016; Santos & Nóbrega, 1996).

Na fase de identificação a pessoa/família reconhece o enfermeiro como alguém com competências ao nível dos cuidados, capaz de ajudar com os problemas de saúde que identificou. Já o enfermeiro compreende a pessoa/família como ciente das suas necessidades e consciente do papel do enfermeiro na relação terapêutica, assim como o próprio conhecimento e atributos enquanto prestador de cuidados (Jones *et al.*, 2012).

Durante a fase de exploração, o enfermeiro utiliza técnicas de comunicação, como o esclarecimento, a escuta, a aceitação, o ensino e a interpretação enquanto instrumentos no cuidar. A pessoa/família torna-se mais autónoma no seu processo de tratamento, utilizando todos os recursos oferecidos pelo enfermeiro, percebendo-se mais independente podendo ocorrer um conflito com um estado de dependência. O enfermeiro deve continuar a escutar e esclarecer, estabelecendo novas metas e auxiliando na promoção da satisfação em relação ao seu tratamento (Belcher *et al.*, 2000, como citado em Franzoi *et al.*, 2016; Galvão *et al.*, 2017, Ferreira *et al.*, 2018, como citados em Pinheiro *et al.*, 2019).

A fase de resolução ocorre quando as necessidades da pessoa/família foram colmatadas, através de um trabalho em parceria com o enfermeiro. Dá-se a desvinculação gradual das pessoas envolvidas no processo terapêutico e é dado enfase há capacidade de a pessoa/família atender às suas necessidades e estabelecer novas metas (Jones *et al.*, 2012, Galvão *et al.*, 2017, como citados em Pinheiro *et al.*, 2019).

Peplau (1990) identificou diferentes papéis que o enfermeiro assume na relação interpessoal: o estranho, o técnico, o professor, o líder, o substituto e o conselheiro. Estes papéis ajudam na

formulação dos planos de intervenção e auxiliam na resolução dos problemas identificados, devendo ser utilizados de acordo com as necessidades da pessoa/família.

A teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau desempenha um papel central na prática de Enfermagem em contextos de Saúde Mental e Psiquiatria. Reconhece a importância das relações terapêuticas entre enfermeiros e pessoa/família no processo de tratamento (Jones *et al.*, 2012).

Peplau enfatiza a interação interpessoal como uma ferramenta fundamental para promover a saúde mental e o bem-estar emocional, destaca a importância de estabelecer uma relação terapêutica significativa entre o EEESMP e a pessoa/família, criando-se um vínculo de confiança e compreensão mútua dando lugar a um ambiente propício para a expressão emocional e a exploração de questões pessoais, facilitando assim a identificação e o tratamento de problemas identificados (Jones *et al.*, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A teoria das relações interpessoais de Peplau aplicada à prática de Enfermagem em contextos de Saúde Mental e Psiquiatria, fortalece as relações terapêuticas e desempenha um papel vital na promoção da recuperação e no bem-estar emocional das pessoas, capacitando-as para enfrentar os desafios de saúde mental (Jones *et al.*, 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O *core* da ESMP consiste em desenvolver uma relação enfermeiro/cliente na qual surge de forma natural a utilização apropriada de técnicas de comunicação verbal e não-verbal como ferramenta terapêutica (Bilgin & Ozaslan, 2018 *in* Santos, & Cutcliffe, 2018).

O comportamento agressivo pode surgir em variadas situações em contextos de Saúde Mental e Psiquiatria. Os internamentos involuntários, as regras dos serviços de internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda, a convivência e a intolerância a características dos outros clientes pode levar a comportamentos desadequados que podem escalar para o comportamento agressivo (Oliveira & Valença, 2020, como citado em Albino *et al.*, 2023; Duxbury, 2002, Fazel *et al.*, 2009, Podubinski *et al.*, 2017, Bader *et al.*, 2014, Daffern, 2007, Daffern *et al.*, 2015, *Department of Health*, 2015, Hasan *et al.*, 2018, Totman *et al.*, 2011, como citados em Simmons *et al.*, 2023). A relação que é estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa é fundamental na antecipação, na prevenção e no controlo do comportamento agressivo. Tendo por base a Teoria das Relações Interpessoais, a pessoa cuidada vê o enfermeiro como um aliado no processo de tratamento e não como uma ameaça ao seu bem-estar e à sua saúde, alguém que pode orientar na procura de estratégias de autocontrolo do comportamento agressivo; já o enfermeiro tem a capacidade de identificar os problemas da pessoa e escutar, aceitar e interpretar o que está a acontecer. A utilização de estratégias comunicacionais de de-escalada da agressividade poderá ser tanto mais eficaz quanto melhor for a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, nomeadamente em pessoas com perturbações da personalidade.

No subcapítulo seguinte, com base na literatura consultada, pretende-se resumir a conceção dos cuidados de Enfermagem relativos ao diagnóstico “comportamento agressivo”.

1.5. Conceção de Cuidados de Enfermagem no Comportamento Agressivo

Existem vários modelos teóricos que fundamentam e alicerçam a prática da Enfermagem, assim como conceitos específicos subjacentes a esta ciência. No entanto, independentemente das variáveis, existem etapas transversais no processo de cuidar (Herdman *et al.*, 2021).

O processo de Enfermagem inclui a avaliação, o diagnóstico, o planeamento de resultados e intervenções, a implementação e a reavaliação contínua (Bachion, 2009, como citado em Herdman *et al.*, 2021). Este processo é dinâmico e contínuo enquanto o enfermeiro e a pessoa interagirem em direção à mudança nas respostas físicas ou comportamentais (Townsend, 2011).

A avaliação inicial envolve a colheita de dados e o seu agrupamento em padrões significativos. O diagnóstico consiste na análise clínica de uma resposta humana a uma condição de saúde ou processo de vida ou uma suscetibilidade a essa resposta por uma pessoa, cuidador, família, grupo ou comunidade; inclui título, a definição e os indicadores diagnósticos. O planeamento e a implementação incluem a identificação dos resultados pretendidos e a definição e implementação de intervenções de Enfermagem para a eliminação dos fatores causadores de um diagnóstico. A reavaliação acontece ao longo do processo de Enfermagem e no final da intervenção de forma a validar a eficácia da intervenção ou necessidade de ajuste (Herdman *et al.*, 2021).

Tendo em conta a revisão narrativa da literatura realizada com recurso a pesquisa nas bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete* através do motor de busca EBSCO Host, *Scopus* e livros da especialidade na área da saúde, disponíveis na biblioteca da ESEP, sugerem-se os dados relativos ao processo de diagnóstico e intervenções de Enfermagem no âmbito do diagnóstico de Enfermagem “comportamento agressivo”. Foram tidos em conta dados relativos aos diagnósticos de Enfermagem “ *coping ineficaz*” e “*controlo de impulsos ineficaz*” (Herdman *et al.*, 2021), por ser encontrada na literatura referência ao comportamento agressivo como uma resposta desadaptativa para resolução de problemas e como resposta a estímulos internos e externos (Lanza, 1983, como citado em Finnema *et al.*, 1994; Anderson & Bushman, 2002, como citado em Bowes & McMurrin, 2013; Almeida *et al.*, 2015, van Honk *et al.*, 2010, Alia-Klein *et al.*, 2008, Dorfman *et al.*, 2013, Miczek *et al.*, 2004, Gollan *et al.*, 2005, Archer, 2009, Nelson & Trainor, 2007, Siever, 2008, Cabral *et al.*, 2016, como citados em Cabral *et al.*, 2020).

De acordo com a literatura, o comportamento agressivo pode estar associado a variadas circunstâncias. As intervenções de Enfermagem, em contextos de Saúde Mental e Psiquiatria, não visam apenas a atuação perante o comportamento agressivo, mas também a sua prevenção e o ensino de estratégias, à pessoa/família, sobre o autocontrolo do comportamento agressivo. A história da pessoa, colhida durante a avaliação inicial de Enfermagem, pode indicar fatores de risco que poderão indicar a procura de dados que contribuam para um diagnóstico de Enfermagem no domínio do comportamento agressivo (Quadro 1).

Quadro 1 - Fatores de risco: Comportamento Agressivo.

Fatores relacionados/ Fatores de risco
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de substâncias (Townsend, 2011; Carpenito, 2013; Herdman <i>et al.</i>, 2021; Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023). • Abuso na infância (Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023). • Acesso fácil a armas (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Alto grau de ameaça (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Antecedentes de comportamento agressivo (Carpenito, 2013) • Ausência ou baixo <i>insight</i> para a patologia (Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023). • Avaliação imprecisa de ameaças (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Baixo controlo da impulsividade (Carpenito, 2013; Herdman <i>et al.</i>, 2021; Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023). • Comportamentos suicidas (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Disfunção cognitiva (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Eventos de vida stressantes (Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023). • Fatores pessoais (e.g. sexo masculino, solteiro, idade mais jovem, baixo coeficiente de inteligência, antecedente de traumatismo craniano ou défices neurocognitivos) (Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023). • Fatores relativos ao tratamento (Carpenito, 2013). • Fatores socioeconómicos e demográficos (baixo nível socioeconómico) (Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023).

<ul style="list-style-type: none"> • História de violência na família (Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023). • Linguagem corporal negativa (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Não adesão ao tratamento (Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023). • Padrão de ameaças de violência (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Padrão de comportamento antissocial agressivo (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Padrão de comunicação disfuncional (Carpenito, 2013). • Padrão de violência direcionada a outros (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Padrão de violência indireta (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Perturbações comportamentais na infância (Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023). • Sintomas positivos da psicose (Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023). • Tabagismo (Herdman <i>et al.</i>, 2021; Carpenito, 2018). • Tipo de patologia (Almeida <i>et al.</i>, 2016, Girolamo <i>et al.</i>, 2019, Korkmaz <i>et al.</i>, 2017, como citados em Albino <i>et al.</i>, 2023).
Populações em risco
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com história de abuso de substâncias (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Pessoas com história de abuso na infância (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Pessoas com história de crueldade com animais (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Pessoas com história de infração de trânsito com veículo automotivo (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Pessoas com história de iniciar incêndios (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Pessoas com história de testemunhar violência familiar (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Pessoas com história passada de violência (Carpenito, 2013; Townsend, 2011).
Condições Associadas
<ul style="list-style-type: none"> • Complicações perinatais (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Complicações pré-natais (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Intoxicação patológica (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Déficit neurológico (Herdman <i>et al.</i>, 2021). • Perturbações psicóticas (Herdman <i>et al.</i>, 2021; Townsend, 2011). • Perturbações de uso de substâncias (Townsend, 2011; Carpenito, 2018). • Perturbações da personalidade (Townsend, 2011; Carpenito, 2018). • Perturbações neurocognitivas (Townsend, 2011). • Perturbações do humor (Townsend, 2011; Carpenito, 2018).

As atividades de diagnóstico referem-se às ações que são realizadas pelos enfermeiros com o objetivo de obter os dados necessários para emitir o juízo sobre a existência ou a probabilidade de ocorrer um determinado problema que possa ser traduzido num diagnóstico de Enfermagem (Carvalho, 2012).

Vários autores fazem referência à importância da avaliação do risco quanto ao comportamento agressivo em contexto de internamento de psiquiatria e forense, nomeadamente em pessoas com antecedentes de comportamento agressivo ou com psicopatologia, que, em fase de descompensação, aumenta a possibilidade de ocorrência de comportamento agressivo (Maguire *et al.*, 2018; Dickens *et al.*, 2020; Albino *et al.*, 2023; Simmons *et al.*, 2023).

Dickens e colaboradores (2020) identificaram diferentes instrumentos de avaliação utilizados para avaliar o risco de violência iminente, utilizados principalmente por enfermeiros. Os instrumentos “*Brøset Violence Checklist*” e “*Dynamic Appraisal of Situational Aggression*” foram os mais utilizados. O mesmo estudo refere a importância da sua implementação em contextos de internamento de Psiquiatria (geral e forense), dado o valor que podem acrescentar à prática clínica (Dickens *et al.*, 2020). O “*Brøset Violence Checklist*” encontra-se traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Marques e seus colaboradores (2004; 2015, como citado em Silva, 2021), relativamente ao “*Dynamic Appraisal of Situational Aggression*”, não se encontrou registo da sua tradução ou adaptação para a população portuguesa.

O “*Brøset Violence Checklist*” é um instrumento do tipo preditivo a curto prazo, com o objetivo de prever o risco de agressão física em pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental num período de 24 horas após a avaliação, tendo por base a observação do enfermeiro. Avalia seis comportamentos (confusão, irritabilidade, revolta, ameaça verbal, ameaça de agressão física e agressão contra objetos) durante um período de 48 horas (após admissão), nas primeiras 2 horas de cada turno. À ausência de comportamento é atribuído um *score* 0, à presença de comportamento é atribuído *score* 1. O *score* máximo obtido é 6. Se o comportamento é normal para um cliente bem conhecido, só o aumento desse comportamento tem *score* 1; por exemplo, se um cliente bem conhecido está normalmente confuso (está assim há um longo tempo) isto obtém um *score* 0. Se for observado um aumento da confusão isto obtém *score* 1. Uma soma zero sugere baixo risco de violência, as pontuações um e dois sugerem que o risco de violência é moderado (devem ser tomadas medidas preventivas) e pontuações de três ou mais indicam que o risco de violência é muito elevado (medidas preventivas imediatas e ativação de planos para lidar com um ataque) (Almvik & Woods, 2003).

Um estudo pré-experimental, com delineamento de pré- e pós-teste com grupo único (Albino *et al.*, 2023), utilizou o Inventário Forense de Sinais Precoces de Agressão (Fluttert *et al.*, 2011) para identificar sinais precoces de agressão. Este instrumento inclui 45 sinais de alerta precoce de agressão divididos em 15 categorias e pode ser utilizado não apenas numa fase prévia aos episódios de violência, mas também numa fase posterior à sua ocorrência. Este instrumento

não constitui uma lista exaustiva, podendo não incluir todos os sinais para todas as pessoas, pelo que possui uma categoria aberta “outros sinais precoces de agressão”. Os 45 sinais são avaliados numa escala dicotómica (ausente/presente), sendo o preenchimento realizado em conjunto entre a pessoa e o enfermeiro (Fluttert *et al.*, 2011, como citado em Albino *et al.*, 2023).

Carvalho e colaboradores (2020, *in* Sequeira & Sampaio, 2020) identificaram o Questionário de Agressividade de Buss-Perry como uma ferramenta de apoio á tomada de decisão no que concerne ao diagnóstico de Enfermagem “comportamento agressivo” (Carvalho *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020). Este instrumento é composto por 29 itens para avaliar comportamentos agressivos, distinguindo quatro fatores de agressividade: agressividade física, agressividade verbal, raiva e hostilidade (Buss & Perry, 1992, como citado em Cunha & Gonçalves, 2012).

O Questionário de Agressividade de Buss-Perry é uma escala do tipo *likert* em que um total de 29 itens está associado a respostas que variam entre 1 (Nunca ou quase nunca) e 5 (Sempre ou quase sempre). A escala é constituída por quatro subescalas: agressividade física (9 itens), agressividade verbal (5 itens), raiva (7 itens) e hostilidade (8 itens). Os *scores* das diferentes subescalas são obtidos através da média dos itens que compõem cada subescala e o score total é obtido a partir da média da soma dos 29 itens (Cunha & Gonçalves, 2012).

A utilização de instrumentos de avaliação, como os anteriormente referidos, pode contribuir como atividade diagnóstica para o comportamento agressivo, podendo utilizar-se a terminologia “Avaliar o risco de comportamento agressivo” para a definir.

Através da pesquisa bibliográfica foram encontradas outras atividades de avaliação relativas ao comportamento agressivo, nomeadamente “Avaliar o comportamento agressivo” (ICN, 2019) e “Avaliar a evolução do comportamento agressivo” (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Esta atividade de avaliação terá como resultado a presença ou ausência de “comportamento agressivo”, sendo para isso necessário um conjunto de dados que permitam emitir esse juízo (Carvalho, 2012). Os dados para um diagnóstico devem ser sensíveis às manifestações da pessoa e não à interpretação que é feita desses mesmos dados (Carvalho, 2012). Foram encontrados na literatura dados para o comportamento agressivo (Quadro 2).

Quadro 2 - Dados para o comportamento agressivo.

Dados principais/Caraterísticas definidoras
<ul style="list-style-type: none">• Agressividade verbal (Townsend, 2011; Carvalho <i>et al.</i>, 2020 <i>in</i> Sequeira & Sampaio, 2020).• Agressividade física (Townsend, 2011; Carvalho <i>et al.</i>, 2020 <i>in</i> Sequeira & Sampaio,

2020).

- Uso de tom de voz elevado, gritar (Ordem dos Enfermeiros, 2021; (Townsend, 2011).
- Uso de discurso manipulador (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
- Uso de discurso de domínio sobre os outros (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
- Uso de discurso hostil (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
- Agressão de outras pessoas com pancadas, pontapés ou murros (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
- Agressão de outras pessoas com mordidas (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
- Agressão de outras pessoas, puxando-lhes os cabelos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
- Uso de gestos obscenos (Ordem dos Enfermeiros, 2021; Townsend, 2011).
- Uso de gestos ofensivos (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
- Uso de gestos displicentes (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
- Andar de um lado para o outro, desassossego (Townsend, 2011).
- Expressão facial e linguagem corporal tensas (Townsend, 2011).
- Discurso argumentativo (Townsend, 2011).
- Ameaças de homicídio ou suicídio (Townsend, 2011).
- Aumento da agitação (com reações exageradas a estímulos ambientais) (Townsend, 2011).
- Ansiedade e pânico (que levam a interpretações erradas do ambiente) (Townsend, 2011).
- Processos de pensamento perturbados; desconfiança (Townsend, 2011).
- Irritação desproporcionada (em relação à situação) (Townsend, 2011).

A implementação de intervenções de Enfermagem tem como objetivo a obtenção de resultados com vista à melhoria do estado de saúde da pessoa (Carvalho, 2012). Neste sentido procurou-se identificar quais os critérios de resultados relativos ao comportamento agressivo.

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) padroniza a terminologia para os resultados sensíveis na prática, na educação e na investigação em Enfermagem. Cada resultado representa um conceito que pode ser utilizado para avaliar e quantificar o estado da pessoa, do cuidador, da família ou da comunidade antes e após a sua intervenção. Cada resultado tem uma definição, escalas de mensuração, lista de indicadores associados ao conceito e referências de apoio. A mensuração é realizada através de uma escala tipo *likert* de 5 pontos, existindo a opção de classificar um indicador como “não aplicável”; o *score* geral do resultado deverá ser determinado considerando-se a importância de cada indicador de resultado (Moorhead *et al.*, 2020). Considerando o diagnóstico de Enfermagem “Comportamento agressivo” (ICN, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2021), sugerem-se os resultados NOC (Moorhead *et al.*, 2020):

- Autocontrolo da agressividade: “ações pessoais para abster-se de comportamentos agressivos, combativos ou destrutivos em relação aos outros”.
- Autocontrolo do comportamento abusivo: “ações pessoais para evitar comportamentos abusivos e negligentes em relação aos outros”.
- Autocontrolo da raiva: “ações pessoais para eliminar ou reduzir pensamentos, sentimentos e comportamentos hostis intensos”.
- Autocontrolo do comportamento impulsivo: “autocontrolo de comportamentos compulsivos ou impulsivos”.
- *Coping*: “ações pessoais para controlo de *stressores* que sobrecarregam os recursos de uma pessoa”.
- Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do *stress*: “extensão da compreensão sobre o processo do *stress* e as estratégias para reduzir ou lidar com o *stress*”.
- Competências de interação social: “comportamentos pessoais que promovam relações efetivas”.
- Comportamento interativo efetivo [Satisfação do cliente: comunicação]: “extensão da percepção positiva sobre informações trocadas entre a pessoa e a equipa de Enfermagem”.

A seleção dos critérios de resultado NOC (Moorhead *et al.*, 2020) baseou-se no comportamento agressivo e nos seus percursos, assim como nas estratégias que a pessoa pode utilizar para evitar o comportamento agressivo que já foram referidas ao longo do enquadramento teórico.

A Ordem do Enfermeiros, através de um trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, construiu o “*Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*”. Este documento integra o *core* de indicadores de estrutura, processo e resultado, definidos por Donabedian (2003), e indicadores epidemiológicos sensíveis aos cuidados especializados de ESMP, suportados pela Ontologia de Enfermagem versão 3 e determinados por um painel de peritos (Espírito Santo *et al.*, 2023).

Estes indicadores permitem uma avaliação dos ganhos em saúde decorrentes da intervenção especializada da ESMP. Esta avaliação permite tanto destacar a importância da intervenção especializada da ESMP como concorrer para a melhoria na prestação de cuidados (Espírito Santo *et al.*, 2023).

Podem encontrar-se nesse documento os indicadores inerentes ao diagnóstico “Comportamento Agressivo”, nomeadamente os seguintes indicadores de resultado (Espírito Santo *et al.*, 2023):

- Adesão da pessoa à experiência indutora da consciencialização.
- Conhecimento sobre o comportamento agressivo.
- Conhecimento sobre estratégias de relaxamento.

- Conscientização para a necessidade de autocontrole da agressividade.
- Conscientização da relação entre o autocontrole do comportamento agressivo e o bem-estar próprio.
- Conscientização da relação entre as estratégias de relaxamento e o autocontrole do comportamento agressivo.
- Significado atribuído às estratégias de relaxamento.
- Conhecimento, mães/pais/cuidadores, sobre medidas de segurança durante episódios de comportamento agressivo.
- Resolução do diagnóstico “comportamento agressivo”.

As intervenções de Enfermagem são ações realizadas pelo enfermeiro em resposta a um diagnóstico de Enfermagem e que têm potencial para facilitar os processos de transição que a pessoa vivencia relativos à redução dos sinais e sintomas assim como a capacitação da pessoa para lidar com a situação (Carvalho, 2012). De seguida são sugeridas as intervenções de Enfermagem relativas aos diagnósticos de Enfermagem relacionados com o comportamento agressivo com base na literatura consultada (Quadro 3), assim como as atividades que as concretizam (Quadro 4), tendo como principal fundamentação a Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC (Bulechek *et al.*, 2020).

Quadro 3 - Diagnósticos de Enfermagem relativos ao comportamento agressivo e respetivas Intervenções de Enfermagem.

“Comportamento agressivo” (ICN, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2021).
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o comportamento agressivo (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Avaliar evolução do autocontrole do comportamento agressivo (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Assistir no controlo da raiva (Bulechek <i>et al.</i>, 2020). • Executar estratégias de gestão do comportamento agressivo (Bulechek <i>et al.</i>, 2020; Fishkind, 2002, como citado em Richmond <i>et al.</i>, 2012; McKnight, 2020; Lickiewicz <i>et al.</i>, 2021; Spencer <i>et al.</i>, 2018; DGS, 2011; Mackay, <i>et al.</i>, 2005). • Executar escuta ativa (Bulechek <i>et al.</i>, 2020). • Executar técnica de relaxamento (McKnight, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2021; Bulechek <i>et al.</i>, 2020). • Executar aconselhamento (Gnochani <i>et al.</i>, 2015, como citado em Carvalho <i>et al.</i>, 2020; Bulechek <i>et al.</i>, 2020). • Executar treino do autocontrole do comportamento agressivo (Freitas & Mendes, 2020 <i>in</i> Sequeira & Sampaio, 2020; Bulechek <i>et al.</i>, 2020). • Executar treino da assertividade (Dehnavi & Ebrahimi, 2016, como citado em

<p>Carvalho <i>et al.</i>, 2020; Bulechek <i>et al.</i>, 2020).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Executar treino de autocontrole de impulsos (Gerlach <i>et al.</i>, 2014, como citado em Carvalho <i>et al.</i>, 2020; Albino <i>et al.</i>, 2023; Bulechek <i>et al.</i>, 2020). • Executar treino de competências sociais (Albino <i>et al.</i>, 2023; Bulechek <i>et al.</i>, 2020). • Executar contenção física (Bulechek <i>et al.</i>, 2020; Hamers & Huizing, 2005, como citado em Rodrigues <i>et al.</i>, 2020; Spencer <i>et al.</i>, 2018; DGS, 2011).
<p>“Potencial para melhorar consciencialização da relação entre comportamento agressivo e disfuncionalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da consciencialização da relação entre comportamento agressivo e disfuncionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Analisar com a pessoa a relação entre comportamento agressivo e disfuncionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
<p>“Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o autocontrole do comportamento agressivo e o bem-estar próprio” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o autocontrole do comportamento agressivo e o bem-estar próprio (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Contratualizar com a pessoa experiência indutora da consciencialização (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Analisar com a pessoa a relação entre o autocontrole do comportamento agressivo e o bem-estar próprio (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
<p>“Potencial para melhorar consciencialização da necessidade de autocontrole da agressividade” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da consciencialização da necessidade de autocontrole da agressividade (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Contratualizar com a pessoa experiência indutora da consciencialização (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Analisar com a pessoa a necessidade de autocontrole da agressividade (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
<p>“Potencial para melhorar consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e autocontrole do comportamento agressivo” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e autocontrole do comportamento agressivo (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Contratualizar com a pessoa experiência indutora da consciencialização (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Analisar com a pessoa a relação entre as estratégias de relaxamento e autocontrole do comportamento agressivo (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

“Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de relaxamento” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de relaxamento (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Ensinar sobre estratégias de relaxamento (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
“Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de relaxamento” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de relaxamento (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Assistir a pessoa a analisar o significado dificultador (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
“Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo” (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Instruir estratégias de autocontrolo (Carpenito, 2018). • Instruir estratégias de relaxamento (Ordem dos Enfermeiros, 2021). • Treinar estratégias de autocontrolo (Carpenito, 2018). • Treinar estratégias de relaxamento (Ordem dos Enfermeiros, 2021).
“Potencial para melhorar o conhecimento do familiar cuidador sobre medidas de segurança durante episódios de comportamento agressivo”.
<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar familiar cuidador sobre estratégias de proteção relativas à agressividade (Bulechek <i>et al.</i>, 2013, como citado em Carvalho <i>et al.</i>, 2020; Bourbonnais <i>et al.</i>, 2019; Park <i>et al.</i>, 2020; McKnight, 2020). • Ensinar familiar cuidador sobre estratégias de prevenção da agressividade (Bulechek <i>et al.</i>, 2013, como citado em Carvalho <i>et al.</i>, 2020; Bourbonnais <i>et al.</i>, 2019; Park <i>et al.</i>, 2020; McKnight, 2020).

Quadro 4 - Intervenções de Enfermagem e atividades que as concretizam.

Analisar com a pessoa a necessidade de autocontrolo da agressividade
<ul style="list-style-type: none"> • Colocar questões que abalem o modo como pensa sobre o comportamento agressivo.
Analisar com a pessoa a relação entre as estratégias de relaxamento e autocontrolo do comportamento agressivo
<ul style="list-style-type: none"> • Questionar sobre presença de controlo do comportamento aquando da utilização de estratégias de relaxamento.
Analisar com a pessoa a relação entre comportamento agressivo e disfuncionalidade
<ul style="list-style-type: none"> • Questionar sobre consequências (positivas e negativas) do comportamento agressivo

nas relações interpessoais e no desempenho de papéis.
Analisar com a pessoa a relação entre o autocontrolo do comportamento agressivo e o bem-estar próprio
<ul style="list-style-type: none"> • Questionar sobre consequências (positivas e negativas) do comportamento agressivo no bem-estar próprio
Assistir a pessoa a analisar o significado dificultador
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar que o significado é um pensamento que pode mudar. • Colocar questões que abalem os pensamentos existentes.
Assistir no controlo da raiva
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer confiança e empatia com a pessoa. • Usar uma abordagem calma e tranquilizadora. • Estabelecer as expectativas comportamentais apropriadas à expressão da raiva. • Limitar a exposição a situações frustrantes até que a pessoa consiga expressar a raiva de forma adaptativa. • Encorajar a pessoa a solicitar ajuda da equipa de Enfermagem em períodos de maior tensão. • Ensinar sobre estratégias de <i>coping</i>. • Dar <i>feedback</i> sobre o comportamento da pessoa. • Assistir a pessoa a identificar causas da raiva. • Identificar a função da raiva, da frustração e da fúria para a pessoa. • Identificar as consequências da expressão inadequada da raiva. • Assistir a pessoa a planear estratégias para prevenir a expressão inadequada da raiva. • Identificar com a pessoa os benefícios da expressão da raiva de maneira adaptativa e não violenta. • Contenção química, conforme apropriado. • Contenção física, conforme necessário.
Ensinar familiar cuidador sobre estratégias de prevenção da agressividade
<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre comportamento agressivo. • Informar sobre estratégias de gestão do comportamento agressivo. • Informar sobre técnicas de comunicação perante comportamento agressivo. • Informar sobre gestão do ambiente.
Ensinar familiar cuidador sobre estratégias de proteção relativas à agressividade
<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre técnicas de comunicação. • Informar sobre medidas de segurança.
Ensinar sobre estratégias de relaxamento
<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre técnicas de relaxamento. • Informar sobre benefícios das técnicas de relaxamento.

<p>Executar aconselhamento</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito. • Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade. • Estabelecer a duração da relação de aconselhamento. • Estabelecer metas. • Proporcionar privacidade e garantir confidencialidade. • Fornecer informações factuais. • Encorajar a expressão de sentimentos. • Assistir a pessoa a identificar o comportamento agressivo. • Identificar diferenças entre o ponto de vista da pessoa sobre o comportamento agressivo e o ponto de vista da equipa. • Encorajar a substituição do comportamento agressivo por comportamentos adaptativos.
<p>Executar contenção física (prescrito por um médico ou levado imediatamente ao seu conhecimento para apreciação e aprovação, em caso de urgência ou de perigo na demora)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a privacidade da pessoa e o ambiente adequado ao seu bem-estar. • Colocar a pessoa num local onde possa ser permanentemente vigiada. • Garantir que não existem objetos perigosos para a pessoa. • Utilizar faixas concebidas e apropriadas para a contenção, se necessário. • Equipar a cama com grades laterais, que permitam a proteção, apoio e segurança da pessoa, se necessário. • Colocar faixas de contenção nos membros superiores, inferiores e tórax da pessoa conforme a gravidade da situação. A quinta faixa, torácica, deve ser colocada após a imobilização dos membros. • Aplicar material de proteção para prevenção de lesões resultantes da fricção. • Vigiar com periodicidade não superior a 15-30 minutos, sinais de alteração circulatória e perfusão dos tecidos que possam resultar de compressão pelas respetivas faixas. • Efetuar prevenção de acidentes tromboembólicos. • Posicionar a pessoa em decúbito dorsal, com a cabeça levemente elevada e os membros superiores posicionados de forma a permitir o acesso venoso. Sempre que necessário deve ser utilizado um posicionamento alternativo, nomeadamente, em decúbito lateral. • Fazer alternância de decúbitos para prevenção de úlceras devido à imobilização. • Manter a comunicação com a pessoa no âmbito do seu processo terapêutico. • Vigiar frequentemente os parâmetros vitais e analíticos da pessoa. • Proceder ao exame físico periódico da pessoa.

<ul style="list-style-type: none"> • Hidratar a pessoa em caso de sedação prolongada. • Reavaliar a necessidade de manutenção da contenção física no decurso de um período máximo de duas horas, repetindo-a pelo menos com esta periodicidade. • Retirar a contenção física de acordo com a eficácia da medicação e a avaliação do estado clínico da pessoa. • Registrar os motivos e as particularidades da contenção física, especificando o que antecedeu a necessidade do procedimento, o insucesso de outras medidas e os eventos inesperados.
Executar escuta ativa
<ul style="list-style-type: none"> • Usar declarações para promover a expressão de pensamentos, sentimentos e preocupações. • Mostrar percepção e sensibilidade às emoções. • Usar comunicação não verbal para facilitar a comunicação. • Observar a comunicação não verbal da pessoa. • Esclarecer a mensagem recorrendo ao <i>feedback</i>. • Evitar barreiras à escuta ativa. • Usar o silêncio, quando apropriado.
Executar estratégias de gestão do comportamento agressivo
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizar a pessoa pelo seu comportamento. • Estabelecer limites com a pessoa. • Estabelecer rotinas. • Aumentar a atividade física, conforme apropriado. • Usar tom de voz baixo e suave. • Redirecionar a atenção da pessoa. • Evitar demonstrar postura ameaçadora. • Ignorar comportamentos inadequados. • Desencorajar comportamento passivo-agressivo. • Elogiar tentativas de autocontrolo. • Administrar medicação prescrita, se necessário. • Aplicar contenção física, conforme o necessário.
Executar técnica de relaxamento
<ul style="list-style-type: none"> • Descrever objetivos do relaxamento, benefícios, limites e tipos disponíveis. • Verificar o desejo individual de participar, a capacidade de participar, a preferência, experiências anteriores e contra-indicações, antes de escolher uma estratégia de relaxamento específica. • Descrever detalhadamente técnica de relaxamento selecionada. • Criar um ambiente calmo e sem interrupções, com iluminação difusa e temperatura

confortável, sempre que possível.

- Sugerir que a pessoa assuma uma posição confortável, com roupas soltas e os olhos fechados.
- Provocar comportamentos que sejam condicionados a produzir relaxamento, como respiração profunda, bocejos, respiração abdominal ou imagens que trazem paz.
- Convidar a pessoa a relaxar e a permitir a ocorrência das sensações.
- Usar o tom de voz suave, com um fluir das palavras lento e ritmado.
- Instruir e treinar a técnica de relaxamento com a pessoa.
- Encorajar a demonstração de retorno das técnicas se possível.
- Antecipar a necessidade de usar o relaxamento.
- Dar informações escritas sobre preparação e envolvimento nas técnicas de relaxamento.
- Encorajar a repetição ou a prática frequente da técnica(s) escolhida(s).
- Proporcionar um tempo sem interrupções, porque a pessoa pode adormecer.
- Encorajar o controlo de quando a técnica de relaxamento é feita.
- Questionar a pessoa sobre relaxamento atingido e monitorizar a tensão muscular, a frequência cardíaca e a temperatura da pele, conforme apropriado.
- Criar uma gravação da técnica de relaxamento para a pessoa usar, conforme apropriado.
- Usar o relaxamento como uma estratégia coadjuvante a outras prescrições terapêuticas, conforme apropriado.

Executar treino da assertividade

- Determinar barreiras à assertividade.
- Assistir a pessoa a reconhecer e reduzir distorções cognitivas que bloqueiam a assertividade.
- Distinguir entre comportamento assertivo, agressivo e passivo-agressivo.
- Assistir a identificar direitos pessoais, responsabilidades e regras.
- Assistir a esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais.
- Promover a expressão de ideias e sentimentos, positivos e negativos.
- Ajudar a identificar pensamentos destrutivos.
- Assistir a pessoa a distinguir entre a imaginação e a realidade.
- Ensinar a pessoa sobre estratégias para a prática do comportamento assertivo (fazer solicitações, dizer não a solicitações não razoáveis e iniciar e concluir conversações).
- Facilitar oportunidades de prática, usando a discussão, modelagem e desempenho de papéis.
- Assistir na prática de habilidades de conversação e socialização (uso de declarações na primeira pessoa, comportamentos não verbais, franqueza e cumprimentos de

<p>aceitação).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elogiar as tentativas de expressão de sentimentos e ideias. • Monitorizar o nível de ansiedade e desconforto relativo a mudanças de comportamento.
<p>Executar treino de autocontrolo de impulsos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Assistir a pessoa a identificar o problema ou a situação que requer uma ação. • Ensinar a pessoa a “parar e pensar” antes de agir impulsivamente. • Assistir a pessoa a identificar possíveis consequências do comportamento e seus custos/benefícios. • Assistir a pessoa a escolher a ação mais eficaz (comportamento alternativo). • Assistir a pessoa a avaliar o resultado da ação escolhida. • Oferecer reforço positivo (elogios e recompensas) para resultados bem-sucedidos. • Encorajar a pessoa a se recompensar por resultados bem-sucedidos. • Assistir a pessoa a analisar os comportamentos desajustados e como poderiam ter sido evitados se substituídos por outros comportamentos alternativos. • Oferecer oportunidade para a pessoa praticar a resolução de problemas (desempenho de papéis) dentro do ambiente terapêutico. • Encorajar a pessoa a praticar a resolução de problemas em situações sociais e interpessoais fora do ambiente terapêutico, seguida de avaliação dos resultados.
<p>Executar treino de competências sociais</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Assistir a pessoa a identificar problemas interpessoais resultantes de défices nas competências sociais. • Encorajar a pessoa a verbalizar sentimentos associados a problemas interpessoais. • Assistir a pessoa a identificar os resultados desejados de relações ou situações interpessoais problemáticas. • Assistir a pessoa a identificar possíveis rumos de ação e suas consequências sociais e interpessoais. • Identificar competências sociais específicas que sejam o foco do treino. • Assistir a pessoa a identificar as etapas comportamentais para aquisição das competências sociais definidas. • Fornecer modelos que demonstrem as etapas de comportamento no contexto de situações importantes para a pessoa. • Assistir a pessoa a desempenhar o papel nas etapas comportamentais. • Oferecer <i>feedback</i> sobre o desempenho de competências sociais definidas (elogio ou recompensa). • Explicar às pessoas significativas (familiares, amigos e empregados), conforme apropriado, o objetivo e o processo do treino de competências sociais.

- Envolver as pessoas significativas nas sessões de treino de competências sociais (desempenho de papéis) com a pessoa cuidada, conforme apropriado.
- Oferecer feedback à pessoa cuidada e às pessoas significativas sobre a adequação das respostas sociais nas situações de treino.
- Encorajar a pessoa cuidada e as pessoas significativas a autoavaliarem os resultados das suas interações sociais, a se recompensarem por resultados positivos e a resolver problemas nos resultados menos desejáveis.

Executar treino do autocontrolo do comportamento agressivo

- Encorajar a pessoa a examinar as suas crenças e valores.
- Encorajar a substituição de comportamentos indesejáveis por comportamentos desejáveis.
- Assistir a pessoa a identificar os motivos para o autocontrolo do comportamento agressivo.
- Assistir a pessoa a identificar os efeitos do comportamento agressivo nas suas relações interpessoais.
- Assistir a pessoa a identificar barreiras potenciais ao autocontrolo do comportamento agressivo.
- Assistir a pessoa a identificar estratégias para o autocontrolo do comportamento agressivo.
- Explicar a importância da automonitorização para a mudança de comportamento, com recurso ao registo dos comportamentos.
- Desenvolver um método para registar o comportamento e as suas mudanças.
- Encorajar a pessoa a participar na monitorização e registo do comportamento.
- Assistir a pessoa a identificar as circunstâncias ou situações em que ocorre o comportamento agressivo.
- Assistir a pessoa a identificar estratégias *coping*.
- Dar reforço positivo às mudanças comportamentais adotadas pela pessoa.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista é aquele a quem foi reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem nas áreas de especialidade em Enfermagem. Estes enfermeiros partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em vários contextos de prestação de cuidados de saúde, que envolvem dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança, assim como realização de investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da Enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são repartidas em quatro domínios (Regulamento n.º 140/2019):

- A. Responsabilidade profissional, ética e legal;
- B. Melhoria contínua de qualidade;
- C. Gestão de cuidados;
- D. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O perfil de Competências Específicas do EEESMP, para além das competências comuns, inclui o conjunto de competências clínicas especializadas (Regulamento n.º 515/2018), nomeadamente:

1. Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
2. Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
3. Ajudar 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;
4. Prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, 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.

Para além disso, o EEESMP deve orientar-se pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica por forma a garantir melhores e mais adequados cuidados à pessoa durante os seus processos de transição: procurando a satisfação da pessoa, a promoção da sua saúde, a prevenção de complicações, garantindo o bem-estar e o autocuidado, assim como a adaptação e readaptação aos problemas de saúde; deve organizar os cuidados de saúde de forma a otimizar a continuidade de cuidados e ainda ser capaz de estabelecer uma relação psicoterapêutica em parceria com a pessoa que recebe os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e contribuir para a redução do estigma e promoção da inclusão social (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Ao longo do Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II pretendeu-se desenvolver as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Neste capítulo descrevem-se os contextos nos quais decorreu o estágio de natureza profissional e as atividades desenvolvidas, assim como a aquisição das competências anteriormente referidas.

2.1. Contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda

2.1.1. Caracterização do Serviço de Internamento de Psiquiatria de Adultos

O estágio em contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda decorreu num Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, nomeadamente no Serviço de Internamento de Psiquiatria de Adultos de uma Unidade Local de Saúde da região Norte de Portugal.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental dessa Unidade Local de Saúde é então constituído pelo Serviço de Psiquiatria de Adultos, pela Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e pelo Serviço de Psicologia, prestando cuidados assistenciais à população da sua área de influência, sendo esses cuidados disponibilizados em duas unidades distintas.

O referido Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental disponibiliza cuidados assistenciais especializados a pessoas em fase de descompensação clínica aguda ou de evolução prolongada, numa contínua e abrangente lógica de interação entre o hospital e a comunidade, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida da população e a descentralização de cuidados.

O Serviço de Psiquiatria de Adultos é um serviço misto. A equipa interdisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos psiquiatras, terapeuta ocupacional (tempo parcial), assistentes operacionais, auxiliares de limpeza e tem colaboração dos assistentes sociais do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. A equipa de Enfermagem tem na sua constituição 60% de EEESMP.

Importa referir que o quinto elemento da equipa de Enfermagem (EEESMP), no turno da manhã, está responsável pela execução de intervenções psicoterapêuticas com as pessoas internadas no serviço, assim como ser o elemento de Enfermagem presente nas reuniões da equipa multidisciplinar.

Os principais diagnósticos médicos das pessoas internadas neste serviço são perturbações psicóticas, perturbação depressiva, perturbação bipolar e perturbações da personalidade. No que diz respeito a diagnósticos de Enfermagem foi possível identificar como mais frequentes o humor depressivo, ansiedade, ideação suicida, delírio, autoconceito comprometido, memória comprometida, comportamento autodestrutivo, comportamento agressivo e comportamento alimentar comprometido.

2.1.2. Intervenções Desenvolvidas

A atuação do EEESMP no contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda é centrada no acompanhamento à pessoa internada. Aquando da admissão da pessoa no serviço é realizada entrevista clínica de avaliação, colhidos os dados e identificados os diagnósticos de Enfermagem que posteriormente permitem ao EEESMP planear as intervenções psicoterapêuticas adaptadas a cada pessoa. Ao longo do estágio foi possível realizar entrevistas clínicas a pessoas admitidas no serviço, assim como colaborar no planeamento das intervenções implementadas.

Ao longo do estágio foi possível integrar as dinâmicas do serviço onde decorreu o estágio. A presença na passagem de turno era fundamental, pela partilha de informação pertinente sobre cada uma das pessoas com necessidade de cuidados e a sua evolução ao longo do tempo permitindo adequar as intervenções de Enfermagem em consonância com toda a equipa de Enfermagem. As pessoas internadas no serviço eram na sua maioria independentes nos

autocuidados ou necessitavam de pouca ajuda, pelo que neste domínio a intervenção do enfermeiro passava sobretudo pela supervisão. As dinâmicas inerentes a um serviço de internamento incluem a preparação e administração de medicação, monitorização de sinais vitais e do comportamento, supervisão das refeições, preparação para realização de exames de diagnóstico, colheita de espécimes para análise e registos no sistema de informação, tendo sido possível colaborar com os enfermeiros nestas atividades, que ocupavam grande parte do turno. Como referido anteriormente, no turno da manhã, existia um EEESMP responsável pela execução de intervenções psicoterapêuticas com as pessoas internadas no serviço; tendo em conta que os diagnósticos de Enfermagem presentes nas pessoas internadas eram heterogêneos, a intervenção psicoterapêutica de grupo realizada era o relaxamento permitindo incluir um maior número de pessoas, pois o diagnóstico de Enfermagem “ansiedade” estava presente com alguma significância na população das pessoas internadas pelo que também se proporcionou a participação na realização desta intervenção.

A escuta ativa, enquanto intervenção de Enfermagem individualizada, foi utilizada em pessoas com diagnóstico de ansiedade, autoconceito comprometido e humor depressivo. A escuta ativa permite compreender a pessoa através de uma atitude de interesse, respeito e aceitação facilitando a partilha de um problema com o profissional funcionando como um elemento terapêutico (Coelho & Sequeira, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

Para o estágio em contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda, tendo em conta o tema central sobre o qual se desenvolve o relatório de estágio, foi planeada a realização de uma intervenção psicoeducacional.

Esta intervenção foi realizada com uma pessoa, internada no serviço onde decorreu o estágio, que apresentava diagnóstico de Enfermagem “comportamento agressivo”. Esta pessoa foi levada ao serviço de urgência por apresentar comportamentos agressivos contra bens e posteriormente contra pessoas, em contexto de um surto psicótico com atividade delirante; já no internamento atirou com um tabuleiro da comida; aquando da entrevista inicial apresentava discurso por vezes hostil: “violas...deviam matá-los todos”, “a minha mãe só acredita no que os outros dizem”, “não percebo porque não posso ir ao café...estou internado voluntário...” (sic).

A intervenção psicoeducacional é uma forma específica de educação que tem como foco as atitudes e os comportamentos. Em saúde mental, esta intervenção tem como objetivo alterar os significados dos factos sobre perturbações mentais e capacitar as pessoas para a compreensão dos diagnósticos de Enfermagem do âmbito do “conhecimento” fomentando a sua aprendizagem acerca de estratégias para lidar com a doença e os seus efeitos (Amaral *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

A intervenção psicoeducacional é estruturada, pode ter de três a seis sessões (uma a duas sessões por semana) com a duração de 45 a 90 minutos. As sessões podem ser individuais ou em

grupo. Pressupõe três momentos de avaliação: inicial, final e follow-up (Amaral *et al.*, 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020). São contra-indicações para esta intervenção perturbações massivas do pensamento formal, humor eufórico, alucinações auditivas de comando e ideação suicida aguda (Sampaio, 2011). Também devem ter sido em conta, como critérios de exclusão presença de estado confusional, agitação psicomotora e défice cognitivo (Sampaio *et al.*, 2017).

Da avaliação inicial da pessoa identificou-se o diagnóstico de Enfermagem “potencial para melhorar o conhecimento sobre autocontrolo da agressividade”. A pessoa reconhecia os seus comportamentos como desajustados e agressivos, mas não dispunha de conhecimentos de como os evitar/controlar. Tendo em conta a previsibilidade de um internamento de curta duração optou-se pela realização da intervenção psicoeducacional sobre “comportamento agressivo” (Anexo 1), no entanto existia benefício noutra tipo de intervenção, no âmbito da modificação do comportamento, sendo possível uma intervenção mais prolongada no tempo.

Antes da intervenção foram aplicados instrumentos de apoio ao diagnóstico, intervenção e avaliação.

Para avaliar o comportamento agressivo foi utilizado o Questionário de Agressividade de Buss-Perry (Anexo 2). Este instrumento é destinado a avaliar quatro das dimensões constituintes da agressividade (agressividade física, agressividade verbal, raiva e hostilidade). Um estudo realizado em Portugal revelou que este instrumento tem qualidades psicométricas aceitáveis, com exceção do fator agressividade verbal que revelou um coeficiente de fiabilidade bastante baixo (Cunha & Gonçalves, 2012).

Para a avaliação da cognição foi utilizado o resultado NOC “Cognição” validado para a população portuguesa (Coelho *et al.*, 2020). Este instrumento deriva de uma classificação de Enfermagem e permite avaliar a cognição da pessoa nos seus diferentes domínios. De acordo com este instrumento é considerado défice cognitivo uma pontuação total inferior a 40 em pessoas entre 1 e 11 anos de escolaridade ou pontuação total inferior a 57 em pessoas com mais de 11 anos de escolaridade.

A pessoa alvo da intervenção completou o ensino secundário. Optou-se pela utilização do resultado NOC “Cognição” por ser de fácil aplicação. Tendo em conta as características individuais da pessoa entrevistada e a pouca experiência do entrevistador na utilização de outras ferramentas, a utilização deste instrumento produziria menor viés na avaliação da cognição.

Para avaliar os resultados da intervenção foi construído um questionário (Anexo 3), tendo por base os conteúdos a serem abordados nas sessões, de forma a avaliar os conhecimentos da pessoa antes e após a intervenção (Amaral *et al.*, 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020).

O quadro a seguir apresentado (Quadro 5), exhibe os resultados da avaliação diagnóstica com recurso aos instrumentos referidos anteriormente.

Quadro 5 - Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção Contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda.

Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção	
NOC Cognição	- Score: 57 (sem défice cognitivo)
Questionário de Agressividade de Buss-Perry	- Agressividade física: Algumas vezes (score 3,2). - Agressão verbal: Muitas vezes (score 3,8). - Raiva: Algumas vezes (score 3,4). - Hostilidade: Muitas vezes (score 3,9); - Total: Muitas vezes (score 3,6)
Questionário para avaliação da intervenção	- Para si, o que é o comportamento agressivo? [“o comportamento agressivo para mim é quando me contrariam e me falham com a palavra, e não se faz frente a uma pessoa agressiva porque pode correr mal”]; - Na sua opinião, os comportamentos agressivos podem estar associados a problemas de saúde? [“Sim”]; - Se sim, identifique a quais problemas de saúde pode estar associado o comportamento agressivo. [“o comportamento agressivo pode ser tal como as drogas sintéticas, drogas pesadas e álcool e até o tabagismo, estão associadas à agressividade”]; - Tem conhecimento de que situações que podem contribuir para que a pessoa tenha comportamento agressivo? [“Sim. Porque quando não há dinheiro para droga, álcool e até tabaco, nós tornamos a vida muito cruel, porque nos viramos às pessoas e às que amamos também, a vida não é cruel, nós é que a tornamos cruel”]; - Na sua opinião, os comportamentos agressivos podem ser evitados? [“Sim”]; - Se sim, identifique estratégias que diminuam a possibilidade de que a pessoa tenha comportamento agressivo. [“A estratégia é, não fumar droga, não beber álcool, não exagerar no tabaco, porque o comportamento agressivo vem depois, quando não há, e fazemos coisas que jamais esqueceremos, enfim...”].

A pessoa teve alta clínica antes do final da intervenção, pelo que não foi possível avaliar os resultados da intervenção.

A intervenção psicoeducacional visou aumentar os conhecimentos da pessoa sobre o que era o comportamento agressivo, quais os fatores relacionados e contribuintes e formas para o autocontrolo do comportamento agressivo, dado que na avaliação inicial a pessoa relacionava os comportamentos agressivos a situações relacionadas com uso de substâncias psicoativas (“o comportamento agressivo pode ser tal como as drogas sintéticas, drogas pesadas e álcool e até o tabagismo, estão associadas à agressividade”; “... quando não há dinheiro para droga, álcool e até tabaco, nós tornamos a vida muito cruel, porque nos viramos às pessoas e às que amamos também, a vida não é cruel, nós é que a tornamos cruel” [sic]) e a dificuldades na gestão de emoções (“o comportamento agressivo para mim é quando me contrariam e me falham com a palavra, e não se faz frente a uma pessoa agressiva porque pode correr mal”[sic]) Ao longo do processo de ensino, tentou-se perceber qual a consciencialização da pessoa para o seu problema comportamental numa lógica de aprendizagem e não na perspetiva de intervenção no problema comportamental.

O autocontrolo corresponde a uma ou várias ações com a intenção de evitar um comportamento (Moorhead *et al.*, 2020). O treino do autocontrolo pode ser direcionado a pessoas com demonstrações de impulsividade e agressividade, relacionadas ou não com patologia psiquiátrica. O treino do autocontrolo não é eficaz em pessoas em situação de descompensação clínica (surto psicótico esquizofrénico) uma vez que não existe *insight* para o problema e não se encontram reunidas as condições necessárias para o início do treino do autocontrolo (Freitas & Mendes, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

Não foi possível analisar com a pessoa a relação do seu comportamento agressivo com a psicose, pois não demonstrava *insight* para os sinais e sintomas da doença. A pessoa não considerava que o seu comportamento fosse subjacente a sintomas de uma patologia. A pessoa relacionou sempre o seu comportamento a ideias delirantes de defesa dos outros ou de vingança a alguém que queria difamá-lo. Tentou-se analisar com a pessoa as consequências do seu comportamento, quer para si próprio quer para os outros envolvidos: admitiu que não teria sido a melhor escolha, mas que estava a agir com a intenção de ajudar.

Posteriormente, após verificar que a pessoa se identificou como “esquizofrénico” num contacto telefónico com a mãe, foi abordado noutro momento a relação entre a esquizofrenia e o comportamento agressivo. A pessoa pareceu escutar, mas não deu *feedback*, pelo que a abordagem foi feita também pela sua perturbação da personalidade. Desde o primeiro contato que a pessoa identificou ter uma personalidade impulsiva, com uso de comportamentos agressivos o que facilitou a associação de consequências negativas ao seu comportamento agressivo. Analisou-se a relação entre o seu comportamento agressivo e as consequências judiciais.

Em contexto de internamento os principais gatilhos que desencadeavam o comportamento agressivo na pessoa relacionavam-se com a gestão do tabaco (queria ligar à mãe para pedir mais tabaco, queria levantar dinheiro no multibanco para comprar tabaco) e com a alta clínica (queria falar com o psiquiatra para lhe dar alta e questionava frequentemente se já havia prescrição do injetável para poder ter alta). A pessoa identificava que eram situações que lhe causavam ansiedade e que espoletavam comportamentos agressivos e impulsivos. No entanto tinha dificuldades em geri-los: nos últimos dias de internamento aumentou o consumo de tabaco, tinha dificuldade em gerir a ansiedade através de técnicas de relaxamento. Através das técnicas de comunicação foi possível fazer alguma gestão da sua ansiedade e consequentemente do seu comportamento agressivo.

Foi abordada, fora do contexto da intervenção psicoeducacional, a forma como geria o seu comportamento fora do internamento. A pessoa referiu que frequentava o ginásio para descarregar a sua energia e que quando estava mais nervoso tomava um ansiolítico e ficava no seu quarto a fumar e a ver séries até ficar mais calmo. Abordou-se a possibilidade de arranjar uma ocupação ou um emprego, mas não pareceu muito recetivo, referindo que tinha atestado multiusos (não tinha necessidade de trabalhar) e que as atividades que referiu anteriormente seriam suficientes para se ocupar e gerir a sua raiva.

Foram identificados com a pessoa algumas técnicas de relaxamento, nomeadamente o relaxamento muscular, a respiração abdominal e a imaginação guiada. A pessoa já fazia relaxamento muscular nas sessões de grupo realizadas no internamento, mas referiu que não seria capaz de o fazer sozinho. Foi solicitado que relatasse um local ou uma situação que lhe transmitisse calma ou satisfação, a qual conseguiu identificar; foi orientado a utilizar essa memória em situações de stress, a imaginar que estivesse naquele local a vivenciar aquela situação por forma a conseguir gerir o *stress* e evitar a escalada da agressividade.

O relaxamento é “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo” com sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de *stress* ou perturbadores (Ryman, 1995, como citado em Payne, 2000). O treino do relaxamento é uma forma de controlo do *stress*, da ansiedade ou uma defesa contra o *stress* (Payne, 2000). O autocontrolo consiste no reconhecimento do que provoca *stress*, registar a sua ocorrência e verificar o nível de *stress* que origina; esta monitorização aumenta a probabilidade de ocorrerem comportamentos desejados e diminuir a ocorrência de comportamentos indesejáveis (Hiebert & Fox, 1981, como citado em Payne, 2000).

Foi também possível a aplicação de técnicas comunicacionais para gestão do comportamento agressivo da pessoa com resultado efetivo, nomeadamente na gestão dos contatos telefónicos (a pessoa aguardou o horário estabelecido para efetuar a chamada, após inicialmente ter exigido telefonar à mãe) e aguardar pela sua vez para falar com o psiquiatra (conversa no pátio em que exigia falar com o psiquiatra que estava a falar com outro cliente, a pessoa ia dirigir-

se a ele para interromper, mas através de técnicas de comunicação e alusão aos possíveis resultados dessa ação, acabou por aguardar que fosse o psiquiatra a procurá-lo posteriormente).

A de-escalada é o processo de ajudar a pessoa a recuperar o autocontrole, usando a comunicação terapêutica para reduzir a tensão emocional. É um instrumento valioso na prevenção da violência (McKnight, 2020).

Ao longo do seu internamento foi também abordado o regime medicamentoso, o impacto que tinha na estabilização da doença, na diminuição da ansiedade e do risco de comportamentos agressivos. Aparentemente, demonstrou conhecimento e vontade de cumprir com o regime medicamentoso após a alta. Durante os contactos com a pessoa não houve recusa da medicação, tendo até aceitado tomar a medicação de longa duração (tendo em vista a alta clínica).

O regime medicamentoso, aquando do uso adequado dos medicamentos, apresenta benefícios que são evidentes, uma vez que tem como finalidade a recuperação do melhor estado de saúde, a diminuição dos riscos relacionados às doenças crónicas, o alívio dos sintomas, a redução de incapacidades e de recaídas (Borba *et al.*, 2018).

Foi realizado um estudo de caso no qual foi descrito o processo de avaliação, planeamento e intervenção junto da pessoa a quem foi realizada a intervenção psicoeducacional (Anexo 4).

Foram realizadas outras atividades no decorrer do estágio planeadas em articulação com os enfermeiros tutores, nomeadamente um póster sobre “Técnicas Comunicacionais de Inversão da Escalada de Agressividade” com o objetivo de lembrar as boas práticas perante a pessoa com comportamento agressivo (Anexo 5), um folheto sobre “Técnicas Comunicacionais de Inversão da Escalada de Agressividade” (Anexo 6), com vista à sua utilização na psicoeducação de familiares e cuidadores de pessoas com história de comportamento agressivo, um marcador de livro com orientação para a Técnica de Relaxamento de Respiração Abdominal (Anexo 7), oferecido às pessoas internadas no dia Internacional da Saúde Mental e uma sessão de formação para os Assistentes Operacionais sobre “Comportamento Agressivo em Contexto de Internamento Psiquiatria Agudos” (Anexo 8), com o objetivo de rever conceitos e aumentar conhecimentos na gestão dos comportamentos agressivos por parte das pessoas internadas.

O número de internamentos involuntários e a existência de pessoas internadas com diagnóstico de comportamento agressivo ou com antecedentes de comportamento agressivo contribui para um aumento do risco de ocorrência de episódios de agressividade (Dack *et al.*, 2013, como citado em Giarelli *et al.*, 2018). O local onde decorreu o estágio apresentava um número considerável de pessoas internadas com estas características e ocorrerem algumas situações de comportamento agressivo, assim como necessidade de utilização de técnicas de de-escalada, pelo que as atividades anteriormente mencionadas foram consideradas pertinentes e justificáveis. Não foi possível intervir com familiares de pessoas com comportamento agressivo,

mas na eventualidade de ter ocorrido essa oportunidade foi realizado o folheto auxiliar à intervenção.

Durante o estágio foi ainda possível realizar visitas domiciliárias a pessoas com perturbação psicótica medicadas com antipsicóticos de longa duração, permitindo uma interação com estas pessoas no seu contexto de vida diária. Também foi possível colaborar em sessões de relaxamento, assim como em todas as outras rotinas inerentes ao serviço de internamento tanto do âmbito de cuidados gerais como dos cuidados especializados de ESMP.

Foi elaborada uma reflexão crítica sobre relação terapêutica, as dificuldades do processo e a tomada de consciência sobre a influência do eu na relação (Anexo 9). Esta reflexão teve como objetivo principal demonstrar de forma objetiva a aquisição da competência do EEESMP “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”.

2.1.3. Análise da Intervenção Psicoeducacional

A intervenção psicoeducacional sobre o comportamento agressivo tinha como objetivo capacitar a pessoa a melhorar o conhecimento sobre o comportamento agressivo e os seus fatores contribuintes, assim como melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo contribuindo para o autorreconhecimento do seu comportamento agressivo e aprendizagem sobre estratégias que pudessem diminuir a ocorrência desta resposta desadaptativa em situações para as quais teria capacidade de o fazer (Amaral *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

As sessões da intervenção psicoeducacional foram planeadas de acordo com o modelo apresentado por Sousa e colaboradores (2016, como citado em Amaral *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020). Segundo este modelo, a avaliação deveria ser realizada antes da intervenção, no final da intervenção e três meses após a intervenção (*follow-up*); logo à partida foi excluída a avaliação de *follow-up*, porque considerando o período no qual decorreu o estágio e o contexto onde foi implementada a intervenção não seria exequível. Tendo em conta a previsibilidade da alta, foram planeadas o mínimo de sessões que permitem definir uma intervenção psicoeducacional; mesmo tendo em conta a limitação do contexto no que concerne ao tempo disponível para a intervenção, não foi possível executar a sessão final porque a pessoa teve alta clínica, salientando-se que não foi possível antecipar a sessão tanto pelas dinâmicas do serviço como pela disponibilidade da pessoa aquando da presença da dinamizadora no serviço. Apesar de não ter sido possível a avaliação da intervenção, no final das sessões

realizadas a pessoa manifestou satisfação quanto ao conteúdo das mesmas. Na abordagem à pessoa, fora do contexto da intervenção psicoeducacional, foi possível verificar que houve alterações na perceção do seu comportamento e tentativa de utilizar estratégias abordadas para controlar/minimizar comportamentos agressivos sob a orientação da enfermeira.

A intervenção psicoeducacional em contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda tem limitações quer pela motivação da pessoa em participar quer pelo tempo disponível para a sua implementação (internamentos curtos e rotinas do serviço). No entanto verificou-se que, quando motivada, a pessoa sente-se envolvida no processo de aprendizagem e tenta aplicar os conteúdos abordados. Tendo em conta que a intervenção foi individual, a apresentação dos temas permitiu fazer uma analogia com situações específicas da pessoa facilitando a assimilação dos conteúdos.

Enquanto dinamizadora da intervenção foi possível verificar que esta intervenção permitiu fortalecer a relação terapêutica, permitindo noutras situações específicas trabalhar com a pessoa o autocontrolo do seu comportamento.

2.2. Contexto Comunitário

2.2.1. Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio em contexto Comunitário decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região Norte de Portugal.

Esta unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar com competência para prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social. Desenvolve atividades de promoção de saúde, prevenção de doença, tratamento e reabilitação num contexto de proximidade, a nível domiciliário, comunitário, a pessoas, famílias e grupos de maior vulnerabilidade.

No que se refere à equipa de Enfermagem é constituída maioritariamente por enfermeiros especialistas (nomeadamente especialistas em Enfermagem de Reabilitação, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Mental e Psiquiátrica e Comunitária). A equipa de profissionais é ainda constituída por médico, assistente técnico, assistente social, psicóloga, nutricionistas e fisioterapeuta.

A equipa desenvolve a sua atividade na comunidade em articulação/ligação funcional e partilha

de cuidados e informação com as Equipas de Saúde Familiar, com outras equipas que integram o Agrupamento de Centros de Saúde e com outros parceiros locais da comunidade, aqui numa perspetiva de trabalho em rede, nas áreas de Saúde Escolar, Saúde Ocupacional, Educação para a Saúde e Cuidados Continuados (Equipa Coordenadora Local, Equipa Cuidados Continuados Integrados e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos).

A intervenção da UCC está orientada para a execução dos Programas de Saúde da Direção-Geral da Saúde e Plano Nacional de Saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa de Saúde da Mulher, Criança e Jovem, Programa de Cuidados de Reabilitação, Programa de Saúde Mental, Programa de Saúde Adulto/Idoso, Programa de Gestão Integrada da Doença Crónica, Rede Social e Cuidados Continuados.

No que concerne ao programa de Saúde Mental, esta UCC desenvolve programas direcionados a pessoas com défice cognitivo ligeiro ou demência e aos seus cuidadores; a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com o objetivo de promover a saúde mental; a familiares cuidadores, com o objetivo de promover a saúde mental durante o processo de cuidar da pessoa dependente e a pessoas com perturbação mental, com o objetivo de acompanhar a pessoa e família, na gestão da sua doença, na reintegração social, na adesão e gestão do regime terapêutico, intervenção psicoeducacional e suporte à família e administrar Antipsicóticos de Longa Duração (ALD).

Os principais diagnósticos médicos presentes nas pessoas em seguimento na UCC, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria, são o défice cognitivo ligeiro, demência e perturbações psicóticas. No que diz respeito a diagnósticos de Enfermagem foi possível identificar sobrecarga do cuidador, ansiedade e memória comprometida.

2.2.2. Intervenções Desenvolvidas

Neste contexto clínico, houve a possibilidade de participar na administração de medicação (ALD) e de desenvolver com a enfermeira tutora visitas domiciliárias e consultas na UCC com o objetivo de avaliar e intervir junto do cuidador familiar e da pessoa com patologia mental com especial incidência nos diagnósticos de Enfermagem sobrecarga do cuidador, ansiedade, autoconceito e memória comprometida.

No âmbito do tema central do relatório de estágio em contexto comunitário foi desenvolvida uma intervenção psicoeducacional sobre o comportamento agressivo. Esta intervenção foi realizada à familiar cuidadora (> 65 anos) de pessoa com diagnóstico de demência vascular em

estudo, agravada por histórico provável de consumo de álcool, que apresentava comportamentos agressivos na sequência da evolução da doença. Este comportamento agressivo era principalmente verbal, mas por vezes físico (apertar o braço, com violência, do familiar cuidador durante a prestação de cuidados). A pessoa cuidada era dependente em todos os autocuidados.

A psicoeducação é uma forma específica de educação destinada a aumentar a compreensão sobre a doença mental, sobre os seus efeitos e as estratégias para lidar com os seus efeitos (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A intervenção psicoeducacional tem o objetivo de aumentar a literacia em saúde mental das pessoas-alvo da prestação de cuidados (Morgado *et al.*, 2022).

A familiar cuidadora manifestava sentimentos de incompreensão e dificuldade em lidar com a agressividade do familiar cuidado. Nesse sentido foi proposta a realização de uma intervenção psicoeducacional, tendo como cliente a familiar cuidadora, sobre o comportamento agressivo em pessoas com demência (Anexo 10) tendo em conta os diagnósticos de Enfermagem “potencial para melhorar o conhecimento sobre demência” e “potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do comportamento agressivo da pessoa com demência”. Também se identificou o “potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de *coping*”, pelo que também foi planeada uma sessão para esse efeito.

A intervenção psicoeducacional dirigida ao familiar cuidador tem resultados positivos no aumento da qualidade de vida, da confiança, da autoeficácia e na redução do *stress* do prestador de cuidados, depressão e ansiedade (Piersol *et al.*, 2017, como citado em Spigelmyer *et al.*, 2022). As estratégias de *coping* referem-se a formas de reduzir a pressão psicológica e manter a funcionalidade da pessoa que experiencia um evento negativo (Pérez-San-Gregorio *et al.*, 2017, como citado em Xiao *et al.*, 2023).

A intervenção visava ensinar a familiar cuidadora sobre a relação do comportamento agressivo com o diagnóstico médico e sobre estratégias adaptativas no cuidar da pessoa com demência que minimizassem a presença do comportamento agressivo e a sobrecarga emocional da familiar cuidadora. A sessão sobre estratégias de *coping* tinha como principal objetivo incentivar a familiar cuidadora a dispensar tempo para si, para realizar atividades indutoras de emoções positivas.

Antes da intervenção foram aplicados instrumentos de apoio ao diagnóstico, intervenção e avaliação.

A familiar cuidadora referia sentimento de perda em relação ao marido, sobre já não ser a mesma pessoa e de não conseguir manter a relação de companheirismo que existia anteriormente à doença. Refere preocupação sobre a possibilidade de não ser capaz de cuidar do marido. Fala sobre os preços elevados dos lares e da falta de vagas sociais.

A sobrecarga é um indicador psicológico relacionado com as respostas emocionais dos cuidadores às exigências de cuidados e, quando somada ao desgaste físico e emocional, pode manifestar-se como fadiga constante, distúrbios do sono, dores musculares, ansiedade e depressão (Jesus *et al.*, 2018, Mendes *et al.*, 2019, como citados em Martins *et al.*, 2023).

A familiar cuidadora tinha mais de 65 anos de idade e a 4ª classe de escolaridade. Tinha antecedentes pessoais de patologia osteoarticular, hipertensão, dislipidemia e asma.

Foi utilizada a escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) para avaliação da ansiedade e depressão. Esta escala foi desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983, como forma de responder, pelo menos parcialmente, a dois problemas apresentados pela maioria das escalas de ansiedade e depressão. A HADS procura resolver o problema dos resultados das escalas de ansiedade e depressão serem influenciados pela doença física do indivíduo e faz uma distinção clara entre os itens relativos à ansiedade e os itens de depressão (Bjelland *et al.*, 2002, Bowling, 1994, Johnston *et al.*, 2000, Zigmond & Snaith, 1983, como citados em Silva *et al.*, 2006). A escala é constituída por 14 itens, sete relativos à ansiedade e sete relativos à depressão. Os valores da HADS iguais ou inferiores a 7 não são considerados como sinal de perturbação; entre 7 e 10 são interpretados como casos em que pode existir dúvida; e os valores iguais ou superiores a 11 são considerados como implicando a presença de perturbação do humor clinicamente significativa (Zigmond & Snaith, 1983, como citado em Silva *et al.*, 2006). Inicialmente, a escala foi concebida com o objetivo de avaliar ansiedade e depressão de pessoas em contexto de internamento, mas também tem sido utilizada em pessoas em contexto comunitário (Delai *et al.*, 2020, como citado em Martins *et al.*, 2023). Optou-se pela aplicação deste instrumento em detrimento de outros similares por ser menos exaustivo e pelo *score* não ser influenciado pela doença física.

Foi avaliada a sobrecarga do cuidador com recurso à Escala de Zarit adaptada e validada para a população portuguesa (Sequeira, 2007, como citado em Sequeira, 2018). Esta escala apresenta 22 itens, cada item pode ter como resposta “Nunca”, “Quase Nunca”, “Às vezes”, “Bastantes vezes” e “Quase sempre”. É uma escala tipo *likert* graduada de 1 a 5. Este instrumento mede a saúde, o bem-estar psicológico e socioeconómico do cuidador principal, e a sua relação com a pessoa doente (impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e perceção de autoeficácia). A pontuação varia de 22 a 110 em que uma maior pontuação corresponde a uma maior perceção de sobrecarga (sem sobrecarga < 46, sobrecarga ligeira 46 - 55 e sobrecarga intensa >56) (Sequeira, 2018).

A avaliação da cognição foi realizada com recurso ao *Mini Mental State Examination* (MMSE). Este instrumento permite uma avaliação breve do estado mental, avaliando a orientação, a retenção, a atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. A sua cotação global varia entre zero e 30 (Sequeira, 2018). Considera-se com défice cognitivo se:

analfabetos, score ≤ 15 pontos, um a 11 anos de escolaridade ≤ 22 e com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 .

Níveis elevados de ansiedade assim como a presença de sofrimento emocional foram relacionados com perturbações cognitivas em adultos mais velhos (Leung *et al.*, 2018, Sinoff & Werner, 2003, como citados em Farina *et al.*, 2020). Numa investigação que tinha como objetivo comparar a cognição em idosos sem suspeita de défice cognitivo durante um período de quatro anos e identificar as variáveis que podiam explicar as variações da função cognitiva, com recurso ao MMSE, identificou que a função cognitiva global regrediu e que a memória episódica verbal, e a velocidade de processamento sofreu um declínio significativo nesses quatro anos. Verificou-se ainda que os sintomas de ansiedade foram o principal preditor de variações no desempenho cognitivo da amostra do estudo (Farina *et al.*, 2020).

O MMSE é pouco sensível na deteção do défice cognitivo ligeiro no envelhecimento normal (Hoops *et al.*, 2009, Lee *et al.*, 2009, Arevalo-Rodriguez *et al.*, 2015, Ciesielska *et al.*, 2016, como citados em Jun *et al.*, 2024). O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) é mais sensível para identificar o défice cognitivo ligeiro (Gonçalves *et al.*, 2023). O MoCA é um instrumento com uma pontuação máxima de 30 pontos e avalia oito domínios cognitivos: funções executivas; habilidades visuoespaciais; memória de curto prazo; linguagem; atenção, concentração e memória de trabalho; e orientação temporal e espacial (Freitas *et al.*, 2011). A idade e a escolaridade da pessoa a que é aplicado este instrumento pode influenciar significativamente a sua pontuação total (Freitas *et al.*, 2011; Gonçalves *et al.*, 2023). Tendo em conta a idade e a escolaridade da pessoa alvo da intervenção optou-se pela utilização do MMSE em detrimento do resultado NOC cognição por ser uma oportunidade para treinar a aplicação do referido instrumento de avaliação, no entanto o instrumento mais indicado para avaliar suspeita de défice cognitivo ligeiro seria o MoCA.

Para avaliar os resultados da intervenção foi construído um questionário (Anexo 11), tendo por base os conteúdos a serem abordados nas sessões, de forma a avaliar os conhecimentos da pessoa antes e após a intervenção (Amaral *et al.*, 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020).

Quadro 6 - Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção Contexto Comunitário.

Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção	
HADS	- Ansiedade: 9 (dúvida) - Depressão: 10 (dúvida)
Escala de Sobrecarga do Cuidador	- Score 55 (sobrecarga ligeira)
<i>Mini Mental State</i>	- Score de 29 (sem défice cognitivo)

<i>Examination</i>	
Questionário para avaliação da intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Tem conhecimento sobre a evolução da doença do seu familiar? [Sim] - Se sim, descreva algumas alterações que podem ocorrer no futuro. [Deixar de falar, sem se alimentar, ficar mais dependente] - Se o seu familiar se recusasse a alimentar/tomar banho, como pensa que iria reagir/ responder? [Sair do quarto, respirar fundo e depois voltar e o marido já deixa prestar os cuidados] - Para si, o que é o comportamento agressivo? [agarrar os braços, dizer que dá uma cabeçada, maneira de não deixar fazer as coisas] - Na sua opinião, os comportamentos agressivos podem estar associados a problemas de saúde, como a demência? [Sim] - Na sua opinião, os comportamentos agressivos podem ser evitados? [Sim] - Se sim, identifique estratégias que possam diminuir a possibilidade de a pessoa ter comportamento agressivo? [medicação que controle mais]

Durante a intervenção a pessoa cuidada morreu, pelo que houve a necessidade de adaptar a intervenção psicoeducacional, sendo a última sessão substituída por uma sessão sobre o luto (Anexo 12).

Tendo em conta a morte recente do familiar cuidado não foi pertinente aplicar o questionário pós-intervenção. No entanto a familiar cuidadora referiu que as sessões realizadas foram úteis para si. Apesar de, empiricamente, se ter observado melhoria no conhecimento e na forma de lidar com os sintomas psicológicos e comportamentais não foi possível mensurar. Antes da intervenção a familiar cuidadora manifestava incompreensão face aos comportamentos agressivos da pessoa cuidada; posteriormente compreendeu que eram sintomatologia da doença e na maioria das vezes eram manifestados face a situações que provocavam algum tipo de desconforto à pessoa cuidada. A familiar cuidadora verbalizou que a compreensão destes fatores a levou a ajustar a forma como comunicava e cuidava do familiar, tendo resultado na redução das manifestações de comportamentos agressivos por parte da pessoa cuidada. Secundariamente verificou-se que a familiar cuidadora manifestava menor sobrecarga emocional relativamente ao seu papel de cuidadora.

Entre a primeira e a segunda sessão a familiar cuidadora reportou alguns comportamentos da pessoa cuidada. Foi proposta esta atividade para possibilitar a análise dos comportamentos, identificar quais os períodos de maior agitação e possíveis causas de forma a poder identificar possíveis estratégias para minimizar esses comportamentos.

De um modo geral, tendo em conta também outros relatos da familiar cuidadora, a pessoa cuidada ficava mais agitada e agressiva ao final do dia e à noite, quando estava desconfortável (fralda molhada) e aquando alteração da rotina da casa (visitas). A familiar cuidadora foi capaz de compreender a relação destes comportamentos com as características da demência. Esta compreensão foi facilitadora para a redução da inquietação da familiar cuidadora, provocada pelos comportamentos da pessoa cuidada, segundo a própria relatou.

Após o óbito da pessoa cuidada, foi proposto manter a visita domiciliária anteriormente agendada para a intervenção psicoeducacional. Foi planeada uma sessão psicoeducacional sobre o luto, caso a familiar cuidadora se mostrasse disponível e interessada. A visita domiciliária foi realizada cerca de uma semana após a morte do familiar cuidado e tinha como principal objetivo dar suporte emocional e realizar escuta ativa, tendo em conta a sua morte inesperada. Foi verificada a disponibilidade da familiar cuidadora para realização da sessão psicoeducacional sobre o luto, a qual aceitou.

O luto é uma reação emocional normal após a perda de um ente querido. Cuidar de uma pessoa com demência pode causar traumas físicos e psicológicos e alguns estudos mostram que os cuidadores tendem a manifestar níveis elevados de experiências angustiantes após a morte da pessoa (Meichsner & Wilz, 2017, Shah *et al.*, 2010, Shanley *et al.*, 2011, Vlachogianni *et al.*, 2016, como citados em Zhang *et al.*, 2021). A morte da pessoa cuidada pode ser experienciada como uma perda do papel de cuidador, sendo o luto uma reação psicológica e emocional normal complexa que ocorre em resposta ao significado dessa perda (Chan *et al.*, 2013, Peacock *et al.*, 2014, como citados em Zhang *et al.*, 2021). A intervenção precoce no luto facilita o processo do luto e aumenta a resiliência reduzindo a probabilidade de ocorrência do luto patológico (ICD-11, como citado em Zhang *et al.*, 2021), motivo pelo qual se entendeu pertinente a abordagem da temática com a familiar cuidadora.

Durante o estágio foi proposto pela EEESMP tutora a realização do planeamento e execução de uma sessão de estimulação cognitiva a pessoa com demência em seguimento na consulta de ESMP (Anexo 13), permitindo o treino desta intervenção de Enfermagem. Não se procedeu à avaliação da cognição antes da sessão porque a pessoa já se encontrava a ser intervencionada pela EESMP e não era o momento da reavaliação.

A demência caracteriza-se por um declínio neurocognitivo com deterioração das capacidades cognitivas como a linguagem, o cálculo, as habilidades visuoespaciais e a resolução de problemas afetando o desempenho das atividades da vida diária (APA, 2013, como citado em

Bhowmik *et al.*, 2023). A estimulação cognitiva tem impacto positivo na cognição das pessoas com demência e na manutenção da sua autonomia no desempenho de tarefas de vida diária (Bhowmik *et al.*, 2023).

Foram realizadas outras atividades em colaboração com as EEESMP da UCC, nomeadamente consultas na UCC e em contexto domiciliário no âmbito dos projetos de intervenção de ESMP (pessoas com défice cognitivo ligeiro ou demência e aos seus cuidadores e pessoas com perturbação mental) que permitiram, por exemplo, o treino da aplicação do MMSE e do Teste do Relógio para avaliação da cognição.

Colaborou-se, a convite da EEESMP tutora, na dinamização de uma sessão de Saúde Mental Positiva (baseada no Modelo Multifatorial de Teresa Lluch, 1999 e no programa de promoção da saúde mental positiva MentisPlus+ de Teixeira *et al.*, 2020), a profissionais de várias áreas profissionais a exercer funções em duas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas distintas; para além de fomentar a procura de mais conhecimentos neste tema, criou a oportunidade de realizar sessões de grupo.

A saúde mental positiva consiste na tentativa de estar e sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que a pessoa se encontra, interpretando e aceitando a normalidade de muitos dos nossos pensamentos e condutas. Perceber que se devem promover e potenciar as emoções positivas e compreender que, em determinadas situações, é saudável a presença de emoções negativas (Lluch, 1999, Alves, 2018, Leite, 2016, Lluch, 2002, como citados em Alves *et al.*, 2022). A promoção da saúde mental engloba a saúde mental positiva, considerando-a como um recurso e um valor por si só e um elemento de proteção contra a doença mental (OMS, 2001, como citado em Teixeira *et al.*, 2020).

Durante o estágio, em colaboração com as EEESMP, foram elaborados alguns materiais de apoio às consultas de ESMP porque se verificou a necessidade de aumentar os recursos disponíveis para a dinamização das consultas (Anexo 14). As intervenções de educação para a saúde proporcionam benefícios na recuperação das pessoas com doenças crónicas verificando-se melhorias nos resultados biomédicos, na saúde psicológica e no funcionamento psicossocial (Correia *et al.*, 2023). O recurso a aplicações informáticas, recursos audiovisuais, materiais escritos e demonstrações mostraram ser eficazes para aumentar o conhecimento e a satisfação das pessoas a quem é dirigida a educação para a saúde por profissionais da saúde (Friedman *et al.*, 2011, como citado em Correia *et al.*, 2023).

2.2.3. Análise da Intervenção Psicoeducacional

A intervenção psicoeducacional tinha como objetivo capacitar a pessoa para melhorar o conhecimento sobre demência, melhorar o conhecimento sobre gestão do comportamento agressivo da pessoa com demência e para melhorar o conhecimento sobre estratégias de *coping* contribuindo para o reconhecimento de situações indutoras do comportamento agressivo no familiar cuidado e adequação dos cuidados prestados, assim como para adoção de estratégias que aliviassem a “carga” da sua situação de cuidadora levando à redução da sobrecarga (Amaral *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

As sessões da intervenção psicoeducacional foram planeadas de acordo com o modelo apresentado por Sousa e colaboradores (2016, como citado em Amaral *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020). Foi excluída a avaliação de *follow-up* considerando a impossibilidade de ser realizada durante o período no qual decorreu o estágio. Foram planeadas o mínimo de sessões que permitem definir uma intervenção psicoeducacional tendo em conta a limitação do contexto no que concerne ao tempo disponível para a intervenção que implicava a deslocação ao domicílio da familiar cuidadora e garantir a continuidade de cuidados a outras pessoas em seguimento na consulta da ESMP. Não foi possível executar a sessão final porque o familiar cuidado morreu, não se justificando a continuidade da intervenção nos moldes planeados. Apesar de não ter sido possível a avaliação da intervenção, no final das sessões realizadas a pessoa manifestou satisfação quanto ao conteúdo das mesmas. Foi possível verificar que a familiar cuidadora conseguiu compreender que a agressividade do seu familiar surgia como resposta a situações de desconforto que não conseguia expressar de outra forma, inerente à evolução da sua patologia. Verificou-se uma evolução positiva no bem-estar da familiar cuidadora, não tendo sido possível reavaliar a Escala de Sobrecarga do Cuidador (familiar cuidado morreu, pelo que não fazia sentido fazê-lo).

A intervenção psicoeducacional em contexto comunitário, apesar das limitações encontradas no contexto de estágio, tem um impacto positivo no tratamento e bem-estar quer da pessoa doente quer nos familiares cuidadores. Tal como referido na literatura consultada, verificou-se na prática clínica que o conhecimento relativamente à demência e à sua evolução e sintomatologia permitiram à familiar cuidadora compreender e adequar a necessidade de cuidados do seu familiar e a aceitar as suas limitações pessoais procurando o apoio da família e em estruturas da comunidade o que contribuiu para a redução da sobrecarga sentida.

2.3. Contexto de Respostas Diferenciadas

2.3.1. Caracterização da Equipa de Tratamento

O estágio em contexto de Respostas Diferenciadas decorreu numa Equipa de Tratamento (ET) da região Norte de Portugal.

As Equipas de Tratamento estão inseridas na Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD).

A DICAD tem como missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.

O Centro de Respostas Integradas (CRI) é uma unidade funcional da DICAD que tem como áreas de intervenção a prevenção, o tratamento/prestação de cuidados integrados e globais a pessoas com dependências e comportamento aditivos, seguindo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com intuito de promover a redução de riscos/consumos de drogas lícitas e ilícitas e minimização de danos e a reinserção social e profissional destes. Integradas no CRI encontram-se as Equipas de Tratamento.

A ET é uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos (psiquiatras e médicos de Medicina Geral e Familiar), enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, para o tratamento e acompanhamento de diversos comportamentos aditivos e dependências (CAD). Os enfermeiros da ET onde se realizou o estágio são EEESMP.

O enfermeiro exerce a sua atuação centrada na pessoa, grupo ou comunidade, utilizando o método de enfermeiro de referência, salvaguardando sempre a dimensão global da dignidade humana, respeitando os seus direitos, valores e crenças, o consentimento informado, a privacidade e confidencialidade, a acessibilidade e equidade. Autonomiza a pessoa na (re)construção e gestão do seu projeto de saúde e bem-estar, promovendo o autocuidado nos domínios da promoção da saúde, da prevenção de doenças, do tratamento e/ou da readaptação funcional.

O EEESMP intervém ao longo de todo o projeto terapêutico da pessoa:

- ✓ Acolhimento - avaliação inicial da pessoa, onde o enfermeiro deve cativar a pessoa a sentir-se parte integrante de todo o processo, respeitando o equilíbrio entre o fator humano e pessoal e a componente técnica e profissional, mobilizando as suas competências comunicacionais;
- ✓ Consulta de Enfermagem - faz a colheita de dados para identificação de problemas/necessidades e define intervenções adequadas e priorizadas, posteriormente avaliadas e redefinidas, se necessário, com vista a alcançar os

resultados esperados;

- ✓ Administração de medicação - intervenção interdependente, o enfermeiro que administra a medicação às pessoas em programa terapêutico com agonistas opiáceos, identifica sinais e sintomas indicativos de privação ou sobredose, agindo em conformidade, solicitando a colaboração médica no momento. Poderão ser também administrados medicamentos antirretrovirais e antipsicóticos/psicofármacos;
- ✓ Referenciação/articulação de pessoas para outras unidades da DICAD ou para outros serviços de saúde hospitalares ou comunitários para a continuidade de cuidados;
- ✓ Rastreios de VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) e VHC (Vírus da Hepatite C) e aconselhamento no âmbito da promoção da saúde e prevenção e redução de riscos.

Os principais diagnósticos médicos presentes nas pessoas em seguimento na ET eram as perturbações relacionados a substâncias e aditivas, nomeadamente álcool e substâncias ilícitas (heroína, cocaína e cannabis). No que diz respeito a diagnósticos de Enfermagem, os mais frequentes são o abuso de álcool e abuso de drogas.

2.3.2. Intervenções Desenvolvidas

A atuação do EEESMP no contexto da ET é centrada no acompanhamento à pessoa com abuso de substâncias psicoativas. Aquando da admissão da pessoa no serviço é realizada entrevista clínica de avaliação, colhidos os dados e identificados os diagnósticos de Enfermagem que posteriormente permitem ao EEESMP planear as intervenções psicoterapêuticas adaptadas a cada pessoa. Ao longo do estágio foi possível realizar entrevistas clínicas a pessoas admitidas no serviço, assim como colaborar no planeamento das intervenções implementadas.

Uma parte significativa da atividade do enfermeiro consiste na administração de medicação agonista opiácea (cloridrato de metadona); durante esta atividade o enfermeiro avalia a eficácia do tratamento e necessidade de eventual ajuste da dose do medicamento (referenciando para o médico em caso de necessidade) tendo-se colaborado de forma ativa nesta atividade. Foram ainda realizados rastreios de VIH e VHC e aconselhamento no âmbito da promoção da saúde e prevenção e redução de riscos.

No estágio em contexto de Respostas Diferenciadas foi desenvolvida a técnica de modificação do comportamento. Esta intervenção foi realizada com uma pessoa em seguimento na Equipa de Tratamento por dependência de substâncias psicoativas desde 2011. Estava integrada em

programa de substituição opiácea com metadona. Ao momento da avaliação inicial referiu abstinência de consumos de heroína, consumos esporádicos de cocaína e consumo diário de tabaco e café. Tinha antecedentes de Enfarte Agudo do Miocárdio (há cerca de 3 anos); após este incidente de saúde, esteve cerca de 2 anos abstinente (cocaína, tabaco e café). Identificou-se o diagnóstico de Enfermagem “abuso de drogas”.

A modificação do comportamento consiste numa intervenção que facilita a substituição de comportamentos desajustados por comportamentos mais adequados; visa apoiar o funcionamento psicossocial, facilitar mudanças de estilo de vida, reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis (Sequeira & Sampaio, 2020, *in* Sequeira & Sampaio, 2020; Michie *et al.*, 2013, como citado em Sampaio *et al.*, 2023). É uma abordagem comportamental que considera a pessoa como um todo, inserida no seu ambiente, cujo comportamento varia em função das características das situações ou dos contextos a que ela é exposta. O sucesso desta intervenção depende de um conjunto de variáveis: inerentes ao cliente (motivação, recursos, resistência), ao meio (apoio social, limitações ambientais) e ao terapeuta (experiência, competência, valores) (Sequeira & Sampaio, 2020 *in* Sequeira e Sampaio, 2020).

Os critérios de inclusão para a utilização desta intervenção implicam a presença de um diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental, a pessoa encontrar-se num estágio de motivação para a mudança ao nível da preparação ou da ação, apresentar capacidade cognitiva para entender as tarefas inerentes à intervenção e não se encontrar em crise sob o ponto de vista emocional (Sequeira & Sampaio, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

A intervenção de modificação do comportamento engloba um conjunto de técnicas que podem ser utilizadas em conjunto ou isoladamente, como por exemplo o reforço positivo, o treino do autocontrolo, a construção de hierarquias e atribuição de tarefas graduais, a dessensibilização sistemática, o contrato terapêutico, a modelagem e o *role-playing* (Sequeira & Sampaio, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020; Michie *et al.*, 2013, como citado em Sampaio *et al.*, 2023).

Antes da intervenção foram aplicados instrumentos de apoio ao diagnóstico, intervenção e avaliação.

A avaliação da cognição foi realizada com recurso ao MMSE. A pessoa tinha 51 anos de idade e o 6º ano de escolaridade. A utilização de substâncias aditivas como a morfina, heroína e metadona tem efeitos significativos em muitos domínios neurocognitivos, incluindo atenção, memória, memória visual, processamento da informação, funções da linguagem, velocidade de processamento, aprendizagem e função executiva (Casaletto *et al.*, 2015, Jovanovski *et al.*, 2005, Kalechstein *et al.*, 2003, Rogers & Robbins, 2001, Scott *et al.*, 2007, como citados em Shakeri *et al.*, 2021). Uma equipa de investigadores avaliou e comparou a cognição, com recurso ao *score* do MMSE, em pessoas com adição de metanfetaminas ou ópio e não consumidores de

substâncias. Os utilizadores de opiáceos e metanfetaminas apresentaram um desempenho inferior no MMSE em comparação aos não utilizadores de substâncias (Shakeri *et al.*, 2021). A avaliação da cognição teve como principal objetivo avaliar se a pessoa cumpria os critérios de inclusão para a intervenção de Enfermagem planeada. Apesar do estudo consultado identificar o MMSE identifica alteração da cognição em pessoas com adição em relação a pessoas sem adição, reconhece-se que o instrumento mais adequado para esta avaliação da cognição seria o MoCA. Optou-se pelo MMSE pela baixa literacia da pessoa avaliada e pela dificuldade do entrevistador em aplicar o MoCA sem dar origem a viés.

Foi aplicada a escala ASSIST (*Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test*). Esta escala permite detetar a gravidade do consumo de todas as substâncias (álcool, tabaco, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inalantes, ansiolíticos/ sedativos/ hipnóticos, alucinógenos, opiáceos e outras). Este instrumento é constituído pelas seguintes questões: quais as substâncias que já consumiu ao longo da vida; com que frequência consumiu cada uma das substâncias; com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir; com que frequência o seu consumo originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros; com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao seu consumo; já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo; alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o seu consumo; alguma vez consumiu substâncias por via injetável. Os resultados podem ser relacionados com os níveis de consumo e com as intervenções a preconizar (OMS, 2010). As intervenções preconizadas, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no baixo risco são informação e educação e no risco moderado são informação, orientação, intervenção breve e monitorização (Figura 4).

RESULTADO ASSIST ÁLCOOL	RESULTADO ASSIST OUTRAS SUBSTÂNCIAS	NÍVEL DE RISCO	PROBLEMA	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
0-10	0-3	BAIXO	ABSTINÊNCIA OU CONSUMO DE RISCO	INFORMAÇÃO EDUCAÇÃO
11-26	4-26	MODERADO	CONSUMO NOCIVO	INFORMAÇÃO ORIENTAÇÃO INTERVENÇÃO BREVE MONITORIZAÇÃO
27 OU +		ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	INFORMAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS
SUBSTÂNCIAS INJETADAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES		MODERADO ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	INFORMAÇÃO ANÁLISES DE SANGUE ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

adaptado de Organización Mundial de la Salud (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST: para el consumo problemático de sustancias*
- Manual para uso en la atención primaria.
Washington: Organización Panamericana de la Salud (Trad. Español)

Figura 4 - Score ASSIST e relação entre os níveis de consumo e as intervenções preconizadas. Fonte: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

Foi aplicada a escala SOCRATES 8D. Esta escala avalia a motivação para o tratamento em situações de consumo de drogas através de três fatores independentes subjacentes aos estádios de mudança de Prochaska & DiClemente (1982, como citado em Janeiro & Faisca, 2019), nomeados como ação, reconhecimento do problema e ambivalência (Miller & Tonigan, 1996, como citado em Janeiro & Faisca, 2019). A SOCRATES 8D é um instrumento de autoadministração, no entanto, quando o cliente apresenta dificuldades ou solicita ajuda, o avaliador pode ajudar na leitura e preenchimento da escala. Normalmente, a resposta à totalidade dos itens demora entre 5 e 8 minutos. Antes da aplicação da escala o avaliador deve informar o cliente sobre o objetivo da avaliação, as características do instrumento (tempo necessário, modalidade de resposta) e a utilidade da medida de avaliação da motivação para o tratamento (Janeiro & Faisca, 2019).

A SOCRATES 8D fornece pontuação em três subescalas: Reconhecimento do Problema; Ação; e Ambivalência. Para calcular o valor obtido em cada subescala soma-se a pontuação dos itens que a compõem, conforme tabelas de cotação e conversão da escala (Anexo 15) (Janeiro & Faisca, 2019).

De seguida apresentam-se os resultados dos instrumentos utilizados na avaliação antes da intervenção (Quadro 7).

Quadro 7 - Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção Contexto de Respostas Diferenciadas.

Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção	
<i>Mini Mental State Examination</i>	- Score de 28 (sem défice cognitivo)
ASSIST	- Tabaco: 24 (risco moderado) - Álcool: 0 (baixo risco) - Canabis: 3 (baixo risco) - Cocaína: 3 (baixo risco) - Estimulantes de tipo anfetamina: 0 (baixo risco) - Inalantes: 0 (baixo risco) - Ansiolíticos/ Sedativos/ Hipnóticos: 0 (baixo risco) - Alucinogénios: 0 (baixo risco) - Opiáceos: 6 (risco moderado)
SOCRATES 8D	- Reconhecimento do problema: 25 em 30 - Ação: 37 em 40 - Ambivalência: 10 em 20

A pessoa já se encontrava em seguimento na ET há cerca de 12 anos. Já tinha sido sujeita a intervenção por parte de vários técnicos de saúde de diferentes áreas. Ao longo deste tempo já existiram modificações no seu comportamento aditivo. Suspendeu os consumos de heroína com o tratamento concomitante com cloridrato de metadona assim como reduziu os consumos de cocaína. No entanto, ainda mantinha consumos esporádicos de cocaína. A pessoa teve um enfarte agudo do miocárdio há cerca de 3 anos e mantém acompanhamento em consulta externa da unidade hospitalar da área de residência, desde então, em clínica insuficiência cardíaca e hipocoagulação oral.

Analisando os resultados da SOCRATES 8D verifica-se que existe reconhecimento do problema e tendência a expressar o desejo de mudança; relativamente à ação a pessoa já está a fazer algo para mudar em relação ao consumo de drogas; no que concerne à ambivalência a pessoa tem conhecimento que o seu consumo está a causar problemas. Através da articulação entre o significado atribuído aos fatores identificados na SOCRATES 8D e os estádios de mudança de Prochaska & DiClemente (1982, como citado em Janeiro & Faísca, 2019), alocando a um estádio de mudança em função da pontuação percentílica obtida nas subescalas “Reconhecimento do Problema” e “Ação”, verificou-se que a pessoa se encontraria num estádio “ação: reconhece o problema e atua” pelo que beneficiaria da intervenção de modificação do comportamento.

A intervenção de modificação do comportamento proposta (Anexo 16) tinha como objetivo ajudar a pessoa a suspender os consumos de cocaína e, sendo possível, estender à modificação de alguns hábitos de vida (tabaco, café, atividade física e atividades ocupacionais). As sessões foram planeadas sessão a sessão.

Tendo em conta a avaliação inicial da pessoa, este parecia motivado a participar na intervenção. Cumpriu com os agendamentos e, quando não lhe foi possível comparecer, contactou o serviço a avisar e a remarcar. No entanto, relativamente aos trabalhos propostos para realizar no domicílio não cumpriu.

Foi-lhe solicitado o preenchimento de três tabelas. Uma relativa aos prós e aos contras dos seus consumos/quais os benefícios/malefícios lhe trazem os consumos (Anexo 17): a pessoa apenas identificou que os consumos lhe trazem “problemas de saúde” (sic); questionado sobre os momentos e os locais onde sente mais vontade de consumir, relatou que só sentia vontade de consumir quando aliciado pelo amigo a ir comprar cocaína e que quando cedia consumia sozinho em casa. Relativamente às outras duas tabelas (Anexos 18 e 19), uma era para identificar situações em que teve vontade de consumir, se consumiu ou não, e as emoções/sentimentos associados, e a outra seria para identificar atividades ou passatempos que realiza no seu dia a dia que lhe provoquem sentimentos positivos/ bem-estar, assim como registar atividades que gostaria de fazer/experimentar. Estas últimas, a pessoa não realizou; foi solicitado que as realizasse no domicílio e quando se tentou que realizasse durante a consulta mostrou-se esquivo; relativamente às atividades referiu que já tinha ocupações no seu dia a dia e quando

questionado sobre a possibilidade de fazer algum voluntariado mostrou pouca disponibilidade; no que diz respeito às motivações para consumir relacionou sempre com o aliciamento por parte de um amigo, reforçou que a maioria das vezes recusa, mas não foi capaz de identificar o que difere em si entre os momentos em que aceita e os momentos em que recusa ir comprar cocaína.

Durante a recaída mental, a luta interna entre o desejo de consumir ou permanecer abstinente, a pessoa sente desejo pela substância, pensa em pessoas/lugares/coisas associadas ao seu uso no passado, exagera os aspetos positivos do uso passado e/ou minimiza as consequências do uso passado, mente, negocia, tenta planejar maneiras para usar a substância enquanto ainda mantém o controlo, procurando oportunidades de recaída e planeando uma recaída (Guenzel & McChargue, 2023).

A pessoa foi capaz de identificar os malefícios do uso de cocaína, do tabaco e do café em grandes quantidades na sua saúde e no seu bem-estar geral, admitiu que já foi capaz de se abster da utilização destas substâncias, mas ao mesmo tempo, em determinados momentos, desvalorizou o seu uso (especialmente da cocaína por serem consumos muito esporádicos). Referiu que fica sempre ansioso relativamente à possibilidade de ocorrência de complicações cardíacas quando consome cocaína. Referiu que desde o momento que decide ir comprar até ao momento após consumir, sente medo de ter um novo Enfarte Agudo do Miocárdio (por isso consome pouco [sic]), mas mesmo assim não consegue abdicar de usar a substância.

Durante a intervenção, a pessoa referiu ter consumido cocaína apenas na passagem de ano. Apesar de habitualmente não ingerir bebidas alcoólicas, no Natal bebeu três copos de vinho do Porto, tendo sentido efeitos do consumo dessa bebida (não especificou quais). Manteve o consumo de tabaco, assim como a ingestão de café, nas mesmas quantidades.

Tendo em conta o curto espaço de tempo da intervenção, assim como a época festiva, seria muito difícil que existissem modificações no comportamento aditivo da pessoa pois o risco de recaída aumenta em situações especiais como em eventos sociais, férias ou viagens (Guenzel & McChargue, 2023). Os fatores de risco de recaída são similares para o álcool e para os opioides (Mattoo *et al.*, 2009, como citado em Devi & Singh, 2023). Um estudo descritivo identificou que a frustração, a tensão familiar, apatia, *craving*, isolamento, ansiedade, perturbações do sono e emoções negativas são os principais motivos de recaída (Maulik *et al.*, 2002, como citado em Devi & Singh, 2023). A ansiedade e a depressão podem ser consideradas gatilhos para a recaída (Devi & Singh, 2023). A pessoa não relatou qualquer evento crítico que espoletasse o consumo de substâncias psicoativas, exceto as comemorações inerentes à época festiva. Apesar de não se ter obtido o resultado desejado, não deixa de ser importante o trabalho realizado em parceria com a pessoa.

A pessoa verbalizou motivação para a mudança, no entanto esta não se verificou. Mantiveram-se os valores nominais do ASSIST relativamente à gravidade das substâncias identificadas e o score do SOCRATES 8D (Quadro 8).

Quadro 8 - Resultados dos instrumentos de avaliação pós intervenção Contexto de Respostas Diferenciadas.

Resultados dos instrumentos de avaliação pós-intervenção	
ASSIST	<ul style="list-style-type: none"> - Tabaco: 24 (risco moderado) - Álcool: 3 (baixo risco) - Cannabis: 3 (baixo risco) - Cocaína: 3 (baixo risco) - Estimulantes de tipo anfetamina: 0 (baixo risco) - Inalantes: 0 (baixo risco) - Ansiolíticos/ Sedativos/ Hipnóticos: 0 (baixo risco) - Alucinogénios: 0 (baixo risco) - Opiáceos: 6 (risco moderado)
SOCRATES 8D	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecimento do problema: 25 em 30 - Ação: 37 em 40 - Ambivalência: 10 em 20

Durante o estágio foi detetada uma necessidade formativa para a equipa multiprofissional relativamente ao Plano Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, particularmente quanto ao Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, nomeadamente o procedimento de reporte de episódio de violência.

O Plano Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida tem como objetivo reforçar, no âmbito dos serviços de saúde, os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à violência interpessoal, nomeadamente em matéria de maus-tratos em crianças e jovens, violência contra as mulheres, violência doméstica e em populações de vulnerabilidade acrescida (Despacho n.º 9494/2019, de 21 de outubro).

O Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde tem como objetivos gerais prevenir possível violência no setor da saúde, abordar os episódios de violência e apoiar as vítimas de violência no setor da saúde e mitigar as consequências da violência no setor da saúde (Resolução de Conselho de Ministros nº 1/2022, de 5 de janeiro).

Esse documento define “violência no setor da saúde” como “todas as situações em que um trabalhador, independentemente do seu vínculo jurídico, a desempenhar funções numa instituição que presta cuidados ou serviços de saúde do Ministério da Saúde,

independentemente da sua natureza jurídica, é submetido a qualquer tipo de violência em condições relacionadas com o seu trabalho, incluindo as deslocações para e do trabalho, colocando em risco, de forma direta ou indireta, a sua segurança, bem-estar ou saúde ou os de terceiros” (Resolução de Conselho de Ministros nº 1/2022).

Para dar resposta a esta necessidade foi realizada uma sessão formativa (Anexo 20) que emergiu da consulta dos documentos emanados pela DGS relativos a esta temática, assim como da articulação com o Grupo Operativo Local para a implementação do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde. Foi construído um questionário de satisfação relativamente à sessão de formação (Anexo 21).

Ainda no decorrer deste estágio foi possível participar em sessões de intervenção psicoeducacional, com estudantes do 7º ano de escolaridade, sobre Saúde Mental Positiva (baseada no Modelo Multifatorial de Teresa Lluç, 1999 e no programa de promoção da saúde mental positiva *MentisPlus+* de Teixeira *et al.*, 2020), dinamizados pelas EESMP da Equipa de Tratamento no âmbito de uma colaboração com uma UCC do concelho em que se encontra sediada a ET.

De um modo geral, foi possível colaborar em todas as atividades desempenhadas pelas EESMP da ET, nomeadamente nas atividades do programa de substituição opiácea, consultas de avaliação inicial e seguimento no âmbito das problemáticas aditivas, aconselhamento e deteção de HCV e VIH.

2.3.3. Análise da Intervenção de Modificação do Comportamento

A intervenção de modificação do comportamento tinha como objetivo promover a modificação do comportamento relativamente ao consumo de cocaína. Esta intervenção foi escolhida em detrimento da entrevista motivacional tendo em conta que se avaliou que a pessoa estava motivada para a mudança (Sequeira & Sampaio, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

O número de sessões para esta intervenção é variável tendo em conta a situação (Sequeira & Sampaio, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020). Tendo em conta o período em que decorreu o estágio foram planeadas três sessões, permitindo que houvesse tempo para avaliar o resultado da intervenção. Para além do menor número de horas de estágio preconizado neste contexto e da pausa letiva do Natal, a pessoa só se deslocava ao serviço uma vez por semana, não demonstrando disponibilidade para o fazer com maior regularidade para a intervenção proposta, o que não possibilitou a realização de mais sessões. Este número de sessões verificou-

se ser manifestamente insuficiente tendo em conta que a intervenção não resultou em modificação do comportamento como era pretendido.

A entrevista motivacional é um estilo de aconselhamento sobre a mudança do comportamento na qual o aconselhador utiliza a escuta ativa e a empatia para compreender a perspetiva da pessoa e minimizar a resistência (Barroso, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020). Esta intervenção pode ser implementada em associação com a modificação do comportamento para aumentar o seu potencial terapêutico (Sequeira & Sampaio, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020). A pessoa mostrou resistência em realizar os trabalhos propostos, nomeadamente a identificação de situações em que teve vontade de consumir, se consumiu ou não, e as emoções/sentimentos associados, e atividades ou passatempos que realizava no seu dia a dia que lhe provocasse sentimentos positivos/ bem-estar, assim como o registo de atividades que gostaria de fazer/experimentar. A partir daqui é possível inferir que a possibilidade de mais tempo de contacto com a pessoa poderia influenciar de forma positiva a intervenção de modificação do comportamento, permitindo associar a entrevista motivacional; intercalando as sessões de modificação do comportamento com as de entrevista motivacional poderia aumentar a motivação da pessoa na realização dos exercícios propostos para posterior análise.

A intervenção de modificação do comportamento, tal como a entrevista motivacional são intervenções de relevo na intervenção do EEESMP no contexto de Respostas Diferenciadas, nomeadamente em Equipas de Tratamento, dado que a população à qual são prestados cuidados tem algum tipo de comportamento aditivo que necessita ser modificado. A cessação do comportamento aditivo pode ser atingida quando a intervenção do EEESMP é realizada em articulação e parceria com as intervenções da restante equipa interdisciplinar.

Tendo em conta a experiência profissional na área dos comportamentos aditivos e a literatura consultada, a modificação do comportamento relativamente aos comportamentos aditivos é um processo longo e propenso a recaídas. Assim é aceitável que o resultado da intervenção de modificação do comportamento planeada não tenha gerado cessação do consumo de cocaína, sendo reconhecido que foi ambiciosa a implementação desta intervenção.

2.4. Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista envolvem as dimensões da educação das pessoas cuidadas assim como dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e

pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade estão agrupadas em quatro domínios de competência: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assentam num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa cuidada assim como numa prática que respeita os direitos humanos. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O Código de Nuremberga reconhece a dignidade da pessoa humana e que nenhuma experiência deve ser realizada sem o consentimento informado livre e esclarecido da pessoa. Este código exprime duas características básicas ao exercício da profissão da saúde: a elevada responsabilidade face às necessidades e os desejos da pessoa e a exigência de um equilíbrio entre os seus direitos como pessoa autónoma e os interesses da sociedade como referencial coletivo (Silva, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

O EEESMP deve garantir que todos os cidadãos tenham um acesso equitativo aos cuidados especializados em Saúde Mental e Psiquiatria, respeitando os princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível, numa perspetiva de promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e recuperação (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Em contexto de cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria a pessoa pode necessitar de receber cuidados de forma involuntária e contra o seu desejo pela aplicação do enquadramento legal específico. Esta situação pode afetar a relação enfermeiro - cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Deve ser garantido a qualidade dos cuidados prestados e o respeito pela pessoa cuidada, assim como, a partir das necessidades manifestadas pela pessoa, desenvolver uma relação psicoterapêutica mobilizando abordagens adequadas à situação (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

No decorrer do estágio profissional foi proporcionado, à pessoa cuidada, o respeito pelo direito no acesso à informação, assegurada a confidencialidade e a segurança da informação prestada, tendo sido firmado através de um consentimento informado (Anexo 22) aquando das intervenções psicoeducacionais e de modificação do comportamento descritas neste relatório. As intervenções resultaram da parceria de cuidados entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, assegurando-se o respeito à escolha e à autodeterminação da pessoa cuidada visando a prestação dos melhores cuidados disponíveis para cada situação específica. Foi também solicitada autorização para a utilização do instrumento de avaliação “Questionário de Agressividade de Buss-Perry” ao autor da sua adaptação à população portuguesa (Anexo 2).

As competências do domínio da melhoria da qualidade referem-se à colaboração na concepção, operacionalização e disseminação de projetos institucionais na área da qualidade assim como no reconhecimento de que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e a revisão das mesmas como vista à melhoria contínua. Este domínio de competência visa ainda a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio de 2015).

Numa procura permanente da excelência no exercício profissional, é exigido aos enfermeiros uma atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem repartidos em seis categorias: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de Enfermagem. Estes enunciados descritivos, visando explicitar a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da Enfermagem, são para os clientes o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de Enfermagem, e para os enfermeiros a referência comum e a orientação para uma prática profissional de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2012, como citado em Ribeiro *et al.*, 2017).

Foi aplicada a premissa da prestação de cuidados em ambiente seguro e terapêutico numa lógica de prevenção de incidentes.

Sempre que foi possível, foram avaliadas as práticas em função dos resultados obtidos como forma de promover a melhoria dos cuidados prestados.

Em colaboração com os EEESMP, foi realizada disseminação de projetos institucionais na área da qualidade (Contexto Respostas Diferenciadas: “Gestão de Episódios de Violência Contra Profissionais no Local de Trabalho”), tendo sido realizada formação contínua dirigida à equipa.

As competências do domínio da gestão dos cuidados definem que o Enfermeiro Especialista “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e “adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Em contexto de estágio profissional, enquanto elemento temporário das equipas de saúde, não houve lugar à aquisição de competências de gestão de cuidados na essência do descrito nas unidades de competência. Ocorreu antes um trabalho em parceria com a equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio, sobretudo com a equipa de Enfermagem, onde houve lugar à

colaboração na tomada de decisão no processo de cuidar e identificação nos limites do cuidar em ESMP. No entanto, ao longo da componente teórica do Mestrado foi possível trabalhar competências no âmbito da gestão aquando da realização de trabalhos de grupo: a gestão do tempo entre a atividade profissional, a componente letiva, as reuniões com as colegas dos trabalhos de grupo e o estágio de natureza profissional com relatório - Modulo I, levou a que fosse necessário, em conjunto com todos os intervenientes, a delegação de tarefas para obtenção dos melhores resultados possíveis tendo em conta as circunstâncias sem penalização grave ao nível da vida pessoal.

As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais referem-se à capacidade de autoconhecimento e do estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, assim como do processo de tomada de decisão e implementação de intervenções baseadas em conhecimento válido, atual e pertinente (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A prática baseada na evidência combina as aptidões clínicas com a melhor evidência disponível. Embora esteja voltada para o desenvolvimento de diretrizes clínicas, o elemento crítico centra-se na relação terapêutica e no julgamento clínico associados à prestação de cuidados, sendo uma competência essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados (LoBiondo-Wood & Haber, 2017, como citado em Mendes, 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020). É fundamental para fazer a ponte entre o conhecimento teórico e a prestação de cuidados à pessoa. Permite aos profissionais de saúde prestarem cuidados mais adequados à pessoa com base nas descobertas das pesquisas mais recentes (American Nurses Association [ANA], 2023, como citado em O'Brien *et al.*, 2023). Esta prática evoluiu de uma base estritamente clínica para a integração de uma abordagem mais holística que reflete toda a pesquisa e prática clínica de Enfermagem (Stevens, 2013, como citado em O'Brien *et al.*, 2023). É uma abordagem sistemática que se centra em traduzir as melhores evidências para a prática clínica (Brunt & Morris, 2023, como citado em O'Brien *et al.*, 2023).

A ESMP foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O EEESMP tem conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem, durante a prática profissional, mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Na prática clínica, permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EEESMP visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos

relacionados com a doença mental, como por exemplo na adesão à terapêutica, no autocuidado, na ocupação útil e no *stress* do prestador de cuidados. Tem por objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O período de estágio foi um momento de procura contínua de conhecimentos profissionais, tanto através da aprendizagem em contexto clínico em parceria com os EEESMP, como pela revisão da literatura necessária para alicerçar e fundamentar as atividades desenvolvidas.

Foi possível participar em algumas ações enquanto formando: “O Cuidar Multidisciplinar da Pessoa com Demência”; Jornadas “Quebrar o Ciclo de Violência: Intervir em Todo o Ciclo de Vida - Da Suspeita à Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários”; “Dia Mundial da Saúde Mental”; 1^{as} Jornadas de Enfermagem de Saúde Mental: “A Construção de Sinergias para + Saúde Mental” e Encontro de EPVA’s: “Intervir para Cuidar!”.

Foram detetadas necessidades formativas nos contextos onde decorreu o estágio pelo que houve a oportunidade de atuar como formador em contexto de trabalho, como descrito ao longo deste relatório.

De seguida apresenta-se a relação entre as atividades desenvolvidas em contexto de estágio e a aquisição de Competências Específicas do EEESMP.

2.5. Aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

2.5.1. Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica o EEESMP deve demonstrar tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Towsend (2011) faz referência a Travelbee (1971) que descreveu o “uso terapêutico de si” como instrumento para a prestação do processo de Enfermagem interpessoal, tendo definido como “a capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de Enfermagem” (Travelbee, 1971, como citado em Towsend, 2011). Isto requer que o enfermeiro tenha grande autoconsciência e

autoconhecimento (Towsend, 2011).

Durante a relação terapêutica podem ocorrer fenômenos de transferência e contratransferência que podem interferir com a interação terapêutica. No fenômeno de transferência o EEESMP deve trabalhar com a pessoa separando o passado do presente e assisti-lo na identificação do fenômeno dando um novo e mais apropriado significado à relação enfermeiro-cliente. Relativamente ao fenômeno de contratransferência o EEESMP deve ser assistido por outros membros da equipa para identificar os seus sentimentos e comportamentos e reconhecer a ocorrência do fenômeno (Hilz, 2008, como citado em Towsenwd, 2011).

Durante o estágio procurou-se sempre analisar os comportamentos e a relação terapêutica estabelecida através da discussão com os EEESMP dos contextos onde decorreram os estágios, particularmente com os enfermeiros tutores, assim como com a professora orientadora do estágio.

Para o desenvolvimento desta competência foi realizada uma reflexão crítica sobre relação terapêutica: “Dificuldades do processo e tomada de consciência sobre a influência do eu na relação” (Anexo 9), onde se reflete sobre o processo do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa alvo de cuidados de ESMP e as dificuldades que foram sucedendo.

A reflexão é o exame de pensamentos e ações pessoais. O pensamento em Enfermagem defende a necessidade de os enfermeiros serem educados de forma a desenvolver a sua autonomia, pensamento crítico, sensibilidade para com os outros e a sua mente aberta (Chacko & Sreerenjini, 2012).

A reflexão crítica refere-se à capacidade de descobrir novas suposições sobre nós mesmos. O mesmo evento pode ser interpretado de formas diferentes por pessoas diferentes (Chacko & Sreerenjini, 2012).

A discussão entre pares pode levar a uma melhor compreensão de eventos da prática clínica. Tomando como exemplo a abordagem à pessoa com comportamento agressivo, inicialmente foi necessário solicitar a colaboração do EEESMP para convidar a pessoa para a entrevista de Enfermagem pela sensação de insegurança quanto à sua reação ao convite. No entanto verificou-se que os receios eram infundados e a pessoa foi bastante recetiva a participar, sendo que posteriormente não houve a necessidade de intermediário para estabelecer contato. Existiu um preconceito de que ao ter antecedentes de comportamento agressivo, iria exibir esse mesmo comportamento quando confrontado com uma situação potencialmente desconfortável. No entanto, quem estava desconfortável era a estudante.

A reflexão sobre a prática clínica enquanto EEESMP é fundamental no processo de melhoria continua dos cuidados prestados.

2.5.2. Assiste ao longo do ciclo de vida na otimização da saúde mental

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto) o EEESMP:

- Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente;
- Faz uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família;
- Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

A entrevista clínica é uma interação comunicativa entre um profissional de saúde e uma pessoa através da qual o profissional de saúde organiza um processo de observação e de recolha de informações para compreender e caracterizar o problema da pessoa, nomeadamente conhecer e compreender a história de saúde da pessoa (Sequeira, 2020a *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

A comunicação terapêutica é um método de comunicação em que o profissional de saúde responde às necessidades explícitas e implícitas da pessoa. É um processo consciente e deliberado que permite reunir informações sobre o estado da pessoa como um todo e responder a uma abordagem verbal e não verbal que promova o bem-estar, melhore a forma como a pessoa entende os cuidados prestados e permita estabelecer uma relação terapêutica (Williams & Davis, 2005, como citado em Sequeira, 2020b *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

A literacia em saúde é o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade das pessoas para acederem, compreenderem e usarem a informação para a promoção e manutenção da sua saúde (OMS, 1998, como citado em Costa *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020). A literacia em saúde mental preconiza a capacitação da pessoa nas suas tomadas de decisão potenciando-a como sua própria cuidadora obtendo desta forma ganhos em saúde (OMS, 2023, como citado em Chaves *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

Durante o estágio, nos diferentes contextos de Saúde Mental e Psiquiatria procedeu-se à avaliação da pessoa alvo de cuidados de ESMP com recurso à entrevista clínica que implicou o recurso a técnicas de comunicação terapêutica. Utilizando como exemplo um caso do contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica (Anexo 4), verificou-se que os comportamentos (associados aos diagnósticos médicos) influenciavam a relação com a família

e as interações sociais. Ao avaliar a história da pessoa e o contexto em que cresceu, encontraram-se fatores de risco para a ocorrência dos seus diagnósticos de doença psiquiátrica. Identificou-se que este comportamento afetava a sua qualidade de vida e bem-estar. Foi avaliado de que forma a pessoa poderia aprender estratégias para controlar esse comportamento.

No âmbito da promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental foram elaborados alguns materiais de apoio às práticas de ESMP, nomeadamente um folheto para família/cuidadores de pessoas com comportamento agressivo com o intuito de alertar e simultaneamente dar conhecimento sobre estratégias para prevenir e lidar com o comportamento agressivo e reduzir o impacto deste comportamento no seu quotidiano e um folheto para família/cuidadores sobre risco de comportamento agressivo na pessoa com demência e colaboração com as EEESMP tutoras na dinamização de sessões sobre Saúde Mental Positiva.

2.5.3. Ajuda a recuperar a saúde mental

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto) o EEESMP:

- Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade;
- Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental;
- Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade;
- Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados;
- Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em Saúde Mental e Psiquiátrica, 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.

Ao longo do estágio, nos diferentes contextos onde decorreu, procurou-se que as ações de Enfermagem desenvolvidas fossem norteadas pela Teoria das Relações Interpessoais (Peplau, 1990) e pela Teoria das Transições (Meleis *et al.*, 2000).

Peplau identificou seis sub-papéis dentro do papel do enfermeiro: o estranho, o técnico, o

professor, o líder, o substituto e o conselheiro (Peplau, 1990) dando ênfase ao sub-papel do conselheiro na Enfermagem psiquiátrica (Peplau, 1962, como citado em Townsend, 2011).

O EEESMP, enquanto conselheiro, utiliza técnicas interpessoais para ajudar a pessoa a aprender a adaptar-se às transições que ocorrem ao longo do ciclo vital (Peplau, 1990; Meleis, 2000). O aconselhamento na Enfermagem passa por ajudar a pessoa a lembrar e a entender totalmente o que se passa consigo na situação atual para que a experiência possa ser integrada noutras experiências da sua vida (Peplau, 1990).

O uso de técnicas interpessoais facilita o estabelecimento de relação terapêutica ou (Peplau, 1962, como citado em Townsend, 2011). Nesta relação, o enfermeiro e o cliente decidem juntos qual vai ser o objetivo da relação baseados num modelo de resolução de problemas (Townsend, 2011).

O processo de Enfermagem proporciona um método sistemático, rigoroso e eficiente de organização dos processos de pensamento para a tomada de decisão clínica efetiva centrada na resolução de problemas e na prestação de cuidados de Enfermagem individualizados (Ackley & Ladwig, 2014, Silva, 2011, como citados em Gonçalves *et al.*, 2021).

A tomada de decisão para a identificação correta dos diagnósticos e das necessidades de cuidados resulta na prescrição de intervenções adequadas para detetar precocemente potenciais problemas e resolver ou minimizar problemas reais (Doenges & Moorhouse, 2010, Silva., 2011, ICN, 2016 como citado em Gonçalves *et al.*, 2021).

Na abordagem à pessoa com necessidade de cuidados de ESMP o enfermeiro avalia as condições da pessoa para a transição, se é o momento para determinada intervenção de Enfermagem e para o atingimento de um determinado resultado para o problema identificado. Esta avaliação permite definir as intervenções e os resultados esperados ajustados à pessoa naquele momento (Meleis *et al.*, 2000).

Ao longo do estágio foram realizadas intervenções de Enfermagem, no âmbito da ESMP, que derivaram da colheita de dados através da entrevista clínica. Foram estes dados que deram origem aos diagnósticos de Enfermagem identificados e resultados esperados pela implementação das intervenções definidas. Esta avaliação e definição de objetivos decorreu da interação enfermeiro-cliente-tutor, centrando a decisão na pessoa cuidada e na sua condição atual.

Aquando da realização do estudo de caso (Anexo 4), foram colhidos dados que contribuíram para a formulação de diagnósticos de Enfermagem (por exemplo, comportamento agressivo: usa um tom de voz elevado, usa um discurso de domínio sobre os outros, usa um discurso hostil, manifestação de comportamentos destrutivos dirigido a outros). A formulação do diagnóstico levou à identificação dos resultados esperados e conseqüente implementação de intervenções

de Enfermagem. Apesar de a pessoa poder vir a beneficiar de uma intervenção de autocontrolo do seu comportamento, aquele não era o momento adequado para esse tipo de intervenção pois não dispunha das condições para a intervenção.

2.5.4. Presta cuidados psicoterapêuticos de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto) o EEESMP:

- Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.
- Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.
- Promove 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.

A intervenção psicoterapêutica em ESMP consiste na execução informada e intencional de técnicas de diferentes escolas de Psicoterapia de forma dinâmica para dar resposta a um diagnóstico de Enfermagem; é uma intervenção estruturada e limitada no tempo (Sampaio *et al.*, 2017).

A intervenção psicoterapêutica deve assentar numa abordagem integrativa, pode ser realizada uma combinação de diferentes técnicas oriundas de diversas escolas de Psicoterapia que procuram ir de encontro às reais necessidades da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental (Norcross, 2005, como citado em Sampaio *et al.*, 2023).

Nos diferentes contextos de estágio foram identificados diagnósticos de ESMP que confluíram em intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas (modificação do comportamento).

No contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda as intervenções de Enfermagem realizadas com a pessoa tinham como objetivo ajudar a controlar o seu comportamento desajustado de forma a permitir a sua reintegração na comunidade. O regime terapêutico em associação com as intervenções não farmacológicas, nomeadamente as intervenções de Enfermagem dirigidas ao comportamento agressivo, facilitaram a melhoria do

estado de saúde da pessoa permitindo o seu regresso ao domicílio. Com base nos diagnósticos identificados foi planeado, em conjunto com a pessoa, executar uma intervenção psicoeducacional sobre autocontrolo do comportamento agressivo com o objetivo principal de ensinar sobre estratégias que pudessem contribuir para a redução dos comportamentos agressivos manifestados.

No contexto comunitário foi planeada uma intervenção psicoeducacional a familiar cuidador de pessoa com demência, sobre problema comportamental (comportamento agressivo) associado à doença cujo objetivo principal foi ensinar sobre a prevenção e gestão do comportamento agressivo contribuindo simultaneamente para o bem-estar do familiar cuidador.

No contexto de respostas diferenciadas desenvolveu-se uma intervenção de Modificação do Comportamento a pessoa com abuso de substâncias.

Todas as atividades anteriormente descritas foram desenvolvidas visando o atingimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

3. CONTRIBUTOS DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O comportamento agressivo pode surgir em qualquer contexto de Saúde Mental e Psiquiatria, quer seja associado a sintomatologia de determinadas perturbações mentais, quer como resposta a situações ambientais ou relacionais dos contextos de internamento.

A revisão narrativa da literatura permitiu identificar intervenções do EEESMP direcionadas ao comportamento agressivo. No entanto, e pela experiência nos diferentes contextos de saúde mental, verificou-se que estas intervenções não são transversais a todos os contextos.

Em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda as intervenções do âmbito do autocontrolo são de difícil aplicação. Os internamentos são curtos e visam a estabilização da doença. Quando a pessoa apresenta critérios de inclusão para este tipo de intervenção é o momento em que habitualmente tem alta clínica. Neste contexto, as intervenções de ESMP passam por identificar o (risco de) comportamento agressivo e gerir o comportamento através das várias estratégias que travam a escalada da agressividade. Verificou-se possível a realização de intervenção psicoeducacional neste contexto, no entanto, também pelos tempos de previsão da alta, terão de ser planeadas com poucas sessões.

Tendo em conta a literatura consultada, os contextos forenses são locais onde o comportamento agressivo pode ser mais bem trabalhado com recurso a intervenções de autocontrolo e treino de competências sociais. Nestes contextos, habitualmente, a pessoa já não se encontra em fase de descompensação aguda da perturbação mental, pelo que poderá encontrar-se em condições para este tipo de intervenção.

Seria de valorizar a intervenção do EEESMP em contextos comunitários no que concerne ao diagnóstico comportamento agressivo. Nem todas as pessoas com perturbações da personalidade têm questões com a justiça, pelo que não têm indicação para intervenção em contextos forenses. Esta intervenção poderia ser ao nível da intervenção psicoeducacional, assim como relativamente ao treino do autocontrolo.

Não se deve esquecer a pertinência do envolvimento dos familiares. São eles que vivem com as pessoas que manifestam o comportamento agressivo relacionado com perturbação mental e muitas vezes desempenham o papel de cuidadores. A psicoeducação relativamente às causas deste comportamento e como prevenir e minimizar as suas consequências têm grande importância para a adaptação ao problema.

Este projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica subordinado ao tema “Comportamento Agressivo

em Contexto de Saúde Mental e Psiquiatria” chamou a atenção das equipas para a área do comportamento agressivo. Apesar de ser um comportamento que acontece com alguma frequência, especialmente nos contextos de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda, não são muito discutidas as estratégias para prevenir e minimizar as suas consequências, adotando-se com mais frequência intervenções de contenção física e química que podem ter um impacto mais negativo na pessoa e no ambiente de prestação de cuidados. Este projeto permitiu a discussão sobre outras estratégias para abordar e intervir com a pessoa com antecedentes e risco de apresentar comportamento agressivo.

No estágio em contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda, alguns enfermeiros da equipa referiram que a abordagem realizada à pessoa com comportamentos agressivos era diferente daquela que eles frequentemente realizavam. Que apesar de diferente, produzia efeitos positivos traduzindo-se muitas vezes no controlo do comportamento. Partindo desta observação, considera-se que este projeto foi importante no sentido de relembrar que a utilização de estratégias de comunicação diferentes daquelas que já estão automatizadas pela equipa que presta cuidados também produzem resultados positivos.

CONCLUSÃO

O caminho percorrido permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMP. Este processo é contínuo e não finda com o término desta etapa de aprendizagem.

Foi possível integrar diferentes contextos clínicos onde se aplica o processo de Enfermagem com predomínio de diagnósticos de Enfermagem relativos ao EEESMP, permitindo pôr em prática conhecimentos adquiridos durante o curso e motivando a procura de mais conhecimento nessa área.

Este percurso foi sustentado por teorias de Enfermagem, nomeadamente as teorias de Peplau e de Meleis. Através da entrevista clínica, foi estabelecida relação terapêutica com os clientes. Foram colhidos dados e estabelecidos diagnósticos de ESMP, assim como intervenções com vista a resultados em parceria com os clientes de acordo com as condições atuais da pessoa.

Os planos inicialmente delineados, algumas vezes ficaram suspensos, outras tiveram de ser reajustados pelo desenrolar de novos processos de transição ou então não culminaram nos resultados definidos. No contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda a pessoa teve alta clínica antes do término da intervenção, no contexto comunitário o problema da pessoa alterou-se e o diagnóstico de Enfermagem foi reajustado, no contexto de respostas diferenciadas não se obtiveram os resultados previamente delineados. No entanto, tudo isto faz parte do processo de cuidar, os caminhos não são lineares. Cabe ao EEESMP em parceria com os clientes, e sempre que conveniente com uma equipa multidisciplinar, procurar caminhos ajustados a cada pessoa/família/grupo e às suas necessidades.

Identificar os limites profissionais e pessoais, da intervenção e identificar se é o momento adequado para intervir é uma constante da prática clínica do EEESMP.

O comportamento agressivo em contexto de Saúde Mental e Psiquiátrica surge associado a diferentes situações. A comunicação, em qualquer uma dessas situações, tem um papel fundamental na prevenção do comportamento agressivo e na contenção da escalada da agressividade.

Existem diferentes formas e tipos de comportamento agressivo. Muitas vezes é difícil separar o comportamento agressivo secundário a perturbação mental do comportamento agressivo deliberado. O EEESMP deve garantir que todas as pessoas são cuidadas de forma equitativa numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível e sem estigma, numa perspetiva de promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albino, M. J. J., Rosa, A. G. S., & Marques, M. I. D. (2023). Effectiveness of a nursing intervention in preventing violent behaviors among people with psychotic disorders in forensic settings. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI22034>
- Almvik, R., & Woods, P. (2003). Short-term risk prediction: the Brøset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (Wiley-Blackwell)*, 10(2), 236-238. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00563.x>
- Alves, S. P. T. S., Ribeiro, I. M. O. C. & Sequeira, C. A. C. (2022). Follow-up da turma piloto do programa promotor de saúde mental positiva em adolescentes - O brilho da mente. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing / Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 28, 170-183. <https://doi.org/10.19131/rpesm.355>
- Amaral, C. A., Almeida, E., Sousa, L. (2020). Intervenção psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 174-176). Lidel.
- American Psychiatric Association. (2022). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, texto revisto, quinta edição*. Climepsi Editores.
- Barroso, T. (2020). Entrevista motivacional. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 97-101). Lidel.
- Bhowmik, S., Chandra, M., Anand, K., & Dahuja, S. (2023). A single-blind randomized control trial on the effectiveness of adjunct cognitive stimulation therapy on cognitive outcomes in dementia. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 26(3), 225-234. https://doi.org/10.4103/aian.aian_928_22
- Bilgin, H. & Ozaslan, Z. (2018). Psychiatric/mental health nursing nonphysical competencies for managing violence and aggression: De-escalation and defusion. In J.C. Santos, J.R. Cutcliffe (eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century* (pp. 319-333). https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_25
- Borba, L. O., Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Kalinke, L. P., Mantovani, M. F. & Maftum, M. A. (2018). Adaptação e validação da medida de adesão ao tratamento para saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2374-2381. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0796>
- Bourbonnais, A., Goulet, M. H., Landreville, P., Ellefsen, E., Larue, C., Lalonde, M. H., & Gendreau, P. L. (2019). Physically aggressive behaviors in older people living with cognitive disorders: A systematic scoping review protocol. *Systematic Reviews*, 8(1),

164. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1091-8>

Bowes, N. & McMurrin, M. (2013). Cognitions supportive of violence and violent behavior. *Aggression & Violent Behavior*, 18(6), 660-665. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.015>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. & Wagner, C. M. (2020). *Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)*. 7.ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Cabral, J.C.C., Corrêa, M.A., Neves, V.T., Dias, A.C.G., Almeida, R.M.M. (2020). From optimism to aggression: Positive cognitions predict violent behavior in men. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(1), pp. 203-217. [10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6853](https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6853)

Carpenito, L. J. (2013). *Manual de diagnósticos de enfermeros*. (14ª Ed.). Lippincott Williams & Wilkins. <https://pt.scribd.com/document/507857662/Carpenito-Diagnosticos-Enfermeros-14a-Edicion>

Carpenito, L. J. (2018). *Manual de diagnósticos de Enfermagem*. (15ª Ed.). Artmed.

Carvalho, A.C., Parra, R., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Comportamento agressivo. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 147-148). Lidel.

Carvalho, J. C. (2012). Diagnósticos e intervenções de Enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 52-57. https://www.researchgate.net/profile/Jose-Carlos-Carvalho-2/publication/262744932_Diagnosticos_e_Intervencoes_de_Enfermagem_Centradas_no_Processo_Familiar_da_Pessoa_com_Esquizofrenia/links/5649fd7808ae295f644f9d53/Diagnosticos-e-Intervencoes-de-Enfermagem-Centradas-no-Processo-Familiar-da-Pessoa-com-Esquizofrenia.pdf

Carvalho, J.C.M. & Cordeiro, R.A. (2018). Theories of the interpersonal relationships, transitions and humanistic theories: Contribution to frameworks of psychiatric/mental health nursing in Europe. In J.C. Santos, J.R. Cutcliffe (eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century* (pp. 49-58). https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_5

Chacko, B., & Sreeranjini, B. (2012). Reflective practice in nursing. *International Journal of Nursing Education*, 4(2), 43-45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34626459/>

Chaves, C. B., Sequeira, C., Duarte, J., & Gonçalves, A. (2020). Literacia em saúde mental na comunidade. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 57-60). Lidel.

Coccaro, E. F., & McCloskey, M. S. (2019). Aggression: Clinical features and treatment across the diagnostic spectrum: Vol. first edition. *American Psychiatric Association Publishing*.

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTYwMHh3d19fMjA1NDkzOF9fQU41?sid=2110f22c-b422-4d2c-93ca-daddb87cc361@redis&vid=2&format=EB&rid=1>

Coelho, J. C. F., Ribeiro, A. R. M., Sampaio, F. M. C., Sequeira, C. A. C., Fortuño, M. M. L., & Merino, J. R. (2020). Cultural adaptation and psychometric properties assessment of the NOC outcome “cognition” in a sample of portuguese adults with mental illness. *International Journal of Nursing Knowledge*, 31(3), 180-187. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12268>.

Coelho, J., & Sequeira, C. (2020). Escuta ativa. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 177-179). Lidel.

Costa, T. F. O., Sampaio, F., Sequeira, C., & Ribeiro, I. (2020). Primeira ajuda em saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 236-239). Lidel.

Correia, J. C., Waqas, A., Assal, J.-P., Davies, M. J., Somers, F., Golay, A., & Pataky, Z. (2023). Effectiveness of therapeutic patient education interventions for chronic diseases: A systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Frontiers in Medicine*, 9, 996528. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.996528>.

Cunha, O. & Gonçalves, R. A. (2012). Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do questionário de agressividade de Buss-Perry. *Laboratório de Psicologia*, 10(1): 3-17. <https://doi.org/10.14417/lp.620>

Despacho n.º 5613/2015. (2015). Diário da República: II Série, n.º 102. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Despacho n.º 9494/2019. (2019). Diário da República: II Série, n.º 202. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9494-2019-125517180>

Devi, S., & Singh, S. (2023). Relapse in drug addiction: A review. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 14(3), 405-409.

Dickens, G. L., O’Shea, L. E., & Christensen, M. (2020). Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103526. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103526>.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança e sua envolvente*. Lisboa. Direção Geral da Saúde. <https://pt.scribd.com/document/58547227/Orientacao-da-DGS-n-%C2%BA-21-2011-sobre-a-Prevencao-de-Comportamentos-dos-doentes-que-poem-em-causa-a-sua-seguranca-ou-da-sua-envolvente>

Espírito Santo, A. E., Fernandes, L. G. D., Nunes, L. V. P., Almeida, M. G. C. & Parreira, V. M.

- A. S. (2023). *Core de indicadores sensíveis aos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf>.
- Farina, M., Costa, D. B., Oliveira, J. A. W., Lima, M. P., Machado, W. D. L., Moret-Tatay, C., Lopes, R. M. F., Argimon, I. I. D. L. & Irigaray, T. Q. (2020). Cognitive function of brazilian elderly persons: Longitudinal study with non-clinical community sample. *Aging & Mental Health*, 24(11), 1807-1814. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1636203>.
- Finnema E.J., Dassen T., & Halfens R. (1994). Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 19(6), 1088-1095. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01192.x>.
- Franzoi, M. A. H., Lemos, K. C., Jesus, C. A. C., Pinho, D. L. M., Kamada, I. & Reis, P. E. D. (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. (Portuguese). *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10, 3653-3661. <https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617>.
- Freitas, D. & Mendes, R. (2020). Treino de autocontrolo. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 196-198). Lidel.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal cognitive assessment (MoCA): Normative study for the portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>.
- Giarelli, E., Nocera, R., Jobes, M., Boylan, C., Lopez, J. & Knerr, J. (2018). Exploration of aggression/violence among adult patients admitted for short-term, acute-care mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 215-223. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.004>.
- Gonçalves, J., Gerardo, B., Nogueira, J., Afonso, R. M., & Freitas, S. (2023). Montreal cognitive assessment (MoCA): An update normative study for the portuguese population. *Applied Neuropsychology. Adult*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/23279095.2023.2252949>.
- Gonçalves, P. D. B., Sampaio, F. M. C., da Cruz Sequeira, C. A., & Paiva e Silva, M. A. T. da C. (2021). Nursing Process Addressing the Nursing Focus “Hallucination”: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*, 30(4), 392-400. <https://doi.org/10.1177/1054773819877534>
- Guenzel, N., & McChargue, D. (2023). Addiction relapse prevention. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551500/>.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. T. (2021). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-*

I. Definições e classificação 2021-2023. (12ªEd.). Artmed.

Higgins, E. (2019). *The neuroscience of clinical psychiatry: Vol. third edition.* Wolters Kluwer Health.

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTY4MHN3d19fMjExMjI4MV9fQU41?sid=2110f22c-b422-4d2c-93ca-daddb87cc361@redis&vid=4&format=EK&rid=1>

International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser.* <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Janeiro, L., Luís, M. & Faisca, L. (2019). *Guia de aplicação e interpretação da SOCRATES 8D.* <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18810.64963>.

Jones, J. S., Rogers, V. L. & Fitzpatrick, J. J. (2012). *Psychiatric-mental health nursing: An interpersonal approach.* Springer Publishing Company. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTY4MHN3d19fNTAwMjA5X19BTg2?sid=2110f22c-b422-4d2c-93ca-daddb87cc361@redis&vid=6&format=EB&rid=1>

Jun, M. H., Ku, B., Kim K., Lee, K. H. & Kim, J. U. (2024). A screening method for mild cognitive impairment in elderly individuals combining bioimpedance and MMSE. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2024.1307204>.

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). Diário da República: I Série, n.º 181. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>.

Lei n.º 35/2023 da Assembleia da República. (2023). Diário da República: I Série, n.º 141. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>.

Lickiewicz, J., Adamczyk, N., Hughes, P. P., Jagielski, P., Stawarz, B., & Makara, S. M. (2021). Reducing aggression in psychiatric wards using Safewards: A polish study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 50-55. <https://doi.org/10.1111/ppc.12523>.

Lima, C. F. M., Santos, J. L. G., Magalhães, A. L. P., Caldas, C. P., Erdmann, A. L., & Santos, I. (2016). Integrating transitions theory and grounded theory for nursing research and care. (English). *Revista Enfermagem UERJ*, 24(5), 1-5. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.19870>.

Mackay, I., Paterson B. & Cassells, C. (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: Nurses' perceptions of the rules of engagement 12(4), 464-471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00867.x>.

Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J. & McKenna, B. (2018). Risk assessment and subsequent nursing interventions in a forensic mental health inpatient setting: Associations and impact on aggressive behaviour. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 27(5-6), e971-e983. <https://doi.org/10.1111/jocn.14107>.

- Martins, G., Rocha, L. A., Monteiro, D. Q., Barbosa, G. C., Cardoso, A. M., Silva, G. D.O., Junior, H. P., & Gratão, A. C. M. (2023). The burden of caregivers: How the characteristics of the elderly and their caregivers articulate. *Revista Enfermagem UERJ*, 31, 1-8. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.71739>.
- Matos, R., Cruz, A., Ferreira, B., Gonçalves, C., & Correia, D. & Almeida, E. (2021). *Influência do rácio enfermeiro-utente na contenção física em psiquiatria: Revisão sistemática*. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde* 4(4): 111-123. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.137>.
- McKnight, S.E. (2020). *De-escalating violence in healthcare*. Sigma. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTY4MHN3d19fMjI0ODM5OF9fQU41?sid=0983cd66-2a8d-4612-b83f-6773b4c1ebdb@redis&vid=2&format=EB&rid=1>
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith & M. E. Parker, *Nursing theories & nursing practice* (pp. 361-380). F. A. Davis Company. [https://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/Core%20Books/Nursing/Nursing%20Theories%20and%20Practice%20-20Smith,%20Marlaine%20C.%20\[SRG\].pdf](https://mis.kp.ac.rw/admin/admin_panel/kp_lms/files/digital/Core%20Books/Nursing/Nursing%20Theories%20and%20Practice%20-20Smith,%20Marlaine%20C.%20[SRG].pdf)
- Meleis, A. I., Sawyer, L.M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Mendes, A.C. (2020). Investigação em saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 31-37). Lidel.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. & Swanson, E. (2020). *Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC)*. (6ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Morgado, T., Loureiro, L. & Botelho, M. A. (2022). Acceptability and feasibility of the ProLiSMental psychoeducational intervention to promote adolescents' mental health literacy on anxiety in a school context. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(6), 532-542. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1999541>.
- O'Brien, T., Hood, A., King, T. S., & Brinkman, B. (2023). Nurturing a spirit of inquiry: Fundamentals of evidence-based practice in nursing. *Nephrology Nursing Journal*, 50(6), 509-511. <https://doi.org/10.37526/1526-744X.2023.50.6.509>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro*. Lisboa: Ordem

- dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Ontologia de Enfermagem*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: Manual for use in primary care. <https://www.who.int/publications/i/item/the-assist-linked-brief-intervention-for-hazardous-and-harmful-substance-use>.
- Park, E., Park, H., & Kim, E. K. (2020). The effect of a comprehensive mobile application program (CMAP) for family caregivers of home-dwelling patients with dementia: A preliminary research. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(4), 1-13. <https://doi.org/10.1111/jjns.12343>.
- Payne, R. A. (2000). *Técnicas de relaxamento - Um guia prático para profissionais de saúde*. Lusociência.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Salvat Editores, S.A.
- Pinheiro, C. W., Araújo, M. Â. M., Rolim, K. M. C., Oliveira, C. M., & Alencar, A. B. (2019). Teoria das relações interpessoais: Reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enfermagem Em Foco*, 10(3), 64-69. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=6b6e4e8b-cb15-499e-9c4a-3400a616c8ef%40redis>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022. (2022). Diário da República: I Série, n.º. 3. <https://files.dre.pt/1s/2022/01/00300/0000700019.pdf>
- Ribeiro, I., Carvalho, J. C., Samapaio, F., & Sequeira, C. (2020). Comportamento interativo e comportamento alimentar. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 133-135). Lidel.
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S. & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de Enfermagem: Um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14): 89 - 100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman Jr., G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 13(1), 17-25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
- Rodrigues, A., Méndez, L., Castro, P., Silva, R., Teixeira, R., Martins, S., Mota, L. & Ferreira,

- F. (2020). *Contenção mecânica: Percepção dos enfermeiros*. Revista de Investigação & Inovação em Saúde 3(1):31-41. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.70>
- Sampaio, F. M. C. (2011). A psicoeducação e a sobrecarga dos cuidadores informais do idoso com demência: Análise baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 30-6. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6150/1/n5a05.pdf>
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C. & Lopes, S. C. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoapsicoterapeutica_ok.pdf
- Sampaio, F. M. C., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 147-56. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da Enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium*, 49 (jun/dez). Pp. 153-171. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3994>
- Santos, S. S. C., & Nóbrega, M. M. L. da. (1996). Teoria das relações interpessoais em Enfermagem de Peplau: Análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(1). <https://doi.org/10.1590/S0034-71671996000100007>
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Modificação do comportamento. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 193-195). Lidel.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Sequeira, C. (2020a). Entrevista clínica. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 90-94). Lidel.
- Sequeira, C. (2020b). Comunicação terapêutica. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 90-94). Lidel.
- Shakeri, J., Farnia, V., Golshani, S., Rahami, B., Salemi, S., Hookari, S., Alikhani, M., & Abdoli, N. (2021). Mini mental state examination (MMSE) in substance users and non substance users: A comparison study. *Journal of Substance Use*, 26(1), 67-72. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1779360>
- Silva, A. M. B. (2021). *Saúde mental em contexto prisional: Gestão da agressividade impulsiva* (Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43589/1/MESMP_9632_reformulada%20Ana%20Margarida%20Brito%20da%20Silva.pdf

- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychologica*, 41, 193-204.
https://www.researchgate.net/publication/317934187_CONTRIBUTO_PARA_A_ADAPTACAO_DA_HOSPITAL_ANXIETY_AND_DEPRESSION_SCALE_A_POPULACAO_PORTUGUESA_COM_DOENCA_CRONICA
- Silva, M. (2020). Questões éticas em saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 38-41). Lidel.
- Simmons, M. L., Maguire, T., Ogloff, J. R. P., Gabriel, J., & Daffern, M. (2023). Using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) to assess the impact of unit atmosphere on violence risk assessment. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 30(5), 942-951. <https://doi.org/10.1111/jpm.12913>
- Spencer, S., Johnson, P., & Smith, I. C. (2018). De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD012034. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012034.pub2>
- Spigelmyer, P. C., Kalarchian, M., Lutz, C., & Brar, P. (2023). Mindfulness self-compassion: Helping family caregivers cope with cognitive behaviors of dementia. *Journal of Holistic Nursing*, 41(2), 118-129. <https://doi.org/10.1177/08980101221123730>
- Teixeira, D.S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de promoção de saúde mental positiva para adultos (Mentis Plus⁺): Manual de apoio. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
https://issuu.com/spesm/docs/programa_de_promo__o_de_sa_de_mental_manual_mentis
- Thornicroft, G. (2020). People with severe mental illness as the perpetrators and victims of violence: time for a new public health approach. *The Lancet. Public Health*, 5(2), e72-e73. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30002-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30002-5)
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lusociência.
- Valente, G., Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). Modelos teóricos e a Enfermagem de saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em saúde mental diagnósticos e intervenções* (pp. 19-23). Lidel.
- VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology (2nd ed.)*. American Psychological Association. <https://dictionary.apa.org/behavior>
- Xiao, L., Gordon, S., & Ahmad, M. (2023). Experiences of family caregivers of people with

dementia from a muslim migrant background in high-income countries: A systematic review and meta-synthesis. *Aging & Mental Health*, 27(12), 2319-2328. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2222078>

Yu, R., Topiwala, A., Jacoby, R., & Fazel, S. (2019). Aggressive behaviors in Alzheimer disease and mild cognitive impairment: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 290-300. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.10.008>

Zhang, X., Clarke, C. L., & Ding, R. (2021). The experience of bereavement on family caregivers of people with dementia in China. *Dementia* (14713012), 20(7), 2235-2247. <https://doi.org/10.1177/1471301220988237enfer>

ANEXOS

Anexo 1 - Planeamento de Intervenção Psicoeducacional em Contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda (Amaral *et al.*, 2020 *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

Sessão 1			
LOCAL	Gabinete consulta do Serviço de Internamento de Psiquiatria de Adultos		
DATA E HORA	29/09/2023	10:00h	
DURAÇÃO	60 Minutos		
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de diagnóstico de Enfermagem no âmbito do conhecimento (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Motivação para participar na intervenção (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Disponibilidade para participar nas sessões (Amaral <i>et al.</i>, 2020). 		
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de descompensação/ agudização da doença mental (Sampaio, 2011); - Défice cognitivo grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Estado confusional (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Agitação psicomotora (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Sintomatologia heteróloga grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018). 		
ALVO	Sr. M		
ENFERMEIRO	Raquel Bessa; EEESMP		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	"Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocontrolo da agressividade"		
OBJETIVOS	- Melhorar o conhecimento sobre o comportamento agressivo e os fatores que contribuem.		
	CONTEÚDOS	MÉTODOS	DURAÇÃO
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos dos intervenientes; - Comunicação do tema; - Comunicação dos objetivos. 	- Expositivo	5 minutos
FASE INTERMÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Definir o comportamento agressivo e a sua relação com o diagnóstico médico; - Explorar os fatores que podem contribuir para o comportamento agressivo; - Promover a expressão dos conhecimentos prévios, crenças e significados sobre o comportamento agressivo; - Fomentar a expressão de dúvidas e providenciar esclarecimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	45 minutos
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos; - Esclarecimento de questões; - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão; - Informar data, hora e tema da sessão seguinte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	10 minutos

Sessão 2

LOCAL	Gabinete consulta do Serviço de Internamento de Psiquiatria de Adultos		
DATA E HORA	03/10/2023	10:00h	
DURAÇÃO	60 Minutos		
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de diagnóstico de Enfermagem no âmbito do conhecimento (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Motivação para participar na intervenção (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Disponibilidade para participar nas sessões (Amaral <i>et al.</i>, 2020). 		
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de descompensação/ agudização da doença mental (Sampaio, 2011); - Défice cognitivo grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Estado confusional (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Agitação psicomotora (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Sintomatologia heteróloga grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018). 		
ALVO	Sr. M		
ENFERMEIRO	Raquel Bessa; EEESMP		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DE	“Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocontrolo da agressividade”.	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento sobre o comportamento agressivo e os fatores que contribuem; - Melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo. 		
	CONTEÚDOS		MÉTODOS
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos dos intervenientes - Comunicação do tema - Comunicação dos objetivos 		<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo
FASE INTERMÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar gatilhos que desencadeiam o comportamento agressivo; - Explorar estratégias de autocontrolo do comportamento agressivo; - Promover a expressão dos conhecimentos prévios, crenças e significados sobre o comportamento agressivo; - Fomentar a expressão de dúvidas e providenciar esclarecimentos. 		<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos - Esclarecimento de questões - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão - Informar data, hora e tema da sessão seguinte 		<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo
			DURAÇÃO
			5 minutos
			45 minutos
			10 minutos

Sessão 3

LOCAL	Gabinete consulta do Serviço de Internamento de Psiquiatria de Adultos		
DATA E HORA	09/10/2023	10:00h	
DURAÇÃO	60 Minutos		
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de diagnóstico de Enfermagem no âmbito do conhecimento (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Motivação para participar na intervenção (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Disponibilidade para participar nas sessões (Amaral <i>et al.</i>, 2020). 		
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de descompensação/ agudização da doença mental (Sampaio, 2011); - Défice cognitivo grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Estado confusional (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Agitação psicomotora (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Sintomatologia heteróloga grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018). 		
ALVO	Sr. M		
ENFERMEIRO	Raquel Bessa; EEESMP		
	“Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocontrolo da agressividade”		
OBJETIVOS	- Melhorar o conhecimento sobre o comportamento agressivo.		
	CONTEÚDOS		DURAÇÃO
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos dos intervenientes - Comunicação do tema - Comunicação dos objetivos 	- Expositivo	5 minutos
FASE INTERMÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Resumir os conteúdos das sessões anteriores; - Reforçar conhecimentos sobre ideias, crenças e valores ainda negativos ou desajustados; - Avaliar o trabalho desenvolvido e feedback sobre a intervenção; 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	45 minutos
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de questões - Orientar para recursos comunitários/vigilância de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	10 minutos

Anexo 2 - Pedido de autorização para utilização de instrumento de avaliação: Questionário de Agressividade de Buss-Perry

Re: Versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry

Raquel Bessa

seg. 19/06/2023 10:41

Para: Olga Cunha

Bom dia!

Obrigada.

Com os melhores cumprimentos
Raquel Bessa

Obter o [Outlook para Android](#)

From: Olga Cunha

Sent: Monday, June 19, 2023 10:06:30 AM

To: Raquel Bessa

Subject: Re: Versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry

Boa noite Raquel,

Tem autorização para usar o AQ no seu estudo. Segue em anexo o instrumento, o artigo e a cotação.

Qualquer outra questão disponha.

Com os melhores cumprimentos,



Olga Cunha
Prof. Auxiliar • Human Development and
Relationships Lab Coordinator
Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto



(Custo da chamada para rede fixa nacional)

Centro Universitário do Porto
Rua Augusto Rosa, nº24
4000-098 Porto - Portugal
www.ulusofona.pt

Raquel Bessa

escreveu no dia domingo, 18/06/2023 às(s) 23:06:

Boa noite,

O meu nome é Raquel Bessa. Sou aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Neste momento encontro-me a realizar o projeto de estágio no âmbito do referido mestrado. A temática do meu relatório de estágio é referente ao Comportamento Agressivo em Contexto de Saúde Mental e Psiquiatria. Deste modo, e tendo em conta a intenção de utilizar o Questionário de Agressividade de Buss-Perry para

avaliação de comportamento agressivo, venho por este meio solicitar a autorização para utilizar o referido instrumento e a sua disponibilização-

Com os melhores cumprimentos,
Raquel Bessa

Anexo 3 - Questionário de avaliação Intervenção Psicoeducacional em Contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda

Com o intuito de avaliar o seu conhecimento sobre o comportamento agressivo, solicita-se que responda às seguintes questões:

1 - Para si, o que é o comportamento agressivo?

2 - Na sua opinião, os comportamentos agressivos podem estar associados a problemas de saúde?

Sim Não

2.1 - Se sim, identifique a quais problemas de saúde pode estar associado o comportamento agressivo.

3 - Tem conhecimento de que situações que podem contribuir para que a pessoa tenha comportamento agressivo?

4 - Na sua opinião, os comportamentos agressivos podem ser evitados?

Sim Não

4.1 - Se sim, identifique estratégias que diminuam a possibilidade de que a pessoa tenha comportamento agressivo?



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

Estudo de Caso

Contexto de Internamento de Pessoas em

Fase de Descompensação Clínica Aguda

Estudante(s)

Raquel Patrícia Alves do Couto Bessa (10650, e4nursing)

Porto, 2024

ÍNDICE

1. SR. M.	5
1.1. Enquadramento teórico	5
1.2. Clientes	17
1.3. Medicação	18
1.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	18
1.4. Domínios	22
1.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	22
1.5. Conceção de Cuidados	28
1.6. Especificação das intervenções	41
1.7. Síntese relativa ao caso	47

1. SR. M.

Utente internado no Serviço de Psiquiatria de Adultos, de forma involuntária, após episódio de agitação psicomotora, com heteroagressividade dirigida a pessoas e objetos, em contexto de um surto psicótico com atividade delirante.

1.1. Enquadramento teórico

Perturbação psicótica (primária vs. tóxica) /Esquizofrenia SOE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza a esquizofrenia e outras perturbações psicóticas primárias por deficiências significativas nos testes de realidade e alterações no comportamento que se manifestam por sintomas positivos (delírios e alucinações), pensamento desorganizado (tipicamente manifestado como discurso desorganizado), comportamento grosseiramente desorganizado e experiências de passividade e controlo, e sintomas negativos (afeto embotado ou plano e avolição) e perturbações psicomotoras (OMS, 2022).

Os sintomas ocorrem com frequência e intensidade suficientes para se desviarem das normas culturais ou subculturais esperadas. Esses sintomas não surgem como uma característica de outra perturbação mental e comportamental (por exemplo, perturbação do humor, delírium ou perturbação devido ao uso de substâncias). As categorias deste grupo não devem ser usadas para classificar a expressão de ideias, crenças ou comportamentos que são culturalmente sancionados (OMS, 2022).

A American Psychiatric Association (APA) define que a esquizofrenia dura pelo menos 6 meses e inclui pelo menos 1 mês de sintomas de fase ativa. Durante a fase ativa devem estar presentes pelo menos dois dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatónico e sintomas negativos. Pelo menos um dos sintomas deverá ser delírios, alucinações ou discurso desorganizado (APA, 2022).

A esquizofrenia envolve défices em uma ou mais áreas principais do funcionamento como o trabalho, as relações interpessoais ou o autocuidado. Se a perturbação tem início na infância ou adolescência o nível expectável de funcionamento não é atingido, se ocorre na idade adulta verifica-se um funcionamento abaixo do nível previamente atingido (APA, 2022).

Pessoas com esquizofrenia podem apresentar afetos inapropriados (riso na ausência de um estímulo apropriado), humor disfórico (depressão, ansiedade ou raiva), padrão de sono alterado

e falta de interesse em comer ou recusa alimentar (APA, 2022).

Os défices cognitivos são comuns nesta perturbação e podem incluir diminuição da memória declarativa, memória de trabalho, funções da linguagem e outras funções executivas assim como lentificação da velocidade de processamento (APA, 2022).

A hostilidade e a agressividade podem estar associadas a esquizofrenia, mas as agressões espontâneas ou aleatórias são incomuns. A grande maioria das pessoas com esquizofrenia não são agressivas. A agressividade é mais frequente em jovens do sexo masculino e em pessoas com história de violência, quando não existe adesão ao tratamento, quando existe abuso de substâncias e impulsividade (APA, 2022).

Pensa-se que a esquizofrenia resulte de uma combinação de variáveis de predisposição genética, disfunção bioquímica, fatores psicológicos e stress psicossocial. Atualmente não existe cura para esta perturbação; o seu tratamento requer um esforço multidisciplinar abrangente que inclui o tratamento farmacológico e diversos tipos de cuidado psicossocial como capacidades de vida e treino de competências sociais, reabilitação e terapia familiar (Townsend, 2011).

A estação do ano de nascimento, o isolamento social, a adversidade social e fatores socioeconómicos têm sido relacionados com a incidência desta perturbação (APA, 2022).

As características psicóticas da esquizofrenia surgem tipicamente entre o final da adolescência e o meio da quarta década de vida, sendo raro o início antes da adolescência. Nos homens o início é mais comum entre o início e o meio da terceira década de vida e nas mulheres é no final. O início pode ser abrupto ou insidioso, mas habitualmente o seu desenvolvimento é lento e gradual, ocorrendo uma variedade de sinais e sintomas como isolamento social e alterações emocionais e cognitivas que determinam a deterioração do funcionamento anterior (APA, 2022).

A esquizofrenia desenvolve-se gradualmente ao longo do tempo, podendo identificar-se quatro fases da doença (Townsend, 2011):

- Fase pré-mórbida (período de funcionamento normal; história familiar psiquiátrica, complicações perinatais e obstétricas, défices neuro-comportamentais; tímido e isolado, fracas relações com pares, maus resultados escolares ou comportamento anti-social);
- Fase prodromal (aparecimento de sinais e sintomas que precedem as características da doença aguda que podem durar desde semanas ou meses, mas mais frequentemente entre dois e cinco anos; podem surgir sintomas não específicos como perturbação do sono, ansiedade, irritabilidade, humor deprimido, fraca concentração, fadiga e défices comportamentais como deterioração do funcionamento e isolamento);
- Esquizofrenia (fase ativa da doença com presença de dois ou mais sintomas característicos: delírios, alucinações, linguagem desorganizada, comportamento catatónico,

sintomas negativos; disfunção social/ocupacional; duração de pelo menos seis meses que deve incluir no mínimo um mês de sintomas característicos ou menos, se tratados com sucesso; devem ser excluídos perturbações esquizoafetivas e do humor, assim como uso de substâncias/ outras situações médicas e perturbações globais do desenvolvimento);

- Fase residual (período de remissão, os sintomas da fase aguda estão ausentes ou já não são proeminentes).

Os fatores predisponentes para a doença incluem história familiar de esquizofrenia, possíveis alterações bioquímicas (dopamina), possíveis defeitos de nascença, exposição pré-natal a infecção viral (influenza), exposição a acontecimentos stressantes, entre outros (Townsend, 2011).

O tratamento da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas pode passar por tratamentos psicológicos (psicoterapia individual, terapia de grupo, terapia comportamental e treino de competências sociais), tratamento social (milieu therapy/terapia de grupo, terapia familiar e tratamento comunitário assertivo) e tratamento orgânico (psicofarmacologia). Sendo que o tratamento mais eficaz parece ser uma combinação dos medicamentos psicotrópicos e terapia psicossocial (Townsend, 2011).

O enfermeiro deve ter conhecimento dos comportamentos comuns à perturbação para fazer uma avaliação adequada do cliente. Deve estar atento à manifestação de sintomas negativos e/ou positivos, nomeadamente ao conteúdo e forma do pensamento, perceção, entre outros (Townsend, 2011).

Alguns dos diagnósticos de enfermagem NANDA que podem ser identificados nestes clientes são (Townsend, 2011):

- Processos do pensamento perturbados;
- Perceção sensorial perturbada;
- Isolamento social;
- Risco de violência: dirigida a si mesmo e a outros;
- Comunicação verbal prejudicada;
- Défice no autocuidado;
- Coping familiar incapacitado;
- Manutenção ineficaz de saúde;
- Manutenção da casa prejudicada.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2019) podemos encontrar

diagnósticos de enfermagem semelhantes:

- Processo de pensamento distorcido;
- Percepção alterada;
- Isolamento social;
- Comportamento autodestrutivo e Comportamento agressivo;
- Comunicação verbal comprometida;
- Défice no autocuidado;
- Coping familiar comprometido;
- Manutenção da saúde comprometida;
- Arranjo da casa comprometido.

Alguns dos critérios de resultado que os enfermeiros podem utilizar para medir os resultados no cuidado aos clientes com esquizofrenia são (Townsend, 2011):

- Demonstra capacidade de relacionar-se satisfatoriamente com os outros;
- Reconhece distorções da realidade;
- Não causou danos a si mesmo ou aos outros;
- Percebe o self de modo realista;
- Demonstra capacidade de perceber corretamente o ambiente;
- Mantém a ansiedade a um nível controlável;
- Renuncia à necessidade de delírios e alucinações;
- Demonstra capacidade de confiar nos outros;
- Usa uma comunicação verbal apropriada nas interações com os outros;
- Executa independentemente as atividades de autocuidado.

Perturbação da Personalidade Antissocial

De acordo com a OMS (2022) a Perturbação da Personalidade Antissocial (Dissociality in personality disorder or personality difficulty) tem como característica, traços de personalidade pautados pelo desrespeito dos direitos e sentimentos dos outros, abrangendo tanto o egocentrismo quanto a falta de empatia. As manifestações comuns, não estando todas necessariamente presentes num determinado indivíduo num determinado momento, incluem: egocentrismo (como por exemplo, senso de direito, expectativa de admiração dos outros,

comportamentos positivos ou negativos de procura de atenção, preocupação com as próprias necessidades, desejos e conforto e não com os dos outros) e falta de empatia (ou seja, indiferença para saber se as suas ações prejudicam os outros, nomeadamente ser enganoso, manipulador e explorador dos outros, ser maldoso e fisicamente agressivo, insensibilidade em resposta ao sofrimento dos outros e crueldade na obtenção dos seus objetivos) (OMS, 2022).

A característica essencial da perturbação da personalidade antissocial é um padrão difuso de indiferença e violação dos direitos dos outros, o qual surge na infância ou no início da adolescência e continua na vida adulta. Este padrão também já foi referido como psicopatia, sociopatia ou perturbação dissocial da personalidade (APA, 2022).

A American Psychiatric Association (APA, 2022), define os seguintes critérios de diagnóstico:

A. Um padrão persistente de desrespeito e violação dos direitos dos outros, ocorrendo desde os 15 anos de idade, como indicado por três (ou mais) dos seguintes:

1. incapacidade para se conformar a normas sociais, no que diz respeito a comportamentos legais, como é demonstrado pelos atos repetidos que são motivo de detenção.;
2. comportamento fraudulento, como é demonstrado pelo recurso frequente a mentiras e alibis, falsas identificações, ou "vigarices" para obter lucro ou prazer;
3. impulsividade ou incapacidade para planear antecipadamente;
4. irritabilidade e agressividade, manifestada por conflito e lutas ou agressões físicas repetidas;
5. descuido e irresponsabilidade no que diz respeito à sua segurança e à dos outros;
6. irresponsabilidade permanente, como é demonstrado pela incapacidade repetida para manter um emprego regular, ou honrar obrigações financeiras;
7. ausência de remorso, como é demonstrado pela racionalização e indiferença com que reage após ter magoado, maltratado ou roubado alguém.

B. O indivíduo tem pelo menos 18 anos.

C. Há evidência de perturbação do comportamento com início anterior aos 15 anos.

D. A ocorrência de comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar.

As pessoas com esta perturbação da personalidade têm dificuldade em manter um emprego de forma consistente e desenvolver relacionamentos estáveis. Parecem frias e insensíveis, tendem a ser argumentativas e cruéis. Têm tendência a desconfiar das boas intenções das outras pessoas (Townsend, 2011).

Tendencialmente, têm baixa tolerância à frustração sendo incapazes de adiar a gratificação; aborrecem-se facilmente e buscam emoções sem pensar nos riscos. Perante situações que lhes são favoráveis ou que vão de acordo com os seus interesses podem apresentar-se animadas e de trato fácil, no entanto se expostas a situações incomodas mudam rapidamente para uma postura de hostilidade (Townsend, 2011).

Estas pessoas vêem-se a si mesmas como vítimas, utilizando a projeção como defesa primária do ego e não aceitam a responsabilidade pelas consequências do seu comportamento (Townsend, 2011). Podem ter uma autoestima aumentada e arrogante e serem intensamente opinativos, convencidos e pretensiosos, assim como demonstrar um encanto superficial e aligeirado, serem volúveis e ter uma oralidade fácil (APA, 2022).

Foram identificados fatores predisponentes para a perturbação da personalidade antissocial relacionados com influências biológicas e a dinâmica familiar (Townsend, 2011), nomeadamente:

- Filhos de pais com comportamento antissocial (mesmo quando separados dos pais biológicos à nascença e criados por pessoas sem a perturbação);
- Crianças que apresentaram “birras” desde a infância e não se deixam intimidar pela punição (ao longo do crescimento podem ter uma atitude de bullying para com as outras crianças);
- Privação parental durante os primeiros cinco anos de vida;
- Separação devido a delinquência parental;
- Maus-tratos físicos graves durante a infância (modelo de comportamento e/ou lesões do sistema nervoso central da criança).

A literatura refere que ausência de disciplina parental, pobreza extrema, afastamento do lar, crescer sem figuras parentais de ambos os sexos, métodos de disciplina irregulares e inconsistentes, não sofrer consequências do seu próprio comportamento desadequado e privação maternal podem influenciar a predisposição para a perturbação da personalidade antissocial (Hill, 2003; Skodol e Gunderson, 2007, cit. por Townsend, 2011).

A prevalência mais elevada desta perturbação verifica-se em homens com perturbações de uso de álcool mais graves e em clínicas de abuso de substâncias, prisões e outros contextos forenses (APA, 2022).

O tratamento das pessoas com perturbações da personalidade é difícil ou impossível, dado serem aprendidas muito cedo na vida e que talvez possam ser genéticas. A seleção da intervenção baseia-se na área de maior disfunção da pessoa (cognição, afeto, comportamento ou relações interpessoais). No caso da perturbação da personalidade antissocial é sugerido terapia de grupo/milieu therapy, terapia cognitiva/comportamental e psicofármacos (Townsend,

2011).

O enfermeiro deve ter conhecimento dos comportamentos comuns à perturbação para fazer uma avaliação adequada do cliente.

Alguns dos diagnósticos de enfermagem NANDA que podem ser identificados nestes clientes são (Townsend, 2011):

- Risco de violência dirigida a outros;
- Coping defensivo;
- Baixa autoestima crónica;
- Interação social prejudicada;
- Manutenção de saúde ineficaz.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2019) podemos encontrar diagnósticos de enfermagem semelhantes:

- Comportamento Agressivo;
- Dificuldade de coping;
- Baixa autoestima;
- Isolamento social;
- Manutenção da saúde comprometida.

Alguns dos critérios de resultado que os enfermeiros podem utilizar para medir os resultados no cuidado aos clientes com esquizofrenia são (Townsend, 2011):

- Discute sentimentos de raiva com a equipa e nas sessões em grupo;
- Não se feriu a si próprio ou a outros;
- Consegue redirecionar a hostilidade para comportamentos socialmente aceites;
- Segue as regras e regulamentos do ambiente terapêutico;
- Consegue verbalizar quais dos seus comportamentos não são aceitáveis;
- Mostra respeito pelos direitos dos outros, pelo adiar da gratificação dos próprios desejos quando apropriado;
- Não manipula os outros, numa tentativa de aumentar os sentimentos de valor próprio;
- Verbaliza entender o conhecimento necessário para manter as necessidades básicas de saúde.

Intervenção Psicoeducacional

A Intervenção Psicoeducacional é uma forma específica de educação (Amaral et al. in Sequeira & Sampaio, 2020). “É uma intervenção de Enfermagem que compreende intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas para informar o doente e seus familiares acerca da doença e do seu tratamento, facilitando a compreensão e a gestão responsável da doença, e dando suporte a todos aqueles que se veem obrigados a lidar com a doença” (Sampaio, 2011, cit. por Amaral et al. in Sequeira & Sampaio, 2020).

Os objetivos da Intervenção Psicoeducacional passam por alterar os significados dos factos sobre perturbações mentais e capacitar as pessoas para a compreensão dos diagnósticos de Enfermagem do âmbito do “Conhecimento”, visando a aprendizagem sobre estratégias para lidar com a doença e os seus efeitos (Amaral et al. in Sequeira & Sampaio, 2020).

A Intervenção Psicoeducacional é estruturada, pode ter de três a seis sessões (uma a duas sessões por semana) com a duração de 45 a 90 minutos. As sessões podem ser individuais ou em grupo. Pressupõe três momentos de avaliação: inicial, final e follow-up (Amaral et al. in Sequeira & Sampaio, 2020). Tendo em conta os períodos do estágio não será possível realizar a avaliação de follow-up.

São contraindicações para esta intervenção perturbações massivas do pensamento formal, humor eufórico, alucinações auditivas de comando e ideação suicida aguda (Sampaio, 2011). Também devem ter sido em conta, como critérios de exclusão presença de estado confusional, agitação psicomotora, défice cognitivo grave e sintomatologia heteróloga grave. O utente apresenta um papel ativo e tem, necessariamente, alguma consciência de si (Sampaio et al, 2018).

A avaliação da cognição pode ser realizada através do resultado NOC “Cognição”, validados para a população portuguesa (Coelho, et al, 2019). Este instrumento deriva de uma classificação de Enfermagem e permite avaliar a cognição da pessoa nos seus diferentes domínios. De acordo com este instrumento é considerado défice cognitivo uma pontuação total inferior a 40 em pessoas entre 1 e 11 anos de escolaridade ou pontuação total inferior a 57 em pessoas com mais de 11 anos de escolaridade. Este instrumento não está validado para pessoas sem escolaridade, devendo nestes casos utilizar-se o Mini Mental State Examination.

Entrevista Clínica de Enfermagem

História biopsicossocial:

Sr. M, do sexo masculino, cerca de 30 anos de idade. Encontra-se desempregado e refere usufruir de Atestado Médico de Incapacidade Multiuso. Refere ter o 12º ano de escolaridade (curso profissional). Solteiro, sem relação significativa com outra pessoa. Refere ter uma filha,

fruto de um relacionamento ocasional, com a qual não mantém contato. Vive com a mãe septuagenária. Faz referências à religião católica.

História de doença atual:

Foi admitido, a 13/09 no serviço de psiquiatria, em regime involuntário, após ter provocado distúrbios e danos materiais na sua área de residência, inclusive na urgência do hospital no qual terá sido inicialmente assistido e onde terá agredido, com um pontapé, um profissional de saúde. Foi diagnosticada agitação psicomotora, com heteroagressividade dirigida a pessoas e objetos. Aquando da entrevista clínica, 21/09, referia que teria ido ao hospital da área de residência por iniciativa própria, que “queria ajudá-los” (sic), “havia um bicho nas paredes, tipo uma carraça” (sic); concomitantemente referia ter ido ao hospital porque se sentiu mal.

História de doença mental:

Aquando da entrevista clínica, o cliente não fez referência à evolução da agudização da doença mental atual. Foi possível verificar, no processo clínico que, a mãe relatou desorganização comportamental, desconfiança, alterações com os vizinhos, recusa alimentar parcial, com comportamentos erráticos e várias idas ao hospital da área de residência, onde se teria comportado de forma agressiva (registo de seis episódios de urgência entre 29/06 e 13/09 inclusive).

História psiquiátrica:

O cliente tem diagnóstico médico de Perturbação psicótica (primária vs. tóxica) /Esquizofrenia SOE e Perturbação da Personalidade Antissocial.

Seguido de forma irregular em consulta externa de psiquiatria no hospital da área de residência.

Não foi possível apurar a história da doença através da entrevista clínica; o cliente não atribui o estado de saúde atual a patologia psiquiátrica, e quando questionado sobre antecedentes de problemas de saúde não referiu qualquer tipo de antecedentes.

Através da consulta do processo clínico, foi possível encontrar referências a um primeiro surto psicótico induzido por substância psicoativa (canábis) em 2016. Posteriormente, ainda no mesmo ano, terá tido novo surto psicótico sem associação de substância. Em 2018 terá tido mais dois internamentos, o primeiro por “alterações de comportamento com heteroagressividade e atividade delirante” e o segundo por “por alterações de comportamento com heteroagressividade”. Em 2022 teve novo internamento involuntário devido a “quadro psicótico com ideação paranoide mal estruturada”.

Existe referência a que, desde os 7 anos de idade apresenta comportamentos desviantes na escola (violência, absentismo, terá assaltado o ginásio), assim como condução sob o efeito de álcool e sem habilitação legal para conduzir.

Tem prescrita medicação no domicílio: paliperidona 6 mg (1+0+0+0), lorazepam 2,5 mg (1+1+0+1), ciamemazina 100 mg (0+0+0+1) e escitalopram 10 mg (1+0+0+0), que não cumpre.

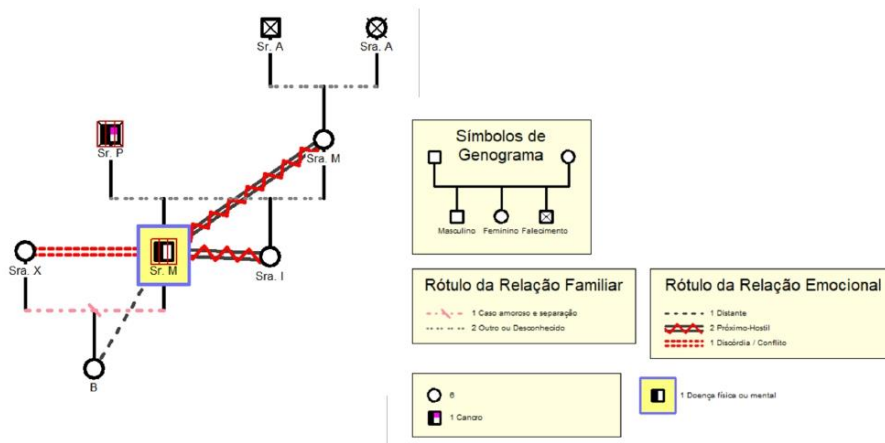
História clínica não psiquiátrica:

Não refere alergias conhecidas, nem restrições alimentares. Não refere outros antecedentes médicos.

Durante a entrevista clínica não foi possível identificar história de doença psiquiátrica familiar. Através da consulta do processo clínico, verificou-se a referência a que o pai teria Perturbação Afetiva Bipolar e que faleceu com neoplasia intestinal.

Não faz referência a outros antecedentes de doença na família.

Genograma:



História Social:

Durante a entrevista clínica o cliente foi muito vago quando questionado relativamente às suas relações sociais.

Refere que está atualmente desempregado e não está em procura ativa de emprego (Atestado Médico de Incapacidade Multiuso).

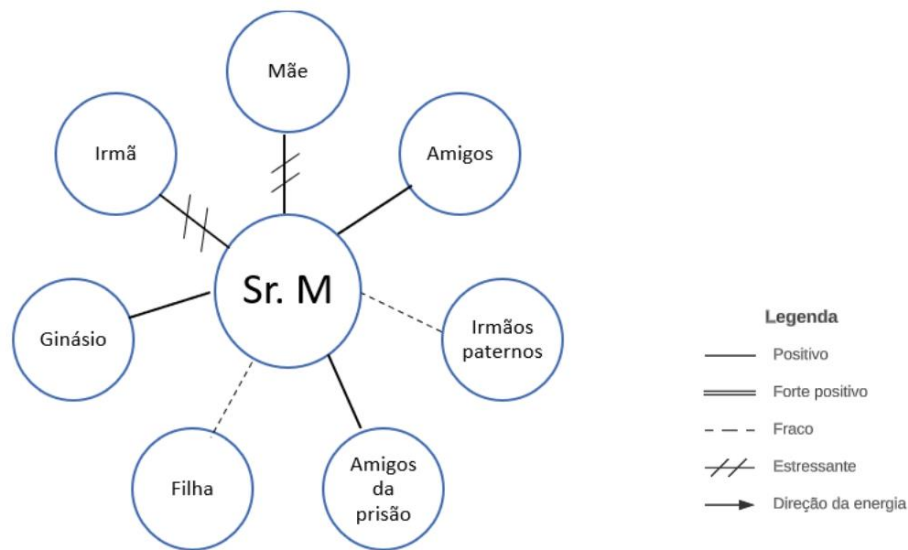
Refere que costuma frequentar o ginásio regularmente. Quando questionado sobre os amigos, diz ter um grupo de cerca de 5-8 amigos próximos, mas não colaborou quando se tentou explorar, divagando no assunto.

Relativamente a relações familiares, vive com a mãe com quem tem relação próxima, mas aparentemente conflituosa. A irmã reside fora do concelho do agregado familiar, aparenta ter o mesmo tipo de relação com irmã como tem com a mãe, com a diferença de residirem em sítios diferentes. Relata que tem mais irmãos da parte do pai, aparentemente 10 (muito vago a falar desses irmãos), com quem fala esporadicamente. Durante a entrevista fala várias vezes na avó que vivia no agregado e que faleceu à cerca de dois anos.

Fala de uma filha, fruto de um relacionamento ocasional. Soube da sua existência porque recebeu convocatória para fazer teste de paternidade. Diz que tem 6 anos, que apenas esteve com ela quando era muito pequena e relata que a mãe da criança não o visitou com a filha enquanto esteve detido. Por vezes verbaliza querer estar com ela, outras vezes não valoriza o assunto. Relata que não mantém contato com a mãe da filha, diz que ela arranjou outro para ocupar o seu lugar de pai (cit.).

Faz referência a alguns amigos da prisão. Inclusive fala do envio de dinheiro para um amigo que está detido.

Ecomapa:



História Ocupacional:

Refere ter trabalhado na área da restauração, inclusive esteve a trabalhar no sul do país. Aparentemente, através do discurso, os seus trabalhos tinham vínculos precários e não estaria mais do que meses no mesmo emprego. Refere ainda ter sido despedido, porque “ele” foi fazer

queixa de mim (não especifica a situação).

Exame físico:

- Pressão sanguínea: 116/78 mmHg
- Frequência cardíaca: 91 bpm
- Temperatura corporal: 36,1°C
- Saturação de oxigénio: 99%
- Dor (score da escala numérica da dor): 0
- Estado nutricional: não foram avaliados peso e altura. Aparentemente sem alterações significativas do estado nutricional.
- Pele e mucosas: integras e hidratadas, sem outras alterações
- Deglutição: não alterada

Hábitos de vida:

Não apresenta dificuldades nos autocuidados. Alimenta-se da totalidade da refeição em todas as refeições servidas (refere que no internamento come como um rei). Não refere restrições alimentares, nem alergias.

Participa nas atividades do internamento que lhe estão autorizadas. No domicílio, refere que frequenta o ginásio regularmente, está com os amigos esporadicamente e passa muito tempo em casa no quarto a ver filmes e séries.

Manifesta alguma hostilidade em várias situações no contexto de internamento (quando quer ver as suas vontades concedidas, especialmente relativamente ao tabaco e querer alta clínica). No domicílio, pelo discurso e pela descrição também se denota hostilidade nas relações.

Não refere queixas relativamente ao padrão de sono (está internado à cerca de uma semana, aparentemente a cumprir o regime medicamentoso).

Sem queixas relativamente ao padrão de eliminação.

Atualmente tem hábitos tabágicos, cerca de 20 cigarros dia no internamento. Diz ter começado a fumar aos 13 anos.

Consome álcool esporadicamente e bebe café 1 a 2 vezes por dia.

Refere que já foi consumidor de haxixe, tendo iniciado aos 22 anos; refere ter deixado de fumar na prisão. Nega outros consumos de substâncias psicoativas ilegais. Faz referência a toma de benzodiazepinas quando está mais nervoso (possivelmente acima da dose diária recomendada pelo médico).

Exame mental:

- Contato: fácil
- Comportamento: adequado, mas por vezes impulsivo
- Humor: aparentemente eufímico
- Pensamento/comportamento autolesivo: sem ideação suicida e sem referência a comportamentos autolesivos
- Ansiedade: não foi aplicada escala para avaliação da ansiedade. Utente refere alguma ansiedade relativamente ao fato de estar a ficar sem tabaco e a mãe só o visitar daí a dias; refere que não percebe porque está internado, que quer ter alta; refere que é melhor estar na prisão do que estar no internamento, que na prisão tem mais atividades e é mais fácil ter tabaco.
- Fobias: não relata
- Autoconceito: aparentemente sem alterações negativas na autoestima e na imagem corporal (quando abordado assunto da atividade física relata “como acha que mantenho este corpo”)
- Orientação: orientado em todas as dimensões
- Memória: sem alterações na memória
- Pensamento: alterado; presença de conteúdo delirante (“havia alguém que lhes queria fazer mal”; “havia pessoas que passavam lá a conduzir à frente como bandidos”; “queria matar o bicho, era uma carraça com duas patas maiores e esguichava tzzz...tzzz”; “ligou à minha mãe a pedir para transferir 2000 euros”; “entrei no bar e ele estava a olhar para mim”); quanto ao curso, taquipsiquismo (dificuldade orientar as respostas do utente para as perguntas realizadas referia “oiça...” e continuava a falar do mesmo assunto); quanto à forma, fuga de ideias (estava a contar uma situação passada com a irmã, mas mudou de assunto para uma situação que refere ter-se passado no estabelecimento prisional); quanto ao raciocínio, pensamento obsessivo (derivava frequentemente a conversa para o período em que esteve detido)
- Perceção: aparentemente sem alucinações

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 34 anos | Masculino

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-09-18 08:00:00	Ciamemazina 100 mg (22:00h)	
2023-09-18 08:00:00	Cianocobalamina 1 mg (09:00h)	
2023-09-18 08:00:00	Lorazepam 2,5 mg (09:00h; 13:00h; 19:00h; 22:00h)	2023-09-30 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Nicotina 21 mg/24h (10:00h)	
2023-09-18 08:00:00	Quetiapina 25 mg (09:00h; 13:00h; 19:00h; 22:00h)	
2023-09-18 08:00:00	Quetiapina LP 200 mg (09:00h; 16:00h)	2023-09-30 08:00:00
2023-09-18 08:00:00	Risperidona 3 mg (09:00h; 19:00h)	
2023-09-18 08:00:00	Clorpromazina 25 mg/5 ml (SOS se agitação se falência de resposta aos restantes fármacos)	
2023-09-18 08:00:00	Diazepam 10 mg/2 ml (SOS se agitação grave, juntamente com Haloperidol 5 mg/ml)	
2023-09-18 08:00:00	Haloperidol 5 mg/ml (SOS se agitação grave, máximo diário 10 mg)	
2023-09-18 08:00:00	Lorazepam 2,5 mg (SOS se agitação ou insónia)	
2023-09-29 08:00:00	Risperidona 100 mg/0.490 ml (IM mensal)	
2023-09-30 08:00:00	Lorazepam 2,5 mg (09:00h; 15:00h; 22:00h)	
2023-09-30 08:00:00	Acido Valproico LP 500 mg (09:00h; 19:00h)	
2023-09-30 08:00:00	Quetiapina LP 400 mg (09:00h; 13:00h; 19:00h)	
2023-09-30 08:00:00	Biperideno 5 mg/1 ml (SOS se sintomas extrapiramidais)	

1.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A medicação prescrita durante o internamento do cliente visou o controlo de sintomas e estabilização da doença, nomeadamente:

- Antipsicóticos típicos: Ciamemazina 100 mg, Clorpromazina 25 mg/5 ml e Haloperidol 5 mg/ml;

- Antipsicóticos atípicos: Quetiapina 25 mg, Quetiapina LP 200 mg, Quetiapina LP 400 mg, Risperidona 3 mg e Risperidona 100 mg/0.490 ml;
- Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos: Diazepam 10 mg/2 ml e Lorazepam 2,5 mg;
- Antiepilépticos e anticonvulsivantes: Ácido Valpróico LP 500 mg;
- Anticolinérgicos: Biperideno 5 mg/1 ml;
- Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas: Cianocobalamina 1 mg;
- Medicamentos para tratamento da dependência de drogas: Nicotina 21 mg/24h.

Os fármacos antipsicóticos típicos atuam através do bloqueio dos receptores pós-sinápticos de dopamina nos gânglios basais, hipotálamo, sistema límbico, tronco cerebral e medula. Demonstram uma afinidade para os receptores colinérgicos, alfa 1-adrenérgicos e histamínicos. O bloqueio dos receptores da dopamina parece ser o responsável pelo controlo dos sintomas positivos da esquizofrenia. Os efeitos secundários destes medicamentos podem incluir efeitos anticolinérgicos/extrapiramidais (boca seca, visão nublada, obstipação, retenção urinária, taquicardia), tonturas, hipotensão, hipotensão ortostática, tremores, taquicardia reflexa, aumento de peso e sedação. Podem surgir efeitos secundários mais graves como discinesia tardia e o síndrome maligno dos neurolépticos sendo esta síndrome potencialmente fatal traduzindo-se por rigidez muscular, febre, alteração do estado de consciência e instabilidade autónoma (Townsend, 2011).

Os fármacos antipsicóticos atípicos apresentam efeitos secundários mais leves, com exceção da clozapina (agranulocitose). O bloqueio de dopamina pelos antipsicóticos atípicos ocorre mais facilmente na via mesolímbica que na via nigroestriada, diminuindo os sintomas positivos sem induzir os sintomas extrapiramidais. Estes antipsicóticos estão também associados ao bloqueio do recetor 5-HT_{2A} tendo também ação na diminuição dos sintomas negativos. Os efeitos secundários destes fármacos incluem aumento de peso, hiperglicemia, diabetes e aumento do risco cardiovascular (Townsend, 2011).

Os fármacos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos podem ser prescritos quando o cliente estiver a sentir-se ansioso. Os principais riscos destes fármacos são a dependência física e tolerância que podem levar ao abuso. Os sintomas de abstinência podem causar risco de vida, sendo que os clientes devem ser avisados de que não devem parar a medicação abruptamente e sem aconselhamento médico (Townsend, 2011).

Os fármacos antiepilépticos e anticonvulsivantes podem ter um efeito positivo como tratamento adjuvante dos antipsicóticos no tratamento da esquizofrenia. Também se verificou a sua eficácia no tratamento da agressividade e da impulsividade (Huband et al, 2010 e Wang et al, 2016).

Os fármacos anticolinérgicos ajudam a reduzir a gravidade e proporcionar o alívio dos efeitos extrapiramidais associadas ao uso dos fármacos antipsicóticos. Os antagonistas da dopamina

interferem com a função moduladora da dopamina na parte nigroestriada do cérebro responsável pelo movimento. Isto leva à redução da dopamina e ao aumento da neurotransmissão da acetilcolina (Mwebe, 2021).

Os medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas, nomeadamente a cianocobalamina (vitamina B12), pode ter um papel importante na melhoria dos sintomas psicóticos em clientes com esquizofrenia. O aumento dos níveis de homocisteína e deficiências de vitamina B12 e folatos são considerados fatores de risco para muitas doenças, como problemas de desenvolvimento neurológico, doenças cardíacas, esquizofrenia, acidente vascular cerebral, perturbações do humor e fragilidade cognitiva (Kapici & Almis, 2022).

Os medicamentos para tratamento da dependência de drogas, nomeadamente a nicotina, é utilizada para o alívio dos sintomas de privação da nicotina.

Indicações terapêuticas dos fármacos prescritos e principais efeitos secundários:

Haloperidol 5 mg/ml: controlo rápido da agitação psicomotora aguda grave associada a doença psicótica ou episódios maníacos de perturbação bipolar I quando a terapêutica oral não é adequada. Tratamento agudo do delírio quando os tratamentos não farmacológicos falharam. Os efeitos laterais mais comuns são reações extrapiramidais, secura ocular, visão turva, obstipação e secura da boca. Sendo um medicamento antipsicótico existe a possibilidade de ocorrência do Síndrome Maligno do Neurolépticos, pelo que deve ensinar e vigiar sinais de alerta como rigidez muscular, febre, alteração do estado de consciência e instabilidade autónoma. Existe também risco de convulsões (Deglin & Vallerand, 2001; Townsend, 2011).

Clorpromazina 25 mg/5 ml: tratamentos de curta duração dos estados de agitação e de agressividade que surgem ao longo da evolução das psicoses agudas e de evolução crónica, nomeadamente esquizofrenias, delírios crónicos não esquizofrénicos, delírios paranoides, psicoses alucinatórias crónicas. Os efeitos laterais mais comuns são sedação, secura ocular, visão turva, hipotensão, obstipação, boca seca e fotossensibilidade. Sendo um medicamento antipsicótico existe a possibilidade de ocorrência do Síndrome Maligno do Neurolépticos, pelo que deve ensinar e vigiar sinais de alerta como rigidez muscular, febre, alteração do estado de consciência e instabilidade autónoma. Existe também risco de agranulocitose (Deglin & Vallerand, 2001; Townsend, 2011).

Diazepam 10 mg/2 ml: ansiedade aguda, crises ansiosas simples ou que acompanham síndromas de abstinência. Os efeitos laterais mais comuns são tonturas, sonolência e letargia (Deglin & Vallerand, 2001).

Biperideno 5 mg/1 ml: sintomas extrapiramidais tais como discinésias precoces, acatásia e estados de tipo parkinsoniano induzidos por neurolépticos ou outros fármacos similares e transtornos motores extrapiramidais; intoxicação por nicotina. Os efeitos laterais mais comuns são olhos secos, visão turva, obstipação e boca seca (Deglin & Vallerand, 2001).

Ciamemazina 100 mg: estados ansiosos das evoluções psicóticas, frequentemente associado a um neuroléptico antipsicótico ou desinibidor. Estados de agressividade, nomeadamente nos psicóticos. Os efeitos laterais mais comuns são sonolência, astenia, apatia, hipotensão ortostática, taquicardia, boca seca, obstipação e diminuição da libido. Sendo um medicamento antipsicótico existe a possibilidade de ocorrência do Síndrome Maligno do Neurolépticos, pelo que deve ensinar e vigiar sinais de alerta como rigidez muscular, febre, alteração do estado de consciência e instabilidade autónoma. (Deglin & Vallerand, 2001; Townsend, 2011).

Quetiapina 25 mg, Quetiapina LP 200 mg, Quetiapina LP 400 mg: tratamento da esquizofrenia, da perturbação bipolar, de episódios maníacos moderados a graves na perturbação bipolar e de episódios depressivos major na perturbação bipolar. (LP - libertação prolongada). Os efeitos laterais mais comuns são hipotensão ortostática, associada a tonturas, taquicardia e, em alguns doentes, síncope, especialmente durante o período inicial de titulação da dose. Sendo um medicamento antipsicótico existe a possibilidade de ocorrência do Síndrome Maligno do Neurolépticos, pelo que deve ensinar e vigiar sinais de alerta como rigidez muscular, febre, alteração do estado de consciência e instabilidade autónoma. (Deglin & Vallerand, 2001; Townsend, 2011).

Risperidona 3 mg: tratamento da esquizofrenia e tratamento de episódios de mania, moderados a graves, na doença bipolar. Os efeitos laterais mais comuns são sedação, reações extrapiramidais, obstipação, anorexia, boca seca, diminuição da libido. Também pode ocorrer taquicardia, hipotensão ortostática e arritmias. Sendo um medicamento antipsicótico existe a possibilidade de ocorrência do Síndrome Maligno do Neurolépticos, pelo que deve ensinar e vigiar sinais de alerta como rigidez muscular, febre, alteração do estado de consciência e instabilidade autónoma (Deglin & Vallerand, 2001; Townsend, 2011).

Risperidona 100 mg/0.490 ml: tratamento da esquizofrenia em adultos para os quais foram estabelecidas a tolerabilidade e a eficácia com a risperidona oral. Os efeitos laterais mais comuns são sedação, reações extrapiramidais, obstipação, anorexia, boca seca, diminuição da libido. Também pode ocorrer taquicardia, hipotensão ortostática e arritmias. Sendo um medicamento antipsicótico existe a possibilidade de ocorrência do Síndrome Maligno do Neurolépticos, pelo que deve ensinar e vigiar sinais de alerta como rigidez muscular, febre, alteração do estado de consciência e instabilidade autónoma (Deglin & Vallerand, 2001; Townsend, 2011).

Lorazepam 2,5 mg: tratamento da ansiedade ou no alívio, por curtos períodos, dos sintomas da ansiedade e insónia devida à ansiedade. Os efeitos laterais mais comuns são tonturas, sonolência e letargia (Deglin & Vallerand, 2001).

Ácido Valpróico LP 500 mg: tratamento de crises convulsivas, perturbação bipolar, esquizofrenia resistente e profilaxia das enxaquecas. Os efeitos laterais mais comuns são náuseas, vômitos e indigestão (Deglin & Vallerand, 2001).

Cianocobalamina 1 mg: prevenção e tratamento de estados carência de vitamina B12. Sem efeitos laterais relevantes, vigiar hipersensibilidade e possível anafilaxia (Deglin & Vallerand, 2001).

Nicotina 21 mg/24h: Alívio dos sintomas de privação da nicotina, dependência da nicotina e auxiliar para deixar de fumar. Os efeitos laterais mais comuns são cefaleias, insónias, taquicardia, eritema, prurido e sensação de queimadura no local do penso (Deglin & Vallerand, 2001).

Tendo em conta as especificações destes medicamentos, é necessária uma vigilância do cliente de forma a identificar possíveis efeitos adversos da terapêutica instituída, nomeadamente do síndrome maligno dos neurolépticos pelo risco iminente de vida do cliente.

O cliente deve ser informado da necessidade de reportar todas as alterações sentidas de modo a atuar-se em conformidade, nomeadamente na gestão da medicação prescrita em SOS.

É importante vigiar o comportamento do cliente, de forma a prevenir o comportamento agressivo que não seja passível de gestão com medidas não medicamentosas.

Na medida do possível, o cliente deve ser informado sobre a utilização concomitante do sistema transdérmico de nicotina e o uso de tabaco e incentivado a reduzir o consumo de tabaco.

1.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
18-09-2023 08:00	Sono	
18-09-2023 08:00	Perceção	
18-09-2023 08:00	Emoção	
18-09-2023 08:00	Pensamento	
18-09-2023 08:00	Memória	
18-09-2023 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
18-09-2023 08:00	Comportamento destrutivo	
18-09-2023 08:00	Comportamento aditivo	

1.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Tendo em conta os dados da avaliação inicial, o motivo de internamento e as comorbilidades do cliente foram selecionados os domínios "Sono", "Perceção", "Emoção", "Pensamento", "Memória", "Autogestão do regime medicamentoso", "Comportamento destrutivo" e "Comportamento aditivo".

Sono

O sono é um processo corporal que consiste na diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência. Ocorre uma diminuição do metabolismo, da atividade corporal e redução da sensibilidade a estímulos externos (ICN, 2019). Propicia o descanso, sustentando um estilo de vida desejável e que pode ser fortalecido (Carpenito, 2018).

O sono pode ser afetado por vários fatores, traduzindo-se em insónia, perturbações no padrão de sono ou privação do sono (Herdman et al, 2021).

As alterações do padrão do sono podem surgir associadas a agitação psicomotora, alucinações, ansiedade, humor irritável, paranoia transitória, desconforto, excesso de estímulos ambientais, associada a doenças crónicas, entre outras (Herdman et al, 2021).

Aquando da entrevista inicial, o cliente não apresentava queixas relativas ao padrão de sono. Cumpria o regime medicamentoso prescrito e não solicitava medicação em SOS para induzir ou manter o sono.

O sono é um processo corporal que consiste na diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência. Ocorre uma diminuição do metabolismo, da atividade corporal e redução da sensibilidade a estímulos externos (ICN, 2019). Propicia o descanso, sustentando um estilo de vida desejável e que pode ser fortalecido (Carpenito, 2018).

O sono pode ser afetado por vários fatores, traduzindo-se em insónia, perturbações no padrão de sono ou privação do sono (Herdman et al, 2021).

As alterações do padrão do sono podem surgir associadas a agitação psicomotora, alucinações, ansiedade, humor irritável, paranoia transitória, desconforto, excesso de estímulos ambientais, associada a doenças crónicas, entre outras (Herdman et al, 2021).

Aquando da entrevista inicial, o cliente não apresentava queixas relativas ao padrão de sono. Cumpria o regime medicamentoso prescrito e não solicitava medicação em SOS para induzir ou manter o sono.

Relativamente a este domínio não serão implementadas intervenções de enfermagem específicas, dado que não existem alterações no padrão de sono/repouso. Pretende-se avaliar o sono de forma a identificar possíveis alterações no decorrer do internamento.

Perceção

A perceção é um processo do sistema nervoso, envolve o registo mental consciente dos estímulos sensoriais. É a noção que o indivíduo obtém de objetos ou de outros dados através dos sentidos (ICN, 2019).

A perceção correta da realidade inclui a capacidade de perceber o ambiente sem distorções assim como ter empatia e sensibilidade social, nomeadamente o respeito e preocupação pelos

desejos e necessidades dos outros (Townsend, 2011).

O compromisso da percepção manifesta-se por um aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes, podendo ser classificados segundo os órgãos dos sentidos afetados em alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou tácteis (ICN, 2019).

A alucinação trata-se de uma percepção anormal que é experienciada pela pessoa sem um estímulo físico que envolva qualquer modalidade sensorial (Aarsland et al, 2009 e Burghaus et al, 2011, cit. por Gonçalves et al, 2020a).

As perturbações psicóticas são caracterizadas como sendo uma condição mental grave com ocorrência de desorganização da personalidade, deterioração do funcionamento social e perda do contato com a realidade ou distorção da mesma podendo existir evidências de alucinações e pensamento delirante (Townsend, 2011).

Durante a entrevista inicial, aparentemente, não foram identificadas alucinações. No entanto é um domínio que deve ser avaliado tendo em conta o diagnóstico médico do cliente.

Relativamente a este domínio não serão implementadas intervenções de enfermagem específicas, dado que não foram detetadas alucinações. Pretende-se avaliar a percepção de forma a identificar possíveis alterações no decorrer do internamento.

Emoção

A emoção trata-se de um processo psicológico que se traduz por sentimentos conscientes ou subconscientes, sentidos como agradáveis ou dolorosos, que podem ou não ser expressos. Estes sentimentos podem aumentar com o stresse ou com a doença (ICN, 2019).

As emoções influenciam de forma significativa a vida do indivíduo, podendo alterar diversos aspetos da mesma, nomeadamente, o funcionamento biológico, psicológico e social (Arruda, 2015).

As emoções são desencadeadas por vários acontecimentos, pessoas ou situações, sendo que perante os mesmos existe sempre uma avaliação cognitiva e interpretação. Cada um vivencia a emoção de forma subjetiva, sendo que, do surgimento da mesma advêm reações orgânicas, gestos, movimentos ou expressões vocais responsáveis pela ação (Arruda, 2015).

Pode-se, assim, definir como um estado afetivo súbito, de curta duração e de grande intensidade, do qual se criam alterações comportamentais. De certa forma, pode-se afirmar que a emoção se caracteriza pela forma como são sentidas as alterações do dia-a-dia, desencadeando um conjunto de respostas fisiológicas e psicológicas (Arruda, 2015).

A ansiedade é uma emoção negativa que se traduz por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (ICN, 2019). Tratasse de um sentimento, vago e incómodo, de desconforto ou temor causado por antecipação de um perigo iminente; este sentimento permite à pessoa tomar

medidas para lidar com a ameaça (Carpenito, 2018).

São fatores predisponentes para níveis de ansiedade desassustados a agitação psicomotora, humor irritável, foco em si próprio, expressão de preocupação, abuso de substâncias, necessidades não atendidas, entre outras (Herdman et al, 2021).

O cliente manifesta níveis de ansiedade elevados, tanto pela condição de estar internado (regras associadas) como pela gestão do tabaco (a quantidade que tem ser insuficiente para as suas necessidades). É importante trabalhar com o cliente estratégias para gerir os períodos de maior ansiedade.

Pensamento

O pensamento é uma função cognitiva, permite integrar toda a informação recebida e estabelecer relações entre os dados que a compõem. Fornece à pessoa capacidade para escolher, ordenar e classificar factos, permitindo a utilização de conceitos, relações e resolução de problemas (ICN, 2019).

De acordo com Carpenito (2006), o processo do pensamento perturbado corresponde a um estado em que a pessoa apresenta uma alteração nas atividades mentais, nomeadamente o pensamento consciente, a orientação para a realidade, a solução de problemas, a crítica e a compreensão em relação à personalidade ou à perturbação mental (Carpenito, 2006). A perturbação no processo de pensamento consiste numa rutura na função cognitiva que afeta os processos mentais envolvidos no desenvolvimento de conceitos e categorias, raciocínio e solução de problemas (Herdman et al, 2021).

O delírio é uma alteração ao nível do pensamento da pessoa, traduzindo-se numa falsa crença de um determinado conteúdo (Liu et al, 2018, cit. por Gonçalves et al, 2020b). Consiste em falsas crenças pessoais não consistentes com a inteligência ou cultura da pessoa; a pessoa continua a ter a crença apesar de prova inteligível de que a crença é falsa ou irracional (Townsend, 2011).

As perturbações psicóticas são caracterizadas como sendo uma condição mental grave com ocorrência de desorganização da personalidade, deterioração do funcionamento social e perda do contato com a realidade ou distorção da mesma podendo existir evidências de alucinações e pensamento delirante (Townsend, 2011).

Foi possível identificar alterações na forma do pensamento (dissociação, circunstancialidade e tangencialidade), assim como do conteúdo (delírios: "supermutibanco... depositar 200 euros e ele atirou uma moeda...", "queria matar o bicho, era uma carraça com duas patas maiores e esguichava tzzz...tzzz"; "entrei no bar e ele estava a olhar para mim", "ligou à minha mãe a pedir para transferir 2000 euros").

Importa avaliar este domínio continuamente de forma a verificar a remissão ou não destas

manifestações e avaliar a necessidade ajuste terapêutico.

Memória

A memória é definida como atos mentais através dos quais são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias. É o registo mental, retenção e recordação de experiências passadas, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos (ICN, 2019).

A memória tem um papel fundamental no quotidiano da pessoa, permite a orientação, a comunicação, a relação e a execução de tarefas. A memória liga a pessoa ao mundo. Permite a construção da identidade pessoal, compila a história de vida, as referências e os significados sociais (Sequeira, 2018). Tem um papel determinante na relação com o meio externo, na socialização, na construção da personalidade e do comportamento e do desempenho em geral (Nunes, 2008).

Este domínio é sempre pertinente de ser avaliado numa entrevista inicial e em contextos de internamento. Permite perceber se o cliente se encontra orientado em todas as dimensões e concomitantemente identificar a capacidade de aprendizagem com vista à melhoria e manutenção do estado de saúde da pessoa.

Durante a entrevista inicial, aparentemente, não se identificaram alterações na memória do cliente. No entanto, tendo em conta a intervenção psicoeducacional, será utilizado o resultado NOC "Cognição" (Coelho et al, 2019) para fazer a avaliação cognitiva do cliente.

Autogestão do regime medicamentoso

O regime medicamentoso, aquando do uso adequado dos medicamentos, apresenta benefícios que são evidentes, uma vez que tem como finalidade a recuperação do melhor estado de saúde, a diminuição dos riscos relacionados às doenças crónicas, o alívio dos sintomas, a redução de incapacidades e de recaídas (de Oliveira Borba et al, 2018).

O cliente tem antecedentes pessoais de não cumprimento do regime medicamentoso. Faz parte do processo de preparação para a alta munir o cliente (ou prestador de cuidados, se doente incapaz) de informação sobre o regime medicamentoso e a sua importância para evitar agudização da doença.

Comportamento destrutivo

De acordo com o ICN o comportamento corresponde a um processo intencional manifestado por ações (ICN, 2019). É manifestado através de ações observáveis que podem incluir comportamentos verbais, não verbais ou a combinação de ambos. Implica algo que ocorre ao longo do tempo e não apenas uma ação isolada e pode ser influenciado por vários fatores como os pensamentos, as emoções, experiências passadas e os contextos situacionais. O comportamento é motivado por uma intenção, que pode ser consciente ou inconsciente (ICN, 2019).

O ICN (2019) define comportamento agressivo como uma ação ou atitude enérgica de auto assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente. O comportamento agressivo é caracterizado por ações ou atitudes que envolvem violência física, verbal ou emocional, com o objetivo de causar dano ou intimidação a outra pessoa (ICN, 2019).

O comportamento agressivo pode ocorrer em utentes com vários diagnósticos, incluindo psicose orgânica, doenças metabólicas, uso/abuso de substâncias, perturbações da personalidade, problemas de desenvolvimento, tipos de depressão, esquizofrenia e outros (Rocca et al, 2006, cit. por Giarelli et al, 2018).

Os comportamentos agressivos podem ser influenciados não apenas pelas características da perturbação mental e pela gravidade dos sintomas, mas por fatores relacionados com a institucionalização e a assistência com privação de liberdade (Oliveira & Valença, 2020, cit. por Jorge Albino et al, 2023).

Buss e Perry desenvolveram um instrumento composto por 29 itens para avaliar comportamentos agressivos, o Questionário de Agressividade de Buss-Perry. A análise fatorial exploratória do instrumento revelou quatro fatores de agressividade: agressividade física, agressividade verbal, raiva e hostilidade (Buss & Perry, 1992 cit. por Cunha & Gonçalves, 2012).

O Questionário de Agressividade de Buss-Perry (AQ) é uma escala do tipo likert em que um total de 29 itens está associado a respostas que variam entre 1 (Nunca ou quase nunca) e 5 (Sempre ou quase sempre). A escala é constituída por quatro subescalas: agressividade física (9 itens), agressividade verbal (5 itens), raiva (7 itens) e hostilidade (8 itens). Os scores das diferentes subescalas foram obtidos através da média dos itens que compõem cada subescala e o score total foi obtido a partir da média da soma dos 29 itens (Cunha & Gonçalves, 2012).

O cliente foi levado ao serviço de urgência por apresentar comportamentos agressivos contra bens e posteriormente contra pessoas. Já no internamento atirou com um tabuleiro da comida. Aquando da entrevista inicial apresentava discurso por vezes hostil (“violas...deviam matá-los todos”, “a minha mãe acredita só no que os outros dizem”, “não percebo porque não posso ir ao café...estou internado voluntário...”).

Pretende-se ensinar o cliente sobre autocontrolo da agressividade pelo que se planeou uma intervenção psicoeducacional sobre autocontrolo da agressividade, como a seguir descrita:

- Objetivos: aumentar a compreensão sobre os fatores que contribuem para o comportamento agressivo; desenvolver competências de autocontrolo/gestão do comportamento agressivo; promover estratégias alternativas de comunicação e resolução de conflitos; estimular o uso de estratégias de prevenção e gestão do comportamento agressivo.
- Estrutura: 3 sessões com duração aproximada de 45 minutos, 1 a 2 vezes por semana.

- Sessão 0: determinar motivação da pessoa/grupo para aprender; explicar a intervenção e o seu objetivo; estabelecer contrato terapêutico e obter consentimento informado; apresentar os temas, frequência e duração da intervenção; informar data, hora da primeira sessão.
- Sessão 1: definir o comportamento agressivo e a sua relação com o diagnóstico médico; explorar os fatores que podem contribuir para o comportamento agressivo; discutir o impacto negativo do comportamento agressivo nas relações interpessoais e intrapessoais; promover a expressão dos conhecimentos prévios, crenças e significados sobre o comportamento agressivo; fomentar a expressão de dúvidas e providenciar esclarecimentos; obter feedback sobre a sessão; informar data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sessão 2: identificar gatilhos que desencadeiam o comportamento agressivo; explorar estratégias de autocontrolo/gestão do comportamento agressivo; promover a expressão dos conhecimentos prévios, crenças e significados sobre o comportamento agressivo; fomentar a expressão de dúvidas e providenciar esclarecimentos; obter feedback sobre a sessão; informar data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sessão 3: resumir os conteúdos das sessões anteriores; reforçar conhecimentos sobre ideias, crenças e valores ainda negativos ou desajustados; avaliar o trabalho desenvolvido e feedback sobre a intervenção; efetuar separação física e orientar para recursos comunitários/vigilância de saúde.

Comportamento aditivo

Os comportamentos aditivos referem-se a comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas. Podem envolver o uso de substâncias psicoativas ou não (como por exemplo o jogo ou internet) (São João et al, 2020).

O abuso de substâncias trata-se do uso inadequado de substância quimicamente ativa para um efeito não terapêutico, que poderá ser nocivo para a saúde e causar adição (ICN, 2019).

O cliente é fumador, apesar de ter prescrito penso de nicotina e aceitar a sua colocação, não consegue reduzir consumo de tabaco, não sendo capaz de gerir eficazmente o tabaco fornecido semanalmente aquando da visita da mãe e tendo necessidade de comprar maços extra.

1.5. Conceção de Cuidados

Sono

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Dormiu por períodos longos.
18-09-2023 08:00 - Sono reparador.
18-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.
18-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução do sono

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do sono
25-09-2023 08:00 - Dormiu por períodos longos.
29-09-2023 08:00 - Dormiu por períodos longos.
03-10-2023 08:00 - Dormiu por períodos longos.
25-09-2023 08:00 - Sono reparador [MANTEVE].
29-09-2023 08:00 - Sono reparador [MANTEVE].
03-10-2023 08:00 - Sono reparador [MANTEVE].
25-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.
29-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.
03-10-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

Percepção

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Sem verbalização de percepção sensorial sem estímulo associado.

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução de sinais de alucinação

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de alucinação
29-09-2023 08:00 - Sem verbalização de percepção sensorial sem estímulo associado.
25-09-2023 08:00 - Sem verbalização de percepção sensorial sem estímulo associado.
03-10-2023 08:00 - Sem verbalização de percepção sensorial sem estímulo associado.
29-09-2023 08:00 - Sem alucinação visual.
03-10-2023 08:00 - Sem alucinação visual.
25-09-2023 08:00 - Sem alucinação visual.
03-10-2023 08:00 - Sem alucinação auditiva.
29-09-2023 08:00 - Sem alucinação auditiva.
25-09-2023 08:00 - Sem alucinação auditiva.
03-10-2023 08:00 - Sem alucinação olfativa.
29-09-2023 08:00 - Sem alucinação olfativa.
25-09-2023 08:00 - Sem alucinação olfativa.
03-10-2023 08:00 - Sem alucinação gustativa.
25-09-2023 08:00 - Sem alucinação gustativa.
29-09-2023 08:00 - Sem alucinação gustativa.
25-09-2023 08:00 - Sem alucinação tátil.
03-10-2023 08:00 - Sem alucinação tátil.
29-09-2023 08:00 - Sem alucinação tátil.

Emoção

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Sem indícios de humor depressivo.

18-09-2023 08:00 - Sem indícios de euforia.
18-09-2023 08:00 - Verbaliza ansiedade.
18-09-2023 08:00 - Manifestação de inquietação.
18-09-2023 08:00 - Manifestação de irritabilidade.
18-09-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico .

18-09-2023 08:00 - Ansiedade

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da ansiedade

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade
25-09-2023 08:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].
29-09-2023 08:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].
03-10-2023 08:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].
25-09-2023 08:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].
29-09-2023 08:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].
03-10-2023 08:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].
25-09-2023 08:00 - Manifestação de irritabilidade [MANTEVE].
29-09-2023 08:00 - Manifestação de irritabilidade [MANTEVE].
03-10-2023 08:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MELHOROU].
25-09-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].
29-09-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].
03-10-2023 08:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Diminuir ansiedade

18-09-2023 08:00 - Executar técnica de relaxamento

18-09-2023 08:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

03-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
29-09-2023 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
18-09-2023 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
25-09-2023 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
29-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
18-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

03-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

29-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

25-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2023 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador [MANTEVE].

25-09-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da

ansiedade: não dificultador.

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

29-09-2023 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [SOS]

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

29-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

18-09-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

29-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [SOS]

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

29-09-2023 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Instruir estratégias de relaxamento

18-09-2023 08:00 - Treinar estratégias de relaxamento

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

25-09-2023 08:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

29-09-2023 08:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

03-10-2023 08:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

25-09-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.
29-09-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade [MANTEVE].
03-10-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade [MANTEVE].

Pensamento

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Pensamento desorganizado e sem sequência lógica.
18-09-2023 08:00 - Sem dificuldade para resistir ou controlar os pensamentos obsessivos.
18-09-2023 08:00 - Sem indícios de ideação suicida.
18-09-2023 08:00 - Relato com conteúdo implausível (com base em algo falso ou sem base na realidade).

18-09-2023 08:00 - Pensamento comprometido

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução do pensamento

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do pensamento comprometido

25-09-2023 08:00 - Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.
29-09-2023 08:00 - Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.
03-10-2023 08:00 - Sem dificuldade em controlar os pensamentos e juízos formados.

18-09-2023 08:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento

18-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
29-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento: facilitador [MELHOROU].
03-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento: facilitador [MELHOROU].
18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento
25-09-2023 08:00 - Adota parcialmente estratégias de autocontrolo do processo de pensamento.
29-09-2023 08:00 - Adota estratégias de autocontrolo do processo de pensamento [MELHOROU].
03-10-2023 08:00 - Adota estratégias de autocontrolo do processo de pensamento [MELHOROU].
25-09-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do processo de pensamento.
29-09-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do processo de pensamento [MANTEVE].
03-10-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do processo de

pensamento [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Delírio

18-09-2023 08:00 - Especificação do conteúdo do delíriopersucutório; grandeza; bizarro..

25-09-2023 08:00 - Especificação do conteúdo do delíriopersucutório.

18-09-2023 08:00 - "havia alguém que lhes queria fazer mal"; "havia pessoas que passavam lá a conduzir à frente como bandidos"; "queria matar o bicho, era uma carraça com duas patas maiores e esguichava tzzz...tzzz"; "ligou à minha mãe a pedir para transferir 2000 euros"; "entrei no bar e ele estava a olhar para mim".

18-09-2023 08:00 - "eu consigo correr muito rápido, ninguém me apanha graças à esquizofrenia"; "tenho os neurónios hipersónicos"; "tenho os esteroides a 500, imagina como me sinto, cheio de força"

18-09-2023 08:00 - "depositei 200 euros no supermultibanco e saiu de lá uma moeda"

25-09-2023 08:00 - "já lhe disse o que eles querem"

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução do delírio

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do delírio

25-09-2023 08:00 - Relato com conteúdo implausível (com base em algo falso ou sem base na realidade) [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Sem relato com conteúdo implausível (com base em algo falso ou sem base na realidade) [MELHOROU].

03-10-2023 08:00 - Sem relato com conteúdo implausível (com base em algo falso ou sem base na realidade) [MELHOROU].

Memória

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

18-09-2023 08:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

18-09-2023 08:00 - Sem desorientação face às pessoas.

18-09-2023 08:00 - Sem desorientação no espaço.

18-09-2023 08:00 - Sem desorientação no tempo.

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução da memória

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da memória

25-09-2023 08:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

29-09-2023 08:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

03-10-2023 08:00 - Sem dificuldade em reter nova informação.

25-09-2023 08:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

29-09-2023 08:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

03-10-2023 08:00 - Sem dificuldade em recuperar informação.

25-09-2023 08:00 - *NOC cognição score 57 (não foi avaliado o indicador "Habilidades de cálculos complexos"). É considerado défice cognitivo se pontuação total inferior a 57 se escolaridade maior que 11 anos. [FIM]* 03-10-2023 08:00

Autogestão do regime medicamentoso

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

18-09-2023 08:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

- 18-09-2023 08:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose
18-09-2023 08:00 - Prepara a medicação conforme a dose.
- 18-09-2023 08:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada
18-09-2023 08:00 - Administra a medicação pela via adequada.
- 18-09-2023 08:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância
18-09-2023 08:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.
- 18-09-2023 08:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas
18-09-2023 08:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

18-09-2023 08:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

18-09-2023 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

- 29-09-2023 08:00 - Conscientização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 25-09-2023 08:00 - Conscientização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 18-09-2023 08:00 - Conscientização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 03-10-2023 08:00 - Conscientização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 03-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 29-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 18-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 03-10-2023 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso
03-10-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 29-09-2023 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso
29-09-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
- 25-09-2023 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso
25-09-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso
18-09-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-09-2023 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
18-09-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2023 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
03-10-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
29-09-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2023 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso
25-09-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MELHOROU].

03-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MELHOROU].

18-09-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização.

25-09-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: desvalorização [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

29-09-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

29-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

18-09-2023 08:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso

18-09-2023 08:00 - Ensinar sobre resposta à medicação

18-09-2023 08:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

18-09-2023 08:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os

resultados da vigilância

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso

29-09-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MELHOROU].

Comportamento destrutivo

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Não manifesta comportamentos autodestrutivos.

18-09-2023 08:00 - Manifesta comportamentos agressivos.

18-09-2023 08:00 - Comportamento agressivo

18-09-2023 08:00 - Usa um tom de voz elevado, Usa um discurso de domínio sobre os outros, Usa um discurso hostil, Manifestação de comportamentos destrutivos dirigido a outros.

25-09-2023 08:00 - Usa um tom de voz elevado, Usa um discurso manipulador, Usa um discurso hostil [MELHOROU].

03-10-2023 08:00 - Usa um tom de voz elevado [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Questionário de agressividade de Buss-Perry (Cunha e Gonçalves, 2012) - Agressividade física: Algumas vezes (score 3,2 -> 3); - Agressão verbal: Muitas vezes (score 3,8 -> 4); - Raiva: Algumas vezes (score 3,4 -> 3); - Hostilidade: Muitas vezes (score 3,9 -> 4); - Total: Muitas vezes (score 3,6 -> 4)

18-09-2023 08:00 - Determinar evolução do comportamento agressivo

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do comportamento agressivo

29-09-2023 08:00 - Usa um tom de voz elevado, Usa um discurso hostil [MELHOROU].

18-09-2023 08:00 - Prevenir acidentes

18-09-2023 08:00 - Implementar medidas de segurança face ao comportamento agressivo [SOS]

18-09-2023 08:00 - Diminuir comportamento agressivo

18-09-2023 08:00 - Executar técnica de relaxamento

18-09-2023 08:00 - Executar Intervenção Psicoeducacional sobre autocontrolo da agressividade [1 a 2 vezes/semana]

18-09-2023 08:00 - Utilizar técnicas comunicacionais de inversão da escalada da agressividade

18-09-2023 08:00 - Promover autocontrolo: comportamento agressivo

29-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de relaxamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de relaxamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de relaxamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de relaxamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Consciencialização da necessidade de autocontrolo da agressividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Consciencialização da necessidade de autocontrolo da agressividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2023 08:00 - Consciencialização da necessidade de autocontrolo da agressividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Consciencialização da necessidade de autocontrolo da agressividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o auto controlo da agressividade e o bem-estar próprio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o auto controlo da agressividade e o bem-estar próprio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

25-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o auto controlo da agressividade e o bem-estar próprio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o auto controlo da agressividade e o bem-estar próprio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e auto controlo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e auto controlo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e auto controlo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e auto controlo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de relaxamento: não dificultador.

03-10-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de relaxamento: não dificultador [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de relaxamento: não

dificultador [MANTEVE].

25-09-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de relaxamento: não dificultador [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de relaxamento

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de relaxamento

29-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de relaxamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre comportamento agressivo e disfuncionalidade

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre comportamento agressivo e disfuncionalidade

29-09-2023 08:00 - Consciencialização da necessidade de autocontrolo da agressividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre comportamento agressivo e disfuncionalidade

18-09-2023 08:00 - Analisar com o cliente a necessidade do autocontrolo da agressividade

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o autocontrolo do comportamento agressivo e o bem-estar próprio

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o autocontrolo do comportamento agressivo e o bem-estar próprio

29-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o auto controlo da agressividade e o bem-estar próprio: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o autocontrolo do comportamento agressivo e o bem-estar próprio

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e autocontrolo do comportamento agressivo

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e autocontrolo do comportamento agressivo

29-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e auto controlo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre as estratégias de relaxamento e autocontrolo do comportamento agressivo

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de relaxamento

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de

relaxamento

29-09-2023 08:00 - Significado atribuído às estratégias de relaxamento: não dificultador [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do comportamento agressivo

25-09-2023 08:00 - Adota parcialmente estratégias de autocontrolo do comportamento agressivo.

29-09-2023 08:00 - Adota parcialmente estratégias de autocontrolo do comportamento agressivo [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Adota parcialmente estratégias de autocontrolo do comportamento agressivo [MANTEVE].

25-09-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do comportamento agressivo.

29-09-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do comportamento agressivo [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do comportamento agressivo [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocontrolo da agressividade

18-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autocontrolo da agressividade

18-09-2023 08:00 - Autocontrolo de impulsos [FIM] 03-10-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Age sem pensar

18-09-2023 08:00 - Surtos intempestivos

18-09-2023 08:00 - Raiva

25-09-2023 08:00 - Age sem pensar

25-09-2023 08:00 - Surtos intempestivos

25-09-2023 08:00 - Raiva

29-09-2023 08:00 - Surtos intempestivos

18-09-2023 08:00 - Controlo de impulsos ineficaz (Carpenito, 2018)

[RESOLVIDO] 03-10-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Estabelecer um contrato de comportamento [FIM] 03-10-2023 08:00

Comportamento aditivo

18-09-2023 08:00

18-09-2023 08:00 - Uso de álcool: sem uso de álcool .

18-09-2023 08:00 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade.

18-09-2023 08:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

18-09-2023 08:00 - Abuso do tabaco

18-09-2023 08:00 - Promover autocontrolo: abuso do tabaco

18-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria,

mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

25-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso do tabaco: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

25-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre abuso do tabaco e disfuncionalidade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 08:00 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização.

25-09-2023 08:00 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização [MANTEVE].

29-09-2023 08:00 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização [MANTEVE].

03-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao abuso do tabaco: desvalorização [MANTEVE].

1.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do sono

- Questionar sobre qualidade e quantidade do sono

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Informar sobre a necessidade de toma diária da medicação;
- Informar sobre a necessidade de ajustar horário da toma da medicação;
- Informar sobre a importância de não interromper a toma de medicação.

Ensinar sobre resposta à medicação

- Informar sobre efeitos terapêuticos da medicação

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Informar sobre indicações terapêuticas da medicação;
- Informar sobre possíveis efeitos secundários dos medicamentos;
- Informar sobre necessidade de reportar ao médico potenciais efeitos secundários;
- Informar sobre armazenamento dos medicamentos

Treinar estratégias de relaxamento

- Capacitar o cliente para a utilização da técnica de relaxamento (respiração abdominal)

Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

- Informar sobre necessidade de reportar alterações no estado de saúde;
- Informar sobre necessidade de eventuais ajustes do regime terapêutico com base nas alterações reportadas

Instruir estratégias de relaxamento

- Técnica de respiração abdominal: "Durante alguns momentos percorra uma sequência de imagens mentais agradáveis...depois, à medida que o seu corpo relaxa, dirija a atenção para a sua respiração...pouse uma mão levemente sobre o abdome. Dirija a atenção para essa área. Comece o exercício com uma expiração... uma expiração que ocorra naturalmente. Repare no movimento descendente da área por debaixo da sua mão. Em seguida, deixe que o ar entre nos pulmões, notando a dilatação que ocorre sob a sua mão. Agora, à medida que o ar é expelido, repare nessa área a afundar novamente. Deixe que a respiração decorra naturalmente" (Payne, 2003) "

Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso

- Descrever efeitos terapêuticos do regime medicamentoso;
- Descrever melhoria do estado de saúde relacionado com autogestão eficaz do regime medicamentoso

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

- Descrever necessidade de manutenção do regime medicamentoso para controlo da doença

Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- Ensinar sobre gestão do regime medicamentoso;
- Ensinar sobre efeitos terapêuticos/ efeitos secundários;

- Informar sobre possíveis consequências da não adesão ao regime medicamentoso;

Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso

- Observar cumprimento do regime medicamentoso;
- Descrever indicações e efeitos secundários do regime medicamentoso;
- Descrever horário da toma do regime medicamentoso;
- Descrever armazenamento adequado do regime medicamentoso;

Avaliar evolução da memória

- Verificar presença/ausência de alterações na memória

Implementar medidas de segurança face ao comportamento agressivo

- Identificar perigos à segurança no ambiente;
- Remover os perigos do ambiente, quando possível;
- Remover armas potenciais do ambiente;
- Evitar tocar no cliente quando está zangado;
- Falar calmamente e num tom de voz baixo;
- Levar o paciente para um local mais calmo, afastado dos outros clientes;
- Diminuir o nível de ruído

Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de relaxamento

- Questionar o utente sobre relação entre as estratégias de relaxamento e o autocontrolo da ansiedade e da agressividade

Executar técnica de relaxamento

- Executar respiração abdominal

Avaliar evolução do delírio

- Identificar presença/ausência através do discurso do cliente

Avaliar evolução da ansiedade

- Vigiar comportamento do cliente;
- Questionar o cliente sobre o seu nível de ansiedade.

Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

- Questionar o cliente sobre eficácia de manter pensamentos positivos na redução do seu nível de ansiedade

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Questionar o cliente sobre estratégias adotadas para reduzir a ansiedade

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Apoiar o cliente a aceitar que nem todas as situações são controláveis;
- Assistir o cliente a colocar o problema em perspectiva;
- Incentivar o cliente a manter uma atitude positiva, fazendo um esforço para substituir

- pensamentos negativos por outros mais positivos;
 - Incentivar o cliente a realizar exercício físico da sua preferência;
 - Incentivar o cliente a realizar atividades de lazer do seu agrado.
- Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade
- Ajudar a ver que a ansiedade leve pode ser um catalisador positivo de mudança e não precisa ser evitada
- Ensinar sobre estratégias de relaxamento
- Abordar diferentes estratégias de relaxamento: respiração abdominal, relaxamento muscular, relaxamento autogénico
- Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de relaxamento
- Observar a execução de técnicas de relaxamento
- Analisar com o cliente a relação entre comportamento agressivo e disfuncionalidade
- Identificar consequências do comportamento agressivo
- Avaliar evolução da consciencialização da relação entre comportamento agressivo e disfuncionalidade
- Identificar consequências do comportamento agressivo
- Analisar com o cliente a relação entre o autocontrolo do comportamento agressivo e o bem-estar próprio
- Relacionar o autocontrolo do comportamento agressivo com diminuição da ansiedade
 - Relacionar o autocontrolo do comportamento agressivo com melhoria das interações familiares e sociais
- Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o autocontrolo do comportamento agressivo e o bem-estar próprio
- Identificar consequências positivas aquando do autocontrolo do comportamento agressivo
- Analisar com o cliente a relação entre as estratégias de relaxamento e autocontrolo do comportamento agressivo
- Treinar técnica de relaxamento;
 - Identificar alteração física e emocional antes e após execução da técnica de relaxamento
- Avaliar evolução da consciencialização da relação entre as estratégias de relaxamento e autocontrolo do comportamento agressivo
- Questionar utente sobre resultados/sentimentos da aplicação de estratégias de relaxamento em situações críticas
- Avaliar evolução do comportamento agressivo
- Vigiar comportamento do cliente
 - Vigiar manifestação de agressividade verbal
 - Vigiar manifestação de agressividade física

Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Observar utilização de estratégias de autocontrolo da ansiedade.

Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

- Questionar o cliente relativamente à causa da sua ansiedade

Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

- Ajudar a identificar situações que precipitam a ansiedade

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Informar sobre efeitos secundários que podem ocorrer com a toma da medicação

Avaliar evolução do pensamento comprometido

- Vigiar comportamento do cliente;
- Identificar presença de alteração do curso, forma e conteúdo do pensamento através do discurso do cliente

Avaliar evolução de sinais de alucinação

- Vigiar comportamento do cliente;
- Identificar alteração da percepção através do discurso do cliente

Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

- Observar autocontrolo da ansiedade

Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento

- Identificar presença de alteração do curso, forma e conteúdo do pensamento através do discurso do cliente

Avaliar evolução do autocontrolo do comportamento agressivo

- Identificar situações que desencadeiam o comportamento agressivo;
- Identificar estratégias de autocontrolo da agressividade perante situações que desencadeiam o comportamento agressivo.

Analisar com o cliente a necessidade do autocontrolo da agressividade

- Identificar aspetos positivos no autocontrolo da agressividade: melhoria das relações intrapessoais e interpessoais; bem estar familiar; melhoria das relações sociais

Executar Intervenção Psicoeducacional sobre autocontrolo da agressividade

- Determinar motivação da pessoa para aprender; Explicar a intervenção e o seu objetivo; Estabelecer contrato terapêutico e obter consentimento informado; Apresentar os temas, frequência e duração da intervenção; Informar data, hora da primeira sessão.
- Definir o comportamento agressivo e a sua relação com o diagnóstico médico; Explorar os fatores que podem contribuir para o comportamento agressivo; Discutir o impacto negativo do comportamento agressivo nas relações interpessoais e intrapessoais; Promover a expressão dos conhecimentos prévios, crenças e significados sobre o comportamento agressivo; Fomentar a expressão de dúvidas e providenciar esclarecimentos; Obter feedback sobre a sessão; Informar data, hora e tema da sessão

seguinte.

- Identificar gatilhos que desencadeiam o comportamento agressivo; Explorar estratégias de autocontrolo do comportamento agressivo; Promover a expressão dos conhecimentos prévios, crenças e significados sobre o comportamento agressivo; Fomentar a expressão de dúvidas e providenciar esclarecimentos; Obter feedback sobre a sessão; Informar data, hora e tema da sessão seguinte.
- Resumir os conteúdos das sessões anteriores; Reforçar conhecimentos sobre ideias, crenças e valores ainda negativos ou desajustados; Avaliar o trabalho desenvolvido e feedback sobre a intervenção; Efetuar separação física e orientar para recursos comunitários/vigilância de saúde.

Utilizar técnicas comunicacionais de inversão da escalada da agressividade

- Manter uma atitude calma perante o doente;
- Afastar os outros doentes do local;
- Mostrar uma atitude de respeito para com o doente;
- Manter autocontrolo da comunicação não-verbal (expressão facial, postura, gestos...);
- Utilizar frases curtas e simples na abordagem ao doente;
- Manter tom de voz baixo e calmo;
- Estabelecer limites ao comportamento do utente sem o confrontar;
- Oferecer opções de resolução do problema que levou ao comportamento agressivo;
- Alertar, de forma calma, para as consequências do comportamento agressivo;
- Identificar sempre o comportamento agressivo com o doente;
- Suprimir julgamentos ao comportamento agressivo do doente;
- Dar reforço positivo quando o doente tem comportamentos adequados.

Avaliar evolução do conhecimento sobre autocontrolo da agressividade

- Identificar de situações que precipitam hostilidade
- Identificar de responsabilidades de manter o controlo
- Identificar ao sentir-se agressivo
- Identificar de alternativas à agressão
- Usar habilidades eficientes de resolução de conflitos
- Expressar de necessidades de forma não destrutiva
- Demonstrar sentimentos negativos de forma não destrutiva
- Conter-se de repentes verbais
- Evitar violação do espaço pessoal dos outros
- Conter-se de bater nos outros
- Conter-se de causar danos aos outros
- Conter-se de destruir propriedades
- Usar atividade física para reduzir o acúmulo de energia
- Sustentar contrato para evitar comportamentos agressivos

Estabelecer um contrato de comportamento

- Identificar o comportamento agressivo e como isso afeta os outros
- Identificar uma alternativa ao agressivo problemático
- Identificar ganhos pela ausência do comportamento agressivo

- Identificar consequências do comportamento agressivo
- Identificar sentimentos associados à resposta ao comportamento agressivo
- Identificar sentimentos associados à escolha de comportamento alternativo ao comportamento agressivo
- Evitar o comportamento agressivo

1.7. Síntese relativa ao caso

O cliente teve alta do serviço de internamento a 03/10/2023 medicado com:

- Ácido Valpróico 500 mg [1 comprimido ao pequeno-almoço + 1 comprimido ao jantar];
- Ciamemazina 100 mg [1 comprimido ao jantar];
- Risperidona 3 mg [1 comprimido ao pequeno-almoço + 1 comprimido ao jantar];
- Quetiapina LP 400 mg [1 comprimido ao pequeno-almoço + 1 comprimido ao almoço + 1 comprimido ao jantar];
- Lorazepam 2,5 mg [1 comprimido ao pequeno-almoço + 1 comprimido ao jantar];
- Risperidona 100 mg IM [mensal - regime involuntário].

Durante o internamento foi possível verificar-se a redução das ideias delirantes, sendo que ao momento da alta não eram detetadas no discurso do cliente.

Relativamente ao comportamento agressivo e aos períodos de ansiedade mantiveram-se ao longo de todo o internamento, com alguma melhoria no autocontrolo, mas sem remissão.

Relativamente à intervenção de Psicoeducação planeada, não foi possível executá-la na sua totalidade, porque o cliente teve alta antes do seu término. Apesar disso, foi possível trabalhar alguns dos temas a serem abordados na intervenção de Psicoeducação em situações práticas no decorrer do internamento, nomeadamente o autocontrolo da agressividade através da técnica da respiração abdominal. Foi também possível a aplicação de técnicas comunicacionais para gestão do comportamento agressivo do cliente com resultado efetivo, nomeadamente na gestão dos contactos telefónicos (o cliente aguardou o horário estabelecido para efetuar a chamada, após inicialmente ter exigido telefonar à mãe) e aguardar pela sua vez para falar com o psiquiatra (conversa no pátio em que exigia falar com o psiquiatra, entretanto este surgiu a falar com outro doente, o cliente ia dirigir-se a ele para interromper, mas através de técnicas de comunicação e alusão aos possíveis resultados dessa ação, acabou por aguardar que fosse o psiquiatra a procura-lo posteriormente).

O cliente preencheu um questionário pré-intervenção, construído tendo em conta os conteúdos

a serem abordados na intervenção psicoeducacional:

- Para si, o que é o comportamento agressivo? [“o comportamento agressivo para mim é quando me contrariam e me falham com a palavra, e não se faz frente a uma pessoa agressiva porque pode correr mal”];
- Na sua opinião, os comportamentos agressivos podem estar associados a problemas de saúde? [“Sim”];
- Se sim, identifique a quais problemas de saúde pode estar associado o comportamento agressivo. [“o comportamento agressivo pode se tal como as drogas sintéticas, drogas pesadas e álcool e até o tabagismo, estão associadas à agressividade”];
- Tem conhecimento de que situações que podem contribuir para que a pessoa tenha comportamento agressivo? [“Sim. Porque quando não à dinheiro para droga, álcool e até tabaco, nós tornamos a vida muito cruel, porque nós viramos às pessoas e às que amamos também, a vida não é cruel, nós é que a tornamos cruel”];
- Na sua opinião, os comportamentos agressivos podem ser evitados? [“Sim”];
- Se sim, identifique estratégias que diminuam a possibilidade de que a pessoa tenha comportamento agressivo. [“A estratégia é, não fumar droga, não beber álcool, não exagerar no tabaco, porque o comportamento agressivo vem depois, quando não há, e fazemos coisas que jamais esqueceremos, enfim...”].

Inicialmente não foi possível analisar com o cliente a relação do comportamento agressivo com a psicose, pois o utente não demonstrava insight para doença. Ele relacionou sempre o seu comportamento a ideias delirantes de defesa dos outros ou de vingança a alguém que queria difamá-lo. Tentou-se analisar com o cliente as consequências do seu comportamento, quer para si próprio quer para os outros envolvidos: admitiu que não teria sido a melhor escolha, mas que estava a agir com a intenção de ajudar.

Posteriormente, após verificar que o cliente se identificou como “esquizofrénico” num contato telefónico com a mãe, foi abordado noutra sessão a relação entre a Esquizofrenia e o comportamento agressivo. O utente pareceu escutar, mas não deu feedback, pelo que a abordagem foi feita também pela sua perturbação da personalidade. Analisou-se a relação entre o seu comportamento agressivo e as consequências judiciais.

Em contexto de internamento os principais gatilhos que desencadeavam o comportamento agressivo do cliente relacionavam-se com a gestão do tabaco (queria ligar à mãe para pedir mais tabaco, queria levantar dinheiro no multibanco para comprar tabaco) e posteriormente à alta (queria falar com o psiquiatra para lhe dar alta, se já havia prescrição do injetável para puder ter alta). O cliente identificava que eram situações que lhe causavam ansiedade e que despoletavam comportamentos agressivos e impulsivos. No entanto tinha dificuldades em geri-

los por meios próprio: nos últimos dias de internamento aumentou o consumo de tabaco, tinha dificuldade em gerir a ansiedade através de técnicas de relaxamento; através das técnicas de comunicação foi possível fazer alguma gestão da sua ansiedade e conseqüentemente do seu comportamento agressivo.

Foi abordada a forma como geria o seu comportamento fora do internamento. O cliente referiu que frequentava o ginásio para descarregar a sua energia e que quando estava mais nervoso tomava um ansiolítico e ficava no seu quarto a fumar e a ver séries até ficar mais calmo. Abordou-se a possibilidade de arranjar uma ocupação ou um emprego, mas não pareceu muito receptivo, referindo que tinha atestado multiusos (não tinha necessidade de trabalhar) e que as atividades que referiu anteriormente seriam suficientes para se ocupar e gerir a sua raiva.

Foram identificados com o cliente algumas técnicas de relaxamento, nomeadamente o relaxamento muscular, a respiração abdominal e a imaginação guiada. O utente já fazia relaxamento muscular nas sessões de grupo realizadas no internamento, mas referiu que não seria capaz de o fazer sozinho. Deste modo, optou-se por treinar a respiração abdominal. Também foi solicitado ao cliente que relatasse uma local ou uma situação que lhe transmitisse calma ou satisfação, a qual conseguiu identificar; foi orientado a utilizar essa memória em situações de stress, a imaginar que estivesse naquele local a vivenciar aquela situação por forma a conseguir gerir o stress e evitar a escalada para a agressividade.

Ao longo do seu internamento foi também abordada a terapêutica medicamentosa. O peso que tinha na estabilização da doença, na diminuição da ansiedade e do risco de comportamentos agressivos. Aparentemente, demonstrou conhecimento e vontade de cumprir com o regime medicamentoso após a alta. Durante os contatos com o cliente não houve recusa da medicação, tendo até aceite fazer a medicação de longa duração (tendo em vista a alta clínica).

Tendo em conta o contexto de internamento e a fase de descompensação da doença, não foi possível realizar a intervenção de Psicoeducação tal como estava estruturada. Foi necessário ir adequando ao estado do cliente e à sua receptividade à abordagem de determinadas temáticas. Nem todos os temas foram abordados em contexto de gabinete; foram aproveitadas todas as oportunidades para trabalhar com o cliente o autocontrolo da sua agressividade especialmente quando ele manifestava comportamentos e atitudes que poderiam ter escalado para comportamentos agressivos de maior gravidade.

A abordagem ao doente com comportamento agressivo em contexto de internamento de psiquiatria agudos é difícil. Passa em grande parte pela estabilização da doença através de terapia farmacológica. As rotinas do próprio serviço podem causar agitação nestes doentes. O rácio enfermeiro/utente nem sempre permite a abordagem mais próxima destes doentes, de forma a perceber com a antecipação necessária o aparecimento de sinais de ansiedade/agitação/comportamento agressivo e conseqüentemente evitar a escalada destes comportamentos. A curta duração do internamento impossibilita que o autocontrolo do

comportamento agressivo seja trabalhado com a eficácia necessária. Seria importante dar continuidade a este trabalho na comunidade.

O cliente teve alta clínica com indicação de administração involuntária de antipsicótico de longa duração e consulta de psiquiatria para avaliação após alta. Caso existisse, o cliente beneficiaria de continuidade de cuidados, de forma mais regular, em consulta individual ou grupo para trabalhar o autocontrole da agressividade e para treino de competências pessoais, emocionais e sociais. Tendo em conta o seu passado judicial e os comportamentos agressivos que tem evidenciado socialmente, tanto relacionados com a Esquizofrenia como pela sua Perturbação da Personalidade Antissocial, seria importante criar estratégias de reintegração no seu local de residência assim como melhorar as relações familiares com a mãe e a irmã, que são a sua retaguarda.

Bibliografia

Amaral, C. A., Almeida, E., Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 174-176). Lidel

American Psychiatric Association. (2022). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, texto revisto, quinta edição. Climepsi Editores.

Arruda, M. (2015). *O ABC das emoções básicas. Implementação e avaliação de duas sessões de um programa para a promoção de competências emocionais. Um enfoque comunitário*. Dissertação de Mestrado. Universidade dos Açores.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5.ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier.

Carpenito, L. J. (2006). *Manual de diagnósticos de Enfermagem*. (10ª Ed.). Artmed.

Carpenito, L. J. (2018). *Manual de diagnósticos de Enfermagem*. (15ª Ed.). Artmed.

Coelho, J., Ribeiro, A. R., Sampaio, F., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M. & Roldán Merino, J. (2019). Cultural adaptation and psychometric properties assessment of the NOC outcome "Cognition" in a sample of Portuguese adults with mental illness. *International Journal of Nursing Knowledge*. doi: 10.1111/2047-3095.12268.

Cunha, O., & Gonçalves, R. A. (2012). Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. *Laboratório de Psicologia*, 10(1), 3-17.

de Oliveira Borba, L., Capistrano, F. C., Zerwes Ferreira, A. C., Puchalski Kalinke, L., Mantovani, M. de F., & Maftum, M. A. (2018). Adaptação e validação do Medida de Adesão ao Tratamento para saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2374-2381. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0796>.

Giarelli, E., Nocera, R., Jobes, M., Boylan, C., Lopez, J., & Knerr, J. (2018). Exploration of Aggression/Violence Among Adult Patients Admitted for Short-term, Acute-care Mental Health Services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 215-223. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.004>.

Gonçalves, P., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020a). Alucinação. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 121-122). Lidel.

Gonçalves, P., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020b). Delírio. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 119-120). Lidel.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S. & Lopes, C. T. (2021). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. Definições e classificação 2021-2023. (12ª Ed.)*. Artmed.

Huband, N., Ferriter, M., Nathan, R., Jones, H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 2. Art. No.: CD003499. DOI: 10.1002/14651858.CD003499.pub3

Organização Mundial de Saúde. (2022). *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*. World Health Organization. Disponível em <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Jorge Albino, M. J., Santos Rosa, A. G., & Dias Marques, M. I. (2023). Effectiveness of a nursing intervention in preventing violent behaviors among people with psychotic disorders in forensic settings. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI22034>.

Kapici, Y., & Almis, B. H. (2022). Comparison of first-episode psychosis and first-episode mania patients with healthy controls regarding serum vitamin B12 and folate levels. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 35(3), 147-154. <https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2022.00187>.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) (4ª edição)*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Mwebe, H. (2021). *Psychopharmacology: A Mental Health Professional's Guide to Commonly Used Medications*. Critical Publishing.

Nunes, B. (2008). *Memória: funcionamento perturbações e treino (1ª Edição)*. Lisboa: Lidel.

Sampaio, F. M. C., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 147-56. doi: 10.1016/j.apnu.2016.09.007

São João, H., Portela, P. & Cruz, V. (2020). *Enfermagem de Saúde Mental nos Comportamentos Aditivos*. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 119-120). Lidel.

Sequeira, C. (2018). Cuidar de idosos com dependência física e mental (2ª Edição). Lisboa: Lidel.

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Lusociência.

Wang, Y., Xia, J., Helfer, B., Li, C., Leucht, S. Valproate for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD004028. DOI: 10.1002/14651858.CD004028.pub4

Anexo 5 - Póster sobre “Técnicas Comunicacionais de Inversão da Escalada de Agressividade”

Técnicas Comunicacionais de Inversão da Escalada de Agressividade

Estas técnicas envolvem o uso de comunicação terapêutica e intervenções para “desarmar” utentes agitados de forma a evitar que eles escalem para níveis perigosos de agressão ou violência (McKnight, 2020).

Nos serviços de saúde mental a violência é um problema atual e relevante tanto para os profissionais como para os doentes (Brening *et al.*, 2023).

O comportamento agressivo é caracterizado por ações ou atitudes que envolvem violência física, verbal ou emocional, com o objetivo de causar dano ou intimidação a outra pessoa (ICN, 2019).

Este comportamento pode ocorrer em doentes com vários diagnósticos, incluindo psicose orgânica, doenças metabólicas, uso/abuso de substâncias, perturbações da personalidade, problemas de desenvolvimento, em alguns tipos de depressão, esquizofrenia e outros (Rocca *et al.*, 2006, cit. por Giarelli *et al.*, 2018).

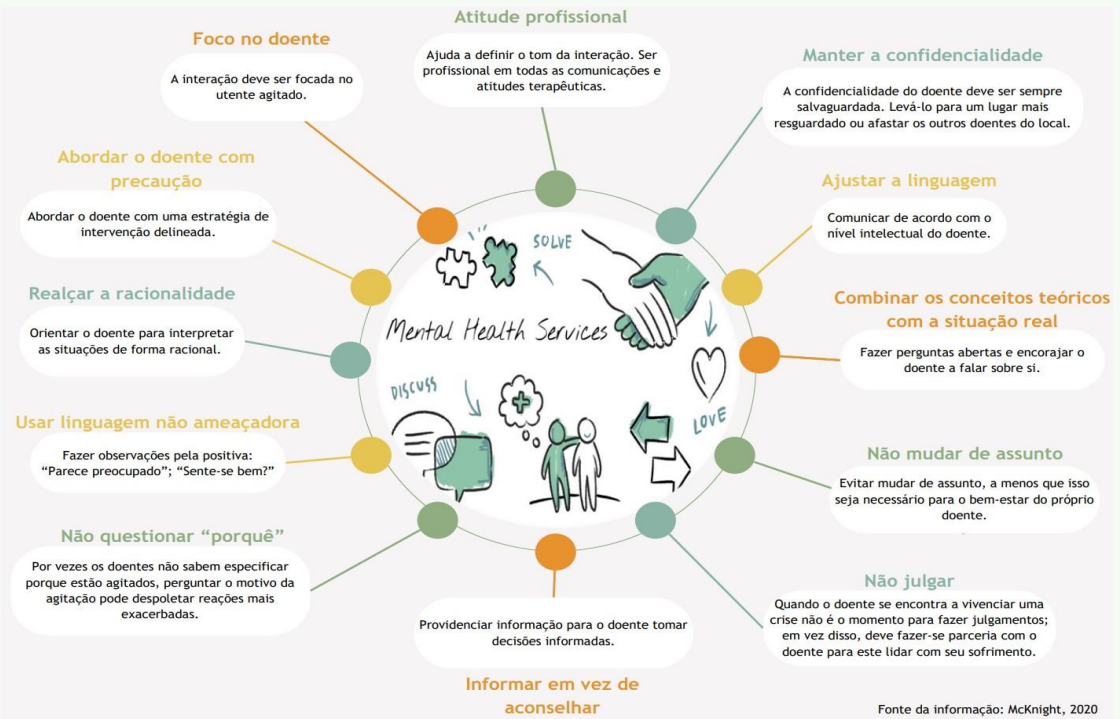
Podem ser influenciados não apenas pelas características da perturbação mental e pela gravidade dos sintomas, mas também por fatores relacionados com a institucionalização e a prestação de cuidados de saúde com privação da liberdade (Oliveira & Valença, 2020, cit. por Jorge Albino *et al.*, 2023).

Os profissionais de saúde podem utilizar intervenções como contenção física ou medicação para controlar estes comportamentos, assim como medidas de isolamento quando existe risco para o próprio ou para os outros. No entanto, estas medidas podem ter como consequência um aumento do comportamento agressivo do doente. (Spencer *et al.*, 2018).

As técnicas comunicacionais de inversão da escalada (*verbal de-escalation*) são um instrumento valioso na prevenção da violência (McKnight, 2020).

Bibliografia:

- ◊ Brening, D., Gade, P., & Voelml, B. (2023). Is mental health staff training in de-escalation techniques effective in reducing violent incidents in forensic psychiatric settings? - A systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 23(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04714-y>
- ◊ Giarelli, E., Nocera, R., Jabon, M., Roylans, C., Lopez, J., & Kover, J. (2018). Exploration of Aggression/Violence Among Adult Patients Admitted for Short-term, Acute-care Mental Health Services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 219-229. <https://doi.org/10.1016/j.apn.2017.11.004>
- ◊ Jorge Albino, M. J., Santos Rosa, A. G., & Dias Marques, M. I. (2023). Effectiveness of a nursing intervention in preventing violent behaviors among people with psychotic disorders in forensic settings. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RV12034>
- ◊ McKnight, S.E. (2020). De-escalating Violence in Healthcare. *Sigma*.
- ◊ Spencer, S., Johnson, P., & Smith, I. C. (2018). De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD012034. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012034.pub2>



Fonte da informação: McKnight, 2020

Realizado no âmbito do Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II do Curso de Mestrado de Saúde Mental e Psiquiátrica por:

Estudante: Raquel Bessa



Anexo 6 - Folheto sobre “Técnicas Comunicacionais de Inversão da Escalada de Agressividade”

ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O APARECIMENTO DE COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS

- Executar técnicas de relaxamento;
- Atividades de ocupação de tempos livres:
 - Jogos e puzzles;
 - Ler;
 - Desenhar/Pintar;
 - Ver televisão;
 - Ouvir música.
- Prática de exercício físico;
- Caminhadas;
- Evitar locais muito movimentados/situações stressantes para o doente.



Exercício de relaxamento respiração abdominal

Durante alguns momentos percorra uma sequência de imagens mentais agradáveis...

Depois, à medida que o seu corpo relaxa, dirija a atenção para a sua respiração...

Pouse uma mão levemente sobre o abdómen. Dirija a atenção para essa área.

Comece o exercício com uma expiração... Uma expiração que ocorra naturalmente. Repare no movimento descendente da área por debaixo da sua mão.

Em seguida, deixe que o ar entre nos pulmões, notando a dilatação que ocorre sob a sua mão.

Agora, à medida que o ar é expelido, repare nessa área a afundar novamente.

Deixe que a respiração decorra naturalmente.

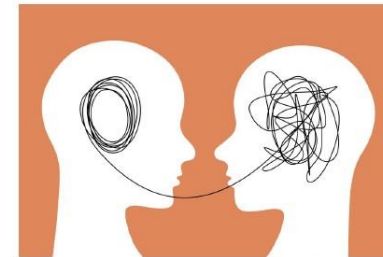
Referências Bibliográficas:
McKnight, S.E. (2020). De-Escalating Violence in Healthcare. Sigma.
Payne, R. A. (2003). Técnicas de relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde (2ª ed.). Lusociência.
Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Lusociência.



Realizado no âmbito do Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II do Curso de Mestrado de Saúde Mental e Psiquiátrica por:

Estudante: Raquel Bessa

Técnicas Comunicacionais de Inversão da Escalada de Agressividade



Serviço de Internamento de Agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Técnicas Comunicacionais de Inversão da Escalada de Agressividade

Uso de técnicas de comunicação para diminuir a agitação/agressividade dos doentes, de forma a evitar que eles escalem para níveis perigosos de agressão ou violência.

O Comportamento Agressivo é caracterizado por ações ou atitudes que envolvem violência verbal, emocional ou física, com o objetivo de causar dano ou intimidação a outra pessoa.

Pode surgir a partir de vários sentimentos como a raiva, ansiedade, culpa, frustração ou desconfiança.

Pode ocorrer em doentes com vários diagnósticos, incluindo psicose orgânica, doenças metabólicas, uso/abuso de substâncias, perturbações da personalidade, problemas de desenvolvimento, depressão, esquizofrenia e outros.



Manifestações de agressividade:

- Andar de um lado para o outro, desassossegado;
- Expressão facial e linguagem corporal tensas;
- Ameaças verbais ou físicas;
- Voz alta, gritar, utilização de obscenidades, discurso argumentativo;
- Ameaças de homicídio ou suicídio;
- Aumento da agitação com reações exageradas a estímulos ambientais;
- Desconfiança ou irritação.

COMO ATUAR PERANTE UM DOENTE COM COMPORTAMENTO AGRESSIVO

Em primeiro lugar, garantir a segurança dos intervenientes.

- Manter a calma;
- Afastar as pessoas que estejam a observar e que apenas contribuem para o aumento da agressividade do doente;
- Manter uma postura corporal calma, evitando movimentos bruscos;
- Mostrar respeito: permitir a expressão da situação que o perturba;
- Utilizar frases curtas e simples;
- Utilizar tom de voz baixo e calmo, de forma ao doente se aperceber que o seu está alto. Faça-o tomar consciência que estão em diálogo, e que não é necessário elevar o tom para ter razão;
- Alertar o doente para o seu comportamento, sem criticar;
- Oferecer escolhas ao doente (negociar formas de resolução do problema).

Anexo 7 - Marcador de livro com orientação para a Técnica de Relaxamento de Respiração Abdominal



"Durante alguns momentos percorra uma sequência de imagens mentais agradáveis...depois, à medida que o seu corpo relaxa, dirija a atenção para a sua respiração...pouse uma mão levemente sobre o abdomen. Dirija a atenção para essa área. Comece o exercício com uma expiração... uma expiração que ocorra naturalmente. Repare no movimento descendente da área por debaixo da sua mão. Em seguida, deixe que o ar entre nos pulmões, notando a dilatação que ocorre sob a sua mão. Agora, à medida que o ar é expelido, repare nessa área a afundar novamente. Deixe que a respiração decorra naturalmente" (Payne, 2003) "

Realizado por Raquel Bessa no âmbito do Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica

Anexo 8 - Planeamento da sessão de formação para os Assistentes Operacionais sobre “Comportamento Agressivo em Contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda”.

Sessão de Formação - Comportamento Agressivo em Contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda			
LOCAL	Sala de refeições funcionários do Serviço de Internamento de Psiquiatria de Adultos		
DATA E HORA	06/10/2023	14:00h	
DURAÇÃO	45 Minutos		
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	- Exercer atividade profissional no Serviço de Internamento de Psiquiatria de Adultos.		
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	- Indisponibilidade para participar na sessão de formação.		
ALVO	Assistentes Operacionais do Serviço de Internamento de Psiquiatria de Adultos		
ENFERMEIRO	Raquel Bessa; EEESMP		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	“Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do comportamento agressivo”		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Melhor o conhecimento sobre o comportamento agressivo; - Melhor o conhecimento sobre as causas subjacentes dos comportamentos agressivos em pessoas internadas em contexto psiquiátrico agudo; - Melhor o conhecimento sobre estratégias para lidar com o comportamento agressivo de maneira construtiva; - Melhor o conhecimento sobre estratégia para promover a comunicação eficaz e a resolução pacífica de conflitos. 		
	CONTEÚDOS	MÉTODOS	DURAÇÃO
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos dos intervenientes. - Comunicação do tema. - Comunicação dos objetivos. 	- Expositivo	5 minutos
FASE INTERMÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de comportamento agressivo. - Manifestações de comportamento agressivo. - Porque surgem os comportamentos agressivos. - Como prevenir/evitar comportamentos agressivos. - Como atuar perante pessoas com comportamento agressivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	30 minutos
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos. - Esclarecimento de questões. - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	10 minutos

Anexo 9 - Reflexão crítica sobre relação terapêutica: dificuldades do processo e tomada de consciência sobre a influência do “eu” na relação - Contexto de Internamento de Pessoas em Fase de Descompensação Clínica Aguda.

A presente reflexão crítica surge com o propósito de demonstrar a aquisição da competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto). Espera-se que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) demonstre “tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto). Segundo o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto para a aquisição desta competência o EEESMP deve ser capaz de:

- Identificar “no aqui-e- agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar”;
- Gerir “os fenómenos de transferência e contra - transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica”;
- Manter “o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico”;
- Monitorizar “as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica”.

Ao longo do estágio, concretamente na abordagem à pessoa com comportamento agressivo, surgiram situações que deram lugar a reflexões sobre a atuação enquanto futura EEESMP.

O primeiro impasse deu-se quando foi necessário abordar a pessoa no sentido de convidar a participar na entrevista inicial de Enfermagem. Houve alguma insegurança em falar com a pessoa, pela dúvida sobre qual seria a sua reação, se ficaria desconfiado, dado estar há pouco tempo no serviço e por estar a ser abordado por uma estudante.

A pessoa em questão estava internada no Serviço de Psiquiatria de Adultos, de forma involuntária, após episódio de agitação psicomotora, com heteroagressividade dirigida a pessoas e objetos, em contexto de um surto psicótico com atividade delirante. Apresentava

diagnóstico médico de Perturbação psicótica (primária vs. tóxica) /Esquizofrenia SOE e Perturbação da Personalidade Antissocial.

Em contexto de internamento, o comportamento agressivo por parte da pessoa está mais associado ao sexo masculino, idade mais jovem, internamentos involuntários, ser solteiro, ter diagnóstico de esquizofrenia, história anterior de violência, história de abuso de substâncias e múltiplos internamentos anteriores (Dack *et al.*, 2013, como citado em Giarelli *et al.*, 2018).

De acordo com a OMS (2022) a Perturbação da Personalidade Antissocial tem como característica, traços de personalidade pautados pelo desrespeito dos direitos e sentimentos dos outros, abrangendo tanto o egocentrismo quanto a falta de empatia. As manifestações comuns, não estando todas necessariamente presentes num determinado indivíduo num determinado momento, incluem: egocentrismo (como por exemplo, senso de direito, expectativa de admiração dos outros, comportamentos positivos ou negativos de procura de atenção, preocupação com as próprias necessidades, desejos e conforto e não com os dos outros) e falta de empatia (ou seja, indiferença para saber se as suas ações prejudicam os outros, nomeadamente ser enganoso, manipulador e explorador dos outros, ser maldoso e fisicamente agressivo, insensibilidade em resposta ao sofrimento dos outros e crueldade na obtenção dos seus objetivos) (OMS, 2022).

Neste primeiro momento foi solicitada a colaboração do Enfermeiro Tutor para fazer a ponte com a pessoa, fazer as apresentações e questionar se estaria disposta a participar na entrevista. Ao contrário do que esperava a pessoa mostrou disponibilidade para participar. No dia em que ficou marcada a entrevista foi o primeiro a vir confirmar, no início do turno, se se iria realizar a entrevista. Esta situação levou à reflexão sobre as ideias pré-concebidas. Partiu-se do princípio de que, por ser uma pessoa com diagnóstico médico de psicose e perturbação antissocial da personalidade, e com o diagnóstico de Enfermagem de comportamento agressivo não iria estar recetivo a falar sobre a sua situação atual, pensou-se que ficaria desconfiado e que pudesse demonstrar alguma hostilidade. Ocorreu uma sensação de receio em abordar a pessoa porque antecipou-se uma resposta hostil da sua parte. Num contexto de trabalho, enquanto EEESMP, este receio poderia impedir de realizar a intervenção.

O comportamento agressivo pode ocorrer em pessoas com vários diagnósticos, incluindo psicose orgânica, doenças metabólicas, abuso de substâncias, perturbações da personalidade, problemas de desenvolvimento, em alguns tipos de depressão, esquizofrenia, entre outros (Rocca *et al.*, 2006, como citado em Giarelli *et al.*, 2018). Qualquer pessoa, independentemente do seu diagnóstico, pode apresentar respostas desajustadas ou estar mais ou menos recetivo à intervenção do enfermeiro; é por isso necessário evitar fazer juízos sobre a pessoa pelo diagnóstico que apresenta, a abordagem deve ser sempre cautelosa, mas sem

receios; sempre que necessário é útil solicitar a colaboração de outro colega e nunca deixar de intervir com vista a prestar apoio à pessoa com doença mental.

Outra situação que ocorreu, tratou-se de a pessoa partir do pressuposto que haveria uma diferença de idades superior, na qual ele seria mais velho (possivelmente, por se ter referido que a entrevista seria realizada por uma estudante de mestrado). A pessoa abordou o assunto da idade, da eventualidade de ser muito “nova” [sic], de não compreender algum do conteúdo do seu discurso por esse motivo. Houve necessidade de explicar à pessoa que estava perante uma enfermeira que já exercia a profissão e que estava a fazer uma especialização na área de Saúde Mental e Psiquiátrica. Isto levou a que a pessoa também adequasse o seu discurso e aceitasse melhor a orientação da intervenção.

A pessoa tinha antecedentes criminais, mas não especificou o motivo da sua detenção. No processo clínico existia referencia a violência doméstica para com a mãe. Além disso, o próprio fazia referência a ter cometido crimes contra a vida, a querer vingar-se [sic]. Na abordagem à pessoa, houve necessidade de o consciencializar de que esse tipo de discurso/comportamento não traria benefícios para ele, nem para a sua convivência com os outros; foi necessário ajustar o discurso para não parecer que se estavam a fazer juízos de valor, mas sim a aconselhar comportamentos e vivências mais ajustadas ao socialmente aceite para uma boa vivência em comunidade e aquilo que é legalmente aceite e permitido.

A comunicação terapêutica é utilizada pelos profissionais de saúde para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas nos processos de transição saúde-doença e na adaptação a dificuldades. São utilizadas técnicas e habilidades para ajudar as pessoas a resolverem os seus problemas, a relacionarem-se melhor consigo e com os outros e a adaptarem-se à sua condição de saúde e contexto de vida (Sequeira, 2020a *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

A assertividade é uma capacidade comunicacional que permite a expressão de sentimentos e ideias pessoais, sem negar os próprios direitos e sem esquecer os direitos dos outros, sem que esse processo envolva ansiedade excessiva; permite à pessoa expressar-se de forma calma e sem agressividade para com o outro (Grilo, 2012, como citado em Sequeira, 2020b *in* Sequeira & Sampaio, 2020; Sequeira, 2020b *in* Sequeira & Sampaio, 2020).

Ao longo da intervenção a comunicação terapêutica teve um papel fundamental no estabelecimento da relação terapêutica. Foi possível o estabelecimento de uma relação de confiança, respeito e aceitação entre o enfermeiro e a pessoa (Sequeira & Coelho, 2021 *in* Sequeira, 2021).

A intervenção com esta pessoa permitiu uma reflexão sobre como a relação terapêutica pode ser influenciada pelas vivências e valores pessoais (quer enquanto pessoa, quer enquanto enfermeira), assim como pelas do cliente.

Em contextos de Saúde Mental e Psiquiatria os aspetos emocionais, psicológicos, culturais, sociais e familiares são de grande importância na comunicação terapêutica. (Sequeira & Coelho, 2021 *in* Sequeira, 2021).

Os antecedentes criminais da pessoa poderiam ter sido uma barreira para a intervenção, mas ao contrário do que se esperava, não foi fator de distanciamento. Refletiu-se sobre o contexto em que a pessoa cresceu, como isso pode ter influenciado negativamente as suas escolhas. Ao mesmo tempo pensou-se no porquê de ele não mudar os seus comportamentos, depois da doença estabilizada.

Entre estes sentimentos de ambivalência, em relação ao cliente, prevaleceu a vontade de o ajudar a encontrar alguma forma de controlar a sua vida de forma mais positiva e melhorar os seus relacionamentos sociais e familiares.

Intervenções de Enfermagem direcionadas à promoção de competências interpessoais e à prevenção de comportamentos violentos, em pessoas com esquizofrenia ou outros tipos de perturbação psicótica, aumentam o nível de funcionalidade social e diminuem significativamente manifestações de comportamentos perturbadores e agressivos (Albino *et al.*, 2023).

O tempo de intervenção foi muito breve, não se conseguindo mudanças significativas. A intervenção permitiu refletir que, apesar de ser difícil conviver com pessoas com estas características, seria importante reabilitá-los em contexto comunitário.

O internamento em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda centra-se na estabilização da doença mais do que na reabilitação. A Lei nº 35/2023, de 21 de julho consagra que a prestação de cuidados de saúde mental deve se realizada num ambiente o menos restritivo possível, devendo o internamento hospitalar ter lugar como medida de último recurso. As altas nestes contextos são, na maioria das situações, precoces, logo que a doença aguda esteja estabilizada. Assim, considera-se importante o investimento na reabilitação noutros contextos.

Bibliografia:

- Albino, M. J. J., Rosa, A. G. S., & Marques, M. I. D. (2023). Effectiveness of a nursing intervention in preventing violent behaviors among people with psychotic disorders in forensic settings. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RVI22034>.
- Giarelli, E., Nocera, R., Jobes, M., Boylan, C., Lopez, J., & Knerr, J. (2018). Exploration of Aggression/Violence Among Adult Patients Admitted for Short-term, Acute-care Mental Health Services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 215-223.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.004>.

Lei nº 35/2023, de 21 de julho. (2023). Diário da República: I Série, n.º 141.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial de Saúde. (2022). International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). *World Health Organization*. Disponível em <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Sequeira, C. (2020a). Comunicação em Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 193-195). Lidel

Sequeira, C. (2020b). Treino da Assertividade. In C. Sequeira & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (pp. 193-195). Lidel

Sequeira, C. & Coelho, T. (2021). Comunicação Terapêutica. In C. Sequeira, *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 97-102). Lidel

Anexo 10 - Planeamento de Intervenção Psicoeducacional em Contexto Comunitário (Amaral *et al.*, 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020).

Sessão 1					
LOCAL	Domicílio da D ^a . M				
DATA E HORA	30/10/2023	09:00h			
DURAÇÃO	60 Minutos				
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de diagnóstico de Enfermagem no âmbito do conhecimento (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Motivação para participar na intervenção (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Disponibilidade para participar nas sessões (Amaral <i>et al.</i>, 2020). 				
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de descompensação/ agudização da doença mental (Sampaio, 2011); - Défice cognitivo grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Estado confusional (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Agitação psicomotora (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Sintomatologia heteróloga grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018). 				
ALVO	D ^a . M				
ENFERMEIRO	Raquel Bessa; EEESMP				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DE	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar o conhecimento sobre demência. - Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do comportamento agressivo da pessoa com demência. - Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>. 			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conhecimentos sobre a demência e as suas fases - Adquirir conhecimentos sobre alterações psicológicas e comportamentais da demência 				
		CONTEÚDOS	MÉTODOS	DURAÇÃO	MATERIAIS/RECURSOS
FASE INICIAL		<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos dos intervenientes - Comunicação do tema - Comunicação dos objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo 	5 minutos	- PowerPoint (impresso)
FASE INTERMÉDIA		<ul style="list-style-type: none"> - O que é a demência - Fases da doença - Alterações comportamentais e psicológicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	45 minutos	- PowerPoint (impresso)
FASE FINAL		<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos - Esclarecimento de questões - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão - Informar data, hora e tema da sessão seguinte 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	10 minutos	

Sessão 2

LOCAL	Domicílio da D ^a . M				
DATA E HORA	07/11/2023	09:00h			
DURAÇÃO	60 Minutos				
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de diagnóstico de Enfermagem no âmbito do conhecimento (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Motivação para participar na intervenção (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Disponibilidade para participar nas sessões (Amaral <i>et al.</i>, 2020). 				
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de descompensação/ agudização da doença mental (Sampaio, 2011); - Défice cognitivo grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Estado confusional (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Agitação psicomotora (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Sintomatologia heteróloga grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018). 				
ALVO	D ^a . M				
ENFERMEIRO	Raquel Bessa; EEESMP				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DE	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar o conhecimento sobre demência. - Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do comportamento agressivo da pessoa com demência. - Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>. 			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conhecimentos sobre alterações comportamentais da demência: comportamento agressivo - Adquirir conhecimentos sobre gestão da comunicação e do comportamento 				
	CONTEÚDOS		MÉTODOS	DURAÇÃO	MATERIAIS/RECURSOS
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos dos intervenientes - Comunicação do tema - Comunicação dos objetivos 		- Expositivo	5 minutos	- PowerPoint (impresso)
FASE INTERMÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamento agressivo e causas possíveis - Como comunicar com a pessoa com demência 		<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	45 minutos	- PowerPoint (impresso)
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos - Esclarecimento de questões - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão - Informar data, hora e tema da sessão seguinte 		<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	10 minutos	

Sessão 3

LOCAL	Domicílio da D ^a . M			
DATA E HORA	21/11/2023	09:00h		
DURAÇÃO	60 Minutos			
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de diagnóstico de Enfermagem no âmbito do conhecimento (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Motivação para participar na intervenção (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Disponibilidade para participar nas sessões (Amaral <i>et al.</i>, 2020). 			
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de descompensação/ agudização da doença mental (Sampaio, 2011); - Défice cognitivo grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Estado confusional (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Agitação psicomotora (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Sintomatologia heteróloga grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018). 			
ALVO	D ^a . M			
ENFERMEIRO	Raquel Bessa; EEESMP			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DE	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para melhorar o conhecimento sobre demência. - Potencial para melhorar o conhecimento sobre gestão do comportamento agressivo da pessoa com demência. - Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>. 		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conhecimentos sobre estratégias de <i>coping</i> eficazes - Adquirir conhecimentos sobre estratégias para manter a saúde física e mental do familiar cuidador 			
	CONTEÚDOS	MÉTODOS	DURAÇÃO	MATERIAIS/RECURSOS
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos dos intervenientes - Comunicação do tema - Comunicação dos objetivos 	- Expositivo	5 minutos	- PowerPoint (impresso)
FASE INTERMÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar estratégias de <i>coping</i> - Importância de manter a saúde física e mental - Identificar atividades físicas que possa executar. - Instruir e treinar técnicas de relaxamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	45 minutos	- PowerPoint (impresso)
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar folheto informativo - Síntese dos conteúdos - Esclarecimento de questões - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão - Questionário para avaliação da intervenção - Separação física 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário de avaliação - Folheto informativo

Anexo 11 - Questionário de avaliação Intervenção Psicoeducacional em Contexto Comunitário

Com o intuito de avaliar o seu conhecimento sobre as perturbações neurodegenerativas (Doença de Alzheimer e outras demências) e sobre comportamento agressivo, solicita-se que responda às seguintes questões:

1 - Tem conhecimento sobre a evolução da doença do seu familiar?

Sim Não

1.1 - Se sim, descreva algumas alterações que podem ocorrer no futuro.

2 - Se o seu familiar se recusasse a alimentar/tomar banho, como pensa que iria reagir/responder?

3 - Para si, o que é o comportamento agressivo?

2 - Na sua opinião, os comportamentos agressivos podem estar associados a problemas de saúde, como a demência?

Sim Não

3 - Na sua opinião, os comportamentos agressivos podem ser evitados?

Sim Não

3.1 - Se sim, identifique estratégias que possam diminuir a possibilidade de a pessoa ter comportamento agressivo?

Anexo 12 - Planeamento de Intervenção Psicoeducacional em Contexto Comunitário: Sessão sobre luto (Amaral *et al.*, 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020).

Sessão - Vamos falar sobre o luto				
LOCAL	Domicílio da D ^a . M			
DATA E HORA	22/11/2023	09:30h		
DURAÇÃO	60 Minutos			
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Pessoa em processo de luto - Presença de diagnóstico de Enfermagem no âmbito do conhecimento (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Motivação para participar na intervenção (Amaral <i>et al.</i>, 2020); - Disponibilidade para participar nas sessões (Amaral <i>et al.</i>, 2020). 			
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de descompensação/ agudização da doença mental (Sampaio, 2011); - Défice cognitivo grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Estado confusional (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Agitação psicomotora (Sampaio <i>et al.</i>, 2018); - Sintomatologia heteróloga grave (Sampaio <i>et al.</i>, 2018). 			
ALVO	D ^a . M			
ENFERMEIRO	Raquel Bessa; EEESMP			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DE	Potencial para melhorar o conhecimento sobre o luto		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir conhecimentos sobre o luto - Adquirir conhecimentos sobre estratégias de <i>coping</i> - Adquirir conhecimentos sobre o luto prolongado 			
	CONTEÚDOS	MÉTODOS	DURAÇÃO	MATERIAIS/RECURSOS
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos dos intervenientes - Comunicação do tema - Comunicação dos objetivos 	- Expositivo	5 minutos	- PowerPoint (impresso)
FASE INTERMÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - O que é o luto - Fases do luto - Estratégias de <i>coping</i> - Luto prolongado 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	45 minutos	- PowerPoint (impresso)
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos conteúdos - Esclarecimento de questões - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo - Participativo 	10 minutos	

	- Separação física			
--	--------------------	--	--	--

Anexo 13 - Planeamento da sessão de estimulação cognitiva.

Sessão de Estimulação Cognitiva			
LOCAL	Gabinete de Enfermagem de Saúde Mental e psiquiatria, Unidade de Cuidados na Comunidade		
DATA E HORA	26/10/2023	09:00h	
DURAÇÃO	60 Minutos		
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	- Pessoa com comprometimento geral ou específico da cognição (Sousa <i>et al.</i> , 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020).		
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	- Depressão grave (Sousa <i>et al.</i> , 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020). - Demência em estágio grave (Sousa <i>et al.</i> , 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020). - Perturbação psicótica (Sousa <i>et al.</i> , 2020 in Sequeira & Sampaio, 2020).		
ALVO	Sr. ° R		
ENFERMEIRO	Raquel Bessa; EEESMP		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	- Cognição comprometida		
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a orientação espaço-temporal. - Promover a sequenciação e organização do raciocínio. - Promover a função executiva através do raciocínio e resolução de problemas. - Estimular a linguagem e a comunicação. 		
	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MATERIAIS/RECURSOS
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos intervenientes. - Introdução do tema neutro (orientação para a realidade, clima, estação do ano). - Partilhar acontecimentos recentes (notícias). 	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa e cadeiras. - Caneta/lápis, papel e exercícios.
FASE INTERMÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar raciocínio e cálculo através de resolução de problema matemático e jogo “<i>Sudoku</i>”. - Treinar raciocínio e linguagem através de exercício de completar frases. - Treinar atenção através de realização de sopa de letras. 	40 minutos	
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Obter <i>feedback</i> sobre a atividade realizada. - Agradecer a participação. - Despedidas e separação física. 	5 minutos	

Anexo 14 - Materiais de apoio às consultas de ESMP

ESTRATÉGIAS DE COPING PARA O CUIDADOR DO DOENTE COM DEMÊNCIA

- Executar técnicas de relaxamento;
- Atividades de ocupação de tempos livres:
 - Jogos e puzzles;
 - Ler;
 - Desenhar/Pintar;
 - Ver televisão;
 - Ouvir música.
- Prática de exercício físico (caminhada de 30 minutos).



Exercício de relaxamento respiração abdominal

Durante alguns momentos percorra uma sequência de imagens mentais agradáveis...

Depois, à medida que o seu corpo relaxa, dirija a atenção para a sua respiração...

Pouse uma mão levemente sobre o abdómen. Dirija a atenção para essa área.

Comece o exercício com uma expiração... Uma expiração que ocorra naturalmente. Repare no movimento descendente da área por debaixo da sua mão.

Em seguida, deixe que o ar entre nos pulmões, notando a dilatação que ocorre sob a sua mão.

Agora, à medida que o ar é expelido, repare nessa área a afundar novamente.

Deixe que a respiração decorra naturalmente.

Referências Bibliográficas:

https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/manual_do_cuidador.pdf
http://www.aspesm.org/wp-content/uploads/2022/11/EstarcomDemencia_manualdocuidador.pdf
Payne, R. A. (2003). Técnicas de relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde (2ª ed.). Lusociência.



Realizado no âmbito do Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II do Curso de Mestrado de Saúde Mental e Psiquiátrica por:

Estudante: Raquel Bessa

Conhecer a Demência



O que é a demência?

A demência é uma doença neurológica degenerativa. Afeta o cérebro levando à destruição dos neurónios com o passar do tempo. É uma doença progressiva que avança por fases.

Sintomas comuns?

- ⇒ Perda de memória
- ⇒ Desorientação
- ⇒ Dificuldades na comunicação
- ⇒ Dificuldades em reconhecer objetos/ pessoas
- ⇒ Sintomas comportamentais e psicológicos:

- Comportamentos repetitivos
- Agressividade e agitação psicomotora (ex. resistência, vaguear)
- Alterações do sono
- Alterações do apetite
- Alterações do comportamento sexual
- Apatia
- Depressão
- Psicose (ex. delírios de perseguição)
- Ansiedade

As pessoas com demência podem comportar-se de uma maneira agressiva, quer seja dum modo verbal, quer seja de forma física.

Como evitar



Tente descobrir o que possa ter sido a causa

- Ansiedade
- Medo
- Agitação
- Cólera
- Frustração

Podem conduzir a um comportamento agressivo.



COMO LIDAR COM COMPORTAMENTO AGRESSIVO:

- Manter a calma e transmitir tranquilidade
- Tentar distrair a pessoa doente
- Evitar fazer frente ou prender a pessoa
- Não esquecer a sua própria segurança (pense numa maneira de escapar, se for necessário)
- Conte o que se passou e diga o que sente a alguém, em quem tenha confiança
- Refira ao médico que faz o acompanhamento do doente

EVITE:

- Cenas de confrontação e discussão
- Levar a peito o que a pessoa lhe diz
- Provocar, através de confrontação física, troçar ou rir
- Mostrar medo
- Tentar prender a pessoa
- Ficar embaraçado pelo comportamento da pessoa
- Movimentos bruscos para se libertar, se ficar preso
- Aplicar castigos

JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO

Inverno



Primavera



Verão



Outono



O Cérebro Humano



Lobo Frontal

Responsável pela personalidade, resolução de problemas, planeamento, raciocínio lógico e pensamento.



Lobo Parietal

Controla a dor, paladar e toque (informações sensoriais), assim como a compreensão dos objetos, formas e espaço (tamanho, a forma e a distância)



Lobo Occipital

Percepção visual, incluindo cor, forma e movimento e olfato.



Lobo Temporal

Controla a linguagem e a audição e desempenha um papel importante no reconhecimento de objetos e memória visual



Cerebelo

Controla o movimento, equilíbrio corporal e os músculos



Sistema Nervoso Central

Permite a passagem de informação entre o cérebro e as diferentes partes do corpo. Controla as funções autónomas como a respiração e a circulação



TERMÓMETRO DA ANSIEDADE

FORA DO CONTROLO
PÂNICO
ASSUSTADO
OPRIMIDO

ANSIOSO
NERVOSO
STRESSADO
PERTURBADO
DIFICULDADE EM SE EXPRESSAR

TENSÃO
PREOCUPADO
DESCONCENTRADO
INQUIETO
DESCONFORTÁVEL

ALEGRE
CALMO
EM PAZ
RELAXADO
CONTROLADO



ESTRATÉGIAS DE COPING



Ler Um Livro



Ouvir Música



Puzzle



Caminhadas



Pintar/ desenhar



Limpezas



Respirar Fundo



Apreciar a Natureza



Fazer Uma Pausa



Descansar



Jardinagem



Animais de Estimação



Praticar a Gratidão



Meditar



Autoafirmação



Escrever um Diário

RODA DO BEM-ESTAR



Corpo: Sê ativo

Mente: Continua a aprender

Espirito: Dá

Pessoas: Liga-te

Ambiente: Toma conhecimento

Planeta: Cuida

ABC das Estratégias de Coping



Animal de estimação



Beber água



Cozinhar



Dormir o suficiente



Exercício Físico



Fazer uma pausa/ Saber quando tem que parar



Gratidão



Hábitos saudáveis



Ioga/Meditação/Relaxamento



Jardinagem



Ler/Escrever



Música/ Dançar



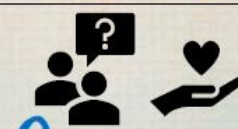
Apreciar a **N**atureza



Orar



Pintar/ Desenhar



Questionar se precisa de ajuda



Respirar profundamente/ Contar até 10



Sorrir



Tempo para se autocuidar



Usar linguagem positiva



Ver um filme/ imagens agradáveis



X Passar tempo com a família/ amigos



Zelar pelo próximo (Boas Atitudes)

Anexo 15 - Tabelas de cotação e conversão SOCRATES 8D (Janeiro & Faisca, 2019)

Anexo B

Tabela 1
Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1			
Item 2			
Item 3			
Item 4			
Item 5	----	----	----
Item 6			
Item 7			
Item 8			
Item 9			
Item 10			
Item 11			
Item 12			
Item 13			
Item 14			
Item 15			
Item 16			
Item 17			
Item 18			
Item 19			
	Total _____	Total _____	Total _____
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2
Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

	Percentis (%)	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência	
	10	<i>muito baixo</i>	15	32	8
-	20		21	33	11
	30	<i>baixo</i>	24	35	13
	40		25	36	14
	50	<i>médio</i>	26	37	--
	60		27	38	15
+	70	<i>alto</i>	29	39	16
	80		30	39	17
	90	<i>muito alto</i>	--	40	18

RECONHECIMENTO DO PROBLEMA

Pontuações ALTAS indicam que existe reconhecimento dos problemas relacionados com o consumo de drogas, que a pessoa espera que a situação se agrave se nada fizer e demonstra tendência a expressar o desejo de mudança.

Pontuações BAIXAS indicam a ausência de desejo de mudança, negação das consequências do consumo de drogas e rejeição de diagnósticos tais como “problema com drogas” ou “toxicodependente”.

AÇÃO

Pontuações ALTAS significam que a pessoa já está a fazer algo para mudar em relação ao consumo de drogas e pode ter realizado algumas tarefas com sucesso a esse nível. A mudança está em ação e a pessoa pode solicitar ajuda para manter a mudança ou prevenir reveses. Uma pontuação alta é predictora de mudança.

Pontuações BAIXAS significam que a pessoa não está a fazer nada para mudar em relação ao seu consumo de drogas e portanto não obteve nenhuma mudança a esse nível recentemente.

AMBIVALÊNCIA

Pontuações ALTAS indicam que a pessoa por vezes se questiona acerca da capacidade que possui para controlar o seu consumo, acerca da quantidade e dependência desse consumo, e do impacto do consumo sobre as outras pessoas. Pontuações altas reflectem ambivalência ou incerteza, podendo indicar alguma abertura à reflexão, tal como é de esperar no estágio de mudança contemplação.

Pontuações BAIXAS indicam que a pessoa não se questiona acerca do seu consumo de drogas, da sua capacidade para controlar o consumo, das consequências do mesmo sobre as suas relações e se é ou não dependente. A pessoa pode pontuar baixo em ambivalência quer porque “sabe” que o seu consumo está a causar problemas (“reconhecimento do problema” elevado) quer porque sabe que não tem problemas (“reconhecimento do problema” baixo). A pontuação obtida na Ambivalência deve ser interpretada em função da pontuação obtida no fator Reconhecimento do Problema.

Nota. Guia interpretativo dos fatores da SOCRATES 8D, adaptado de “SOCRATES: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale” de *CASAA Research Division*, s.d., de <http://casaa.unm.edu/inst/SOCRATESv8.pdf>.

Anexo 16 - Planeamento de Intervenção de Modificação do Comportamento

Sessão 1 - Modificação do Comportamento			
LOCAL	Unidade de Saúde		
DATA E HORA	18/12/2023	10:00h	
DURAÇÃO	60 Minutos		
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020) - Pessoa em estágio de motivação para a mudança ao nível da preparação ou da ação (Sequeira & Sampaio, 2020) - Capacidade cognitiva para entender as tarefas inerentes ao processo de mudança comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020) - A pessoa não se encontrar em crise emocional (Sequeira & Sampaio, 2020) 		
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de descompensação / agudização da doença mental (Drake <i>et al.</i>, 2020, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) - Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave (Drake <i>et al.</i>, 2020; Gautam <i>et al.</i>, 2020; Grant <i>et al.</i>, 2005, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) - Perturbação antissocial da personalidade (Gautam <i>et al.</i>, 2020; Newman <i>et al.</i>, 1997, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) - Uso de técnicas de exposição imediata ao estímulo fóbico em estados de ansiedade intensa (implosão) (Townsend, 2011, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) 		
ALVO	Sr. P		
ENFERMEIROS	Raquel Bessa e EEESMP		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DE	- Abuso de drogas (cocaína)	
OBJETIVOS	- Promover a modificação do comportamento (uso de cocaína)		
		CONTEÚDOS	DURAÇÃO
FASE DE PREPARAÇÃO	- Organizar a sala de Enfermagem		
			MATERIAIS/RECURSOS
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos iniciais. - Explicar o funcionamento das sessões. - Identificar o comportamento que necessita de ser mudado. - Determinar a motivação da pessoa para o mudar. - Negociar os objetivos que se pretendem com as sessões. - Obter consentimento. 		15 minutos
			<ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras - Mesa - Papel e caneta - Consentimento informado

FASE INTERMÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a pessoa a identificar os prós e os contras do seu comportamento. - Encorajar a pessoa a avaliar o seu comportamento, tomando consciência das respetivas consequências. - Incentivar a pessoa a identificar os estímulos que aumentam a vontade de consumir. - Encorajar a pessoa a refletir sobre estímulos associados ao comportamento. - Negociar os objetivos que se pretende que ele attingir durante o intervalo de tempo entre sessões. <p style="text-align: right;">(Sequeira, 2006)</p>	35 minutos	- Tabela prós e contras
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar realização de trabalho de casa. - Resumo da sessão. - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão. - Informar data, hora e tema da sessão seguinte. 	10 minutos	- Tabela vontade de consumir

Sessão 2 - Modificação do Comportamento		
LOCAL	Unidade de Saúde	
DATA E HORA	03/01/2024	10:00h
DURAÇÃO	60 Minutos	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020) - Pessoa em estágio de motivação para a mudança ao nível da preparação ou da ação (Sequeira & Sampaio, 2020) - Capacidade cognitiva para entender as tarefas inerentes ao processo de mudança comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020) - A pessoa não se encontrar em crise emocional (Sequeira & Sampaio, 2020) 	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de descompensação / agudização da doença mental (Drake <i>et al.</i>, 2020, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) - Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave (Drake <i>et al.</i>, 2020; Gautam <i>et al.</i>, 2020; Grant <i>et al.</i>, 2005, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) - Perturbação antissocial da personalidade (Gautam <i>et al.</i>, 2020; Newman <i>et al.</i>, 1997, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) - Uso de técnicas de exposição imediata ao estímulo fóbico em estados de ansiedade intensa (implosão) (Townsend, 2011, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) 	
ALVO	Sr. P	
ENFERMEIROS	Raquel Bessa e EEESMP	
DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM	DE	- Abuso de drogas (cocaína)

OBJETIVOS	- Promover a modificação do comportamento (uso de cocaína)		
	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MATERIAIS/RECURSOS
FASE DE PREPARAÇÃO	- Organizar a sala de Enfermagem		- Cadeiras - Mesa
FASE INICIAL	- Cumprimentos iniciais. - Fazer resumo da sessão anterior - Avaliar progresso desde a sessão anterior	10 minutos	- Papel e caneta
FASE INTERMÉDIA	- Analisar o trabalho de casa. - Encorajar a pessoa a reavaliar o seu comportamento, promovendo a consciencialização dos malefícios do seu consumo. - Planear juntamente com a pessoa estratégias de autocontrolo (estratégias de <i>coping</i> , substituição por outro comportamento). - Analisar as reações perante situações imaginadas que evoquem ou levem ao aparecimento do comportamento, na tentativa de evitar impulsos. (Sequeira, 2006)	40 minutos	- Tabela vontade de consumir
FASE FINAL	- Solicitar realização de trabalho de casa. - Resumo da sessão. - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão. - Informar data, hora e tema da sessão seguinte.	10 minutos	- Tabela atividades agradáveis/ passatempos

Sessão 3 - Modificação do Comportamento		
LOCAL	Unidade de Saúde	
DATA E HORA	09/01/2024	10:00h
DURAÇÃO	60 Minutos	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020) - Pessoa em estágio de motivação para a mudança ao nível da preparação ou da ação (Sequeira & Sampaio, 2020) - Capacidade cognitiva para entender as tarefas inerentes ao processo de mudança comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020) - A pessoa não se encontrar em crise emocional (Sequeira & Sampaio, 2020) 	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de descompensação / agudização da doença mental (Drake <i>et al.</i>, 2020, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) - Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave (Drake <i>et al.</i>, 2020; Gautam <i>et al.</i>, 2020; Grant <i>et al.</i>, 2005, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Perturbação antissocial da personalidade (Gautam <i>et al.</i>, 2020; Newman <i>et al.</i>, 1997, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) - Uso de técnicas de exposição imediata ao estímulo fóbico em estados de ansiedade intensa (implosão) (Townsend, 2011, como citado em Sampaio <i>et al.</i>, 2023) 		
ALVO	Sr. P		
ENFERMEIROS	Raquel Bessa e EEESMP		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	- Abuso de drogas (cocaína)		
OBJETIVOS	- Promover a modificação do comportamento (uso de cocaína)		
	CONTEÚDOS	DURAÇÃO	MATERIAIS/RECURSOS
FASE DE PREPARAÇÃO	- Organizar a sala de Enfermagem		- Cadeiras - Mesa
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos iniciais. - Fazer resumo da sessão anterior - Avaliar progresso desde a sessão anterior 	15 minutos	- Papel e caneta
FASE INTERMÉDIA	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar o trabalho de casa. - Negociar utilização das atividades identificadas para substituir o consumo. - Salientar a importância do planeamento individual na cessação do comportamento. - Elogiar os esforços de autocontrolo que a pessoa desenvolveu. - Informar sobre vigilância de saúde. <p style="text-align: right;">(Sequeira, 2006)</p>	35 minutos	- Tabela atividades agradáveis/ passatempos
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo da sessão. - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão. - Incentivar manutenção da mudança de comportamento/ reforço positivo. 	10 minutos	

Anexo 17 - Tabela prós e contras

Identifique os prós e os contras dos seus consumos, quais os benefícios/malefícios lhe trazem os consumos.

Prós	Contras

Quais os momentos e locais em que sente mais vontade de consumir?

--

Anexo 18 - Tabela vontade de consumir

Situação em que teve vontade de consumir	Consumiu	Não Consumiu	Emoções Associadas

Anexo 19 - Tabela atividades agradáveis/ passatempos

Identifique atividades ou passatempos que realiza no seu dia a dia que lhe provoquem sentimentos positivos/ bem-estar.

Que faço	Que gostaria de fazer/ experimentar

Anexo 20 - Planeamento da sessão de formação: “Gestão de Episódios de Violência Contra Profissionais no Local de Trabalho”

Sessão Formação - Gestão de Episódios de Violência Contra Profissionais no Local De Trabalho				
LOCAL	Sala de reuniões da Equipa de Tratamento			
DATA E HORA	10/01/2024	14:00h		
DURAÇÃO	40 Minutos			
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	- Exercer atividade profissional na Equipa de Tratamento.			
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	- Condições de saúde física que impeçam a participação na sessão presencialmente.			
ALVO	Profissionais de Saúde a desempenhar funções na Equipa de Tratamento			
ENFERMEIROS	Raquel Bessa e EEESMP			
TEMA DA SESSÃO/ DOMINIO DE ENFERMAGEM (NANDA-I)	Gestão de Episódios de Violência Contra Profissionais no Local De Trabalho/ Domínio 11. Segurança/proteção (Herdman <i>et al.</i> , 2021)			
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualizar o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde. - Abordar os objetivos do Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde. - Informar sobre procedimentos preconizados para a Equipa de Tratamento no que concerne à gestão de episódios de violência. 			
	CONTEÚDOS	MÉTODO	DURAÇÃO	MATERIAIS/RECURSOS
FASE DE PREPARAÇÃO	- Organizar a sala			- Cadeiras - Computador - Projetor
FASE INICIAL	- Cumprimentos iniciais - Apresentar o tema da sessão	- Método expositivo	5 minutos	
FASE INTERMÉDIA	- O que é o Programa Nacional Prevenção de Violência Ciclo de Vida: Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde. - Grupo Operativo Local e Ponto Focal: definição e função. - Definição de violência no setor da saúde. - Gestão de episódios de violência: reporte e gestão documental (fluxogramas de atuação).	- Método expositivo	30 minutos	- Apresentação PowerPoint
FASE FINAL	- Esclarecimento de dúvidas/discussão; - Obter <i>feedback</i> sobre a sessão; - Separação física.	- Método interrogativo	5 minutos	- Questionário de Satisfação

Anexo 21 - Questionário de Satisfação da sessão de formação: Gestão de Episódios de Violência Contra Profissionais no Local de Trabalho

De forma a avaliar a formação é importante conhecer a sua opinião sobre a forma como ela funcionou. Por essa razão, solicita-se que preencha o seguinte questionário utilizando a seguinte escala: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Concordo; 4. Concordo totalmente.

1	2	3	4
---	---	---	---

A - CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS

Os temas abordados tiveram interesse.

Compreendi os temas abordados.

A sequência de temas foi adequada.

Os métodos utilizados foram adequados.

Os meios utilizados facilitaram a compreensão.

B - FORMADORA

Motivou os participantes.

Foi clara na intervenção.

Conseguiu a atenção dos elementos do grupo.

C - ORGANIZAÇÃO

A duração de formação foi adequada aos temas tratados.

--	--	--	--

D - AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos.

O nível do assunto tratado foi adequado ao seu nível de conhecimento.

Recomendaria esta ação de formação aos seus amigos/colegas

E - CRÍTICAS/SUGESTÕES/COMENTÁRIOS

Data: ____ / ____ / ____

Obrigada!

Anexo 22 - Consentimento informado



Escola Superior de Enfermagem do Porto
MESMP 2022-2023
Estágio de Natureza Profissional com Relatório -
Módulo II

Consentimento informado – Nota informativa

Venho solicitar a sua participação num estudo de caso no âmbito do estágio de natureza profissional que estou a realizar no Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Caso aceite, ser-lhe-á facultado um questionário que deve preencher. Não existem respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião sobre o determinado tema proposto. Após a conclusão do estudo os questionários serão destruídos.

Dispõe de tempo para refletir sobre a sua participação.

A sua participação é voluntária pelo que a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento. A sua não participação ou desistência não implica qualquer prejuízo ou inconveniente.

Asseguro que as informações dadas por si são anónimas, pois apenas serão recolhidos dados sociodemográficos relativos à idade, género e temática no âmbito do processo saúde/ doença que serão utilizadas somente por mim no âmbito deste estudo.

Na eventualidade de desejar mais informações pode colocar as questões que desejar no decurso do estudo.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Os responsáveis

Júlia Marques; Raquel Bessa



Consentimento Informado

Eu, _____ (nome)
concordo em participar no estudo de caso no âmbito do estágio de Natureza Profissional
com relatório do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com o objetivo
de estudar o _____
e as suas implicações na inserção social.

Fui informado/a, a respeito do projeto e da natureza do meu envolvimento. Foi-me
dada oportunidade de fazer perguntas.

Aceito que as minhas perspetivas sejam incorporadas nos resultados do estudo para
fins académicos. Compreendi que o meu anonimato será, sempre protegido e que nenhum
nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados.

Compreendi que este documento será conservado de forma segura pelos
responsáveis e que será destruído no fim do estudo.

Porto _____ 2023

Assinatura do participante.....

CC

Assinatura do estudante.....

Assinatura do Orientador.....