



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenção terapêutica no controlo da ansiedade da pessoa internada com Perturbação Mental

Luis Ricardo Loureiro Patrão Soares

Orientação: Professora Paula Leal

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenção terapêutica no controlo da ansiedade da pessoa internada com Perturbação Mental

Luis Ricardo Loureiro Patrão Soares

Orientação: Professora Paula Leal

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NO CONTROLO DA ANSIEDADE DA PESSOA INTERNADA COM PERTURBAÇÃO MENTAL

Luis Ricardo Loureiro Patrão Soares

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Arguente: Professora Doutora Lara Manuela Guedes de Pinho

Orientadora: Professora Fernanda Paula Santos Leal

Setúbal, 2023



“Estamos sempre num estado de fluxo, gostamos de acreditar que certas coisas são estáveis, mas estão sempre em movimento, e em vez de tentar controlar todos os aspetos, precisamos de aprender a navegar pelas tempestades e desafios que a vida nos apresenta.”

Phil Barker (SOSU, 2015)

AGRADECIMENTOS

À Prof. Paula Leal por todo o apoio e atenção dada durante o estágio II e durante a produção do relatório.

À Prof. Lucília Nunes que me colocou no caminho certo durante o estágio I.

À Enfermeira Orientadora M. pela orientação e ajuda durante o estágio II.

À Enfermeira Orientadora S. por todo o apoio e orientação dada no estágio I.

Aos colegas de Mestrado pela entreaajuda, apoio e partilha ao longo destes dois anos.

Aos amigos que ouviram e apoiaram nos momentos de maior dificuldade.

A toda a equipa de enfermagem dos campos de estágio por me terem recebido tão bem no seu espaço e me terem ajudado nesta aprendizagem.

A todas as pessoas internadas que demonstraram disponibilidade para contarem as suas histórias de vida e colaborarem neste projeto, assim como pela ajuda dada no crescimento e desenvolvimento das competências necessárias para a formação de um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Aos filhos por terem compreendido os momentos em que estive ausente e que este esforço também foi deles.

À mãe por estar sempre lá quando é preciso.

RESUMO

As perturbações de saúde mental afetam milhões de pessoas em todo o mundo diariamente. As perturbações de ansiedade são consideradas as mais prevalentes, traduzindo-se em custos de saúde muito significativos, estando associadas a um grande desgaste ao nível da doença, afetando cerca de um terço da população ao longo da sua vida.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, que representam a maior proporção da força de trabalho em saúde mental, são vitais para melhorar o acesso de milhões de pessoas a cuidados de saúde mental adequados. Sabendo-se de uma crescente demonstração de evidência de que a intervenção terapêutica especializada destes profissionais traz benefícios para a pessoa na redução e controlo da sua perturbação de ansiedade, permitindo que a mesma recupere o seu bem-estar, a sua funcionalidade e a sua integração na família e comunidade, é importante aprofundar os conhecimentos na mesma e adquirir competências na sua aplicação em pessoas com esta perturbação, permitindo ganhos em saúde e reduzindo os custos associados. Para tal, foi desenvolvido e aplicado um projeto de intervenção terapêutica no controlo da ansiedade da pessoa internada com perturbação mental, aliado nos modelos de enfermagem *Neuman Systems Model* de Betty Neuman e *Tidal Model* de Phil Barker e Poppy Buchanan-Barker. Os resultados alcançados apontam para uma melhoria do bem-estar das pessoas cuidadas, reduzindo o seu nível de ansiedade e aumentando a capacidade de controlo sobre a mesma.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde Mental-Ansiedade-Enfermagem-Intervenções-Enfermagem Psiquiátrica

ABSTRACT

Mental health disorders affect millions of people around the world on a daily basis. Anxiety disorders are considered the most prevalent, translating into very significant health costs, being associated with a great deal of illness burden, affecting about a third of the population throughout their lives.

Mental health and psychiatric nursing specialists, who represent the largest proportion of the mental health workforce, are vital in improving millions of people's access to adequate mental health care. With a growing body of evidence showing that specialized therapeutic intervention from these professionals bring benefits to individuals in reducing and controlling their anxiety disorders, enabling them to regain their well-being, functionality and integration into family and community, it is important to deepen knowledge in this area and acquire skills in its application to people with this disorder, allowing for health gains and reducing associated costs. For this purpose, a therapeutic intervention project was developed and applied to control anxiety in individuals hospitalized with mental disorders, based on the nursing models of Betty Neuman's Neuman Systems Model and Phil Barker and Poppy Buchanan-Barker's Tidal Model. The results achieved indicate an improvement in the well-being of those cared for, reducing their level of anxiety and increasing their ability to control it.

PALAVRAS-CHAVE

Mental Health - Anxiety-Nursing-Interventions-Psychiatric Nursing

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Estudo de caso clínico Estágio I - Perturbação por Uso de Opióides.....	civ
Apêndice 2 – Proposta de estrutura de conferência de caso.....	cxxx
Apêndice 3 – Reflexões críticas sobre o estágio I.....	cxxxiv
Apêndice 4 – Plano de sessão de grupo.....	cxlvii
Apêndice 5 – Planos de sessões individuais.....	cliii
Apêndice 6 – Estudo de caso clínico Estágio II – Perturbação Afetiva Bipolar I.....	clxiii
Apêndice 7 – Reflexões críticas sobre o estágio II.....	clxxxiv
Apêndice 8 - Guia sobre Eletroconvulsivoterapia.....	ccii

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Mini-Mental State Examination	ccvi
Anexo 2 – Escala de avaliação de Ansiedade de Hamilton	ccix

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 - Utilização de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos nos países europeus da OCDE entre 2011 e 2015.....	20
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos diferentes tipos de perturbações de ansiedade.....	21
Quadro 2 - Graus de ansiedade.....	22
Quadro 3 - Sintomas de ansiedade.....	23
Quadro 4 – Critérios de inclusão e exclusão para o projeto de intervenção.....	56

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 – <i>Neuman Systems Model</i> de Betty Neuman.....	28
---	----

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychological Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRI – Centro de Resposta Integrada

DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

ECT – Eletroconvulsivoterapia

EE –Enfermeiro Especialista

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ETET - Equipa Técnica Especializada de Tratamento

ICN – International Council of Nurses

ICNP - Interventions Classification for Nursing Practice

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

NIC – Classificação de Intervenções de Enfermagem

NIDA – National Institute on Drug Abuse

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NOC – Classificação de Resultados de Enfermagem

NIMH - National Institute of Mental Health

PA - Perturbações de Ansiedade

PAASM – Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental

PMO - Programa de Manutenção Opióide

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PUS - Perturbação por Uso de Substâncias

RA – Relação de Ajuda

RPQCEESM - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental

RRMD - Redução de Riscos e Minimização de Danos

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

UC - Unidade Curricular

WHO - World Health Organization

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	11
1 - CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	14
1.1 Saúde Mental	14
1.2 Ansiedade.....	19
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	26
2.1 Referencial teórico.....	26
2.1.1 <i>Tidal Model</i> de Phil Barker e Poppy Buchanan-Barker.....	26
2.1.2 <i>Neuman Systems Model</i> de Betty Neuman.....	28
2.2 Intervenções psicoterapêuticas do EEESMP no controlo da ansiedade.....	31
2.2.1 Relação de Ajuda.....	34
2.2.2 Psicoeducação.....	38
2.2.3 Técnicas de relaxamento	40
2.2.4 Musicoterapia	42
3 - PERCURSO DE ESTÁGIO.....	45
3.1 - estágio I	45
3.2 - Estágio II.....	54
4 - ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	71
4.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista	72
4.2 Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.....	79
4.3 Competências de mestre.....	85
CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
APÊNDICES.....	ciii
ANEXOS.....	ccv

INTRODUÇÃO

Este relatório tem a função de apresentar as aprendizagens realizadas durante o estágio I e II, em conjunto com as outras obtidas no percurso do 6.º Mestrado em Associação entre: a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja; a Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora; a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e a Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). É um trabalho de descrição e reflexão crítica meticulosa das atividades desenvolvidas, inserido na Unidade Curricular (UC) Relatório.

Foi-nos pedida a elaboração de um projeto que incidisse sobre uma área de intervenção, tendo sido escolhida a problemática das Perturbações de Ansiedade (PA) e a respetiva intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) sobre as mesmas. O motivo desta escolha teve a ver com a sua centralidade dentro do amplo espectro das perturbações mentais, sendo consideradas as mais prevalentes, e por se ter vindo a verificar o aumento das mesmas, quer no período da pandemia SARS-Covid-19, quer no período subsequente (World Health Organization (WHO), 2022a). A PA é definida pela American Psychiatry Association (2013) como “preocupação excessiva e expectativas apreensivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, associado a uma série de eventos ou atividades, como o trabalho ou o desempenho escolar”. De referir a diferença entre ansiedade e medo, na medida em que a ansiedade é considerada uma resposta de ação prolongada e orientada para o futuro, amplamente focada numa ameaça difusa, enquanto que o medo é uma resposta apropriada, orientada para o presente e de curta duração perante uma ameaça claramente identificável (American Psychological Association (APA), 2023a). Portanto, existe uma PA quando a ansiedade não desaparece naturalmente e piora com o tempo, afetando as atividades do dia-a-dia, quer a nível profissional, escolar ou social (National Institute of Mental Health (NIMH), 2023a).

Como objetivo geral deste relatório definimos:

- Demonstrar que foram adquiridas e desenvolvidas as competências comuns e específicas inerentes ao título de EEESMP, assim como as competências de mestre em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Como objetivos específicos estabelecemos:

- Apresentar o enquadramento teórico de suporte ao cuidado da pessoa com perturbação da ansiedade, assente nos modelos teóricos de Betty Neuman e Phil Barker & Poppy Buchanan-Barker;

- Descrever a vivência de ambos os estágios e os projetos desenvolvidos, discriminando cada uma das fases do processo;
- Refletir de que forma foram adquiridas as competências pretendidas a partir das experiências pessoais, em contexto académico e em contexto de estágio.

Os locais de estágio onde decorreram as aprendizagens foram:

- Estágio I - decorreu numa Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET) de um Centro de Resposta Integrada (CRI) entre Maio e Junho de 2022;

- Estágio II - decorreu num serviço de internamento de doentes agudos de psiquiatria entre Setembro de 2022 e Janeiro de 2023.

Procurou-se, em ambos os contextos, compreender as consequências das PA na funcionalidade da pessoa, quer em diagnóstico isolado, quer em concomitância com outras perturbações mentais. Com o apoio de uma revisão integrativa da literatura, identificaram-se quais as ações do EEESMP que contribuem para o alívio e controle das PA na pessoa. Posteriormente, desenvolveu-se um projeto de intervenção, procurando colocar em prática as competências comuns e específicas do EEESMP ao serviço da pessoa, da sua família e da comunidade.

As duas formas principais de tratamento das PA são a psicoterapia e a farmacoterapia (Bandelow et al., 2015), podendo ser usadas as duas em conjunto. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada a forma mais eficaz de psicoterapia para combater as PA. As classes mais comuns de medicamentos usados para combater as PA são os antidepressivos, medicamentos anti-ansiedade (como benzodiazepinas) e betabloqueadores (NIMH, 2023). Para a enfermagem a ansiedade é considerada um sintoma que, depois de devidamente avaliado, pode ser classificado como diagnóstico de enfermagem, pelo que se entende o papel relevante que o enfermeiro tem para a redução e controlo da mesma (Herdman & Kamitsuru, 2017; International Council of Nurses (ICN), 2019). As intervenções de enfermagem incluem a aplicação de técnicas de psicoterapia mas também de intervenções psicoterapêuticas, que têm vindo a ser validadas em estudos mais recentes (Hyun et al., 2020; Sampaio et al., 2018a) que procuraram preencher uma lacuna ao nível da evidência, com resultados maioritariamente positivos. Estas intervenções estão inseridas num plano de cuidados holístico para a pessoa em risco ou a experienciar uma perturbação mental que privilegia, acima de tudo, um processo de estabelecimento de uma aliança significativa, terapêutica e interpessoal (Peplau, 1952). A relação é o instrumento-chave que o Enfermeiro pode utilizar como intervenção terapêutica autónoma, mas também, e em simultâneo, como meio de avaliação diagnóstica (Lopes, 2018). É uma Relação de Ajuda (RA) entre o EEESMP e a pessoa de quem está a cuidar, que proporciona condições a esta para ter uma maior consciência de si e assim conseguir gerir melhor os seus recursos interiores para dar resposta às necessidades sentidas (Chalifour, 2007), criando também um ambiente seguro e confortável que irá promover uma mudança positiva (APA, 2023b).



A primeira parte do relatório diz respeito à caracterização da problemática das PA, começando por falar de saúde mental, para depois explorar o conhecimento associado às perturbações de ansiedade e respectivas intervenções especializadas de enfermagem para cuidar da pessoa com PA, obtendo, a partir dos modelos teóricos de Phil Barker e, em especial, de Betty Neuman, a estrutura de ação otimizada para os cuidados de enfermagem. Na segunda parte retratamos a vivência de ambos os estágios, descrevendo os projetos de intervenção realizados e refletindo sobre ambas as experiências. Na terceira e última parte apresentamos uma conclusão sobre todo o processo de desenvolvimento pessoal e profissional que decorreu ao longo destes quase dois anos.

Privilegiamos a palavra **Pessoa** ao longo do texto para nos referirmos a quem cuidamos. Consideramos que é a que melhor traduz a natureza única e subjetiva de cada um, noção que tem que estar presente em cada abordagem que fazemos, sabendo que é na personalização da nossa ação que reside a qualidade da mesma, combatendo o estigma associado às palavras doente/paciente (Barker, 2009).

O relatório foi redigido de acordo com as normas APA 7.ª edição e de acordo com o novo acordo ortográfico.

1. CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

1.1 Saúde Mental

“um estado de bem-estar em que um indivíduo realiza as suas próprias capacidades, pode lidar com as dificuldades normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutuosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade”

(WHO, 2001)

Partimos da definição de saúde mental da WHO, pois a mesma permite situar o foco da ação dos EEESMP e também entender quando é que estamos perante uma pessoa com uma situação de perturbação mental. Uma perturbação mental é caracterizada por uma alteração expressiva ao nível da cognição, regulação emocional e do comportamento da pessoa. Existem muitos tipos de perturbações mentais, com diferentes impactos no funcionamento da pessoa e nas consequências para o seu dia-a-dia (WHO, 2022a). A pessoa que revela não conseguir realizar as suas próprias capacidades, ser capaz de lidar com as dificuldades normais da vida, de trabalhar de forma próspera e de contribuir para a comunidade, estará, de alguma forma, com a sua saúde mental comprometida (WHO, 2022a). As perturbações mentais graves são assim definidas como “distúrbio mental, comportamental ou emocional resultando num grave compromisso funcional, que interfere substancialmente com ou limita uma ou mais atividades importantes da vida” (NIMH, 2023b).

Em 2019, uma em cada oito pessoas, ou 970 milhões de pessoas no mundo inteiro apresentavam um tipo de perturbação mental, sendo as perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas as mais comuns (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2019). Em 2020, em consequência da pandemia COVID-19, as estimativas apontam para um aumento de cerca de 25% e 28% para cada tipo de perturbação respetivamente (WHO, 2022b). Estas duas perturbações mais comuns representam um custo anual de 1 trilião de dólares à economia mundial (WHO, 2022c). Embora hajam programas de prevenção e tratamento implementados para este tipo de perturbações, a maioria das pessoas que sofrem com esta realidade ainda não têm acesso efetivo aos cuidados de que necessitam (WHO, 2022d).

Desde a saída em 2001 do relatório da WHO (2001) sobre a saúde mental a nível mundial que muitos avanços foram feitos. O interesse e a compreensão da saúde mental aumentaram e muitos países estabeleceram e/ou atualizaram e fortaleceram políticas de saúde mental. Houve também um avanço técnico a partir da investigação na área com numerosas orientações, manuais e outras ferramentas de

saúde mental baseadas na evidência, disponíveis para implementação (WHO, 2022d). Ainda assim, a última análise feita pela WHO mostra que este progresso tem sido feito de forma lenta e que, para grande parte do mundo, a abordagem à saúde mental mantém-se pouco alterada, pelo que as perturbações de saúde mental continuam a ter um impacto muito grande na vida das pessoas e os sistemas e serviços de saúde mental permanecem mal equipados para atender às necessidades das mesmas (WHO, 2022d). O mais recente Plano de Ação Abrangente de Saúde Mental (PAASM) 2013-2030 da WHO (2021a) adotado pelos estados membros, valida este reconhecimento e procura colmatar décadas de desatenção e subdesenvolvimento dos serviços e sistemas de saúde mental, abusos dos direitos humanos e discriminação contra pessoas com perturbações mentais e deficiências psicossociais, com uma revisão dos indicadores e opções para implementação, bem como metas globais atualizadas. O plano mantém o ênfase numa abordagem ao ciclo de vida e em ações para promover a saúde mental e o bem-estar para todos, prevenindo problemas de saúde mental para aqueles em situação de risco e procurando alcançar cobertura universal para os serviços de saúde mental (WHO, 2021a). Edifica-se em 4 grande objetivos:

- liderança e governança mais eficazes para a saúde mental;
- a prestação de serviços abrangentes e integrados de saúde mental e assistência social em contextos comunitários;
- implementação de estratégias de promoção e prevenção e sistemas de informação;
- evidência e pesquisa fortalecidas.

Estes objetivos espelham a análise de que os fatores determinantes da saúde mental são multissetoriais e que as intervenções para promover e proteger a saúde mental deverão ser implementadas em vários setores também, pois a pessoa com perturbação mental requer cuidados e serviços que vão para além do tratamento clínico (WHO, 2022d). Esta realidade revela-se ainda mais premente depois dos efeitos na saúde mental da população causados pela pandemia SARS-Covid-19 supracitados, ao mesmo tempo que os serviços de saúde mental foram severamente afetados, condicionando o apoio e a cobertura dada nesta área (WHO, 2022d). Compreensivelmente, os serviços de saúde mental são componentes essenciais para responder aos desígnios propostos pela WHO , realizando ações de promoção da saúde mental e de melhoria das estratégias de coping dos indivíduos (WHO, 2001). Uma vez que os EEESMP são um elo determinante nos serviços de saúde mental, como se entende a partir da visão incluída no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Mental(RPQCESM) (OE, 2015a):“ Que todos os cidadãos tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, numa perspetiva de promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e recuperação...” torna-se indispensável que cada profissional entenda qual é o seu papel nessa cadeia, oferecendo contributos que irão ter impacto direto na saúde mental e bem-estar de cada pessoa que necessite.

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) de 2007 - 2016, que foi avaliado no final de 2016 com posterior extensão das metas até 2020 (Decreto-lei, 2021), foi a resposta dada pelo país às orientações emanadas da WHO no seu PAASM 2013-2020. As metas definidas na extensão até 2020 foram:

1. Aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos cuidados de saúde primários;
2. Inverter a tendência da prescrição de **benzodiazepinas** na população através da sua estabilização;
3. Apoiar a criação de 1500 lugares para adulto e 500 para crianças/adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
4. Aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, desenvolvidos pelo PNSM (Direção Geral Saúde (DGS), 2018).

Entretanto, em 2021, foi emitido o decreto-lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, onde se enunciam as dificuldades na implementação do PNSM, nomeadamente no que diz respeito ao atraso da reforma dos mesmos serviços, urgindo recuperar o atraso verificado. Neste documento reconhece-se que a saúde mental é um elemento fundamental do bem-estar das pessoas e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos. Refere ainda que as perturbações de saúde mental têm uma prevalência de 22,9%, colocando Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus, com 60% destes doentes sem terem acesso a cuidados de saúde mental. Indica que a depressão afeta aproximadamente 10% dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por quase 15 000 anos potenciais de vida perdidos.

Na Base 13 da Lei de Bases da Saúde de 4 de setembro (2019), estabelece-se que “os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia...”. Indica-se também que as pessoas com perturbação mental “...não devem ser estigmatizadas ou negativamente discriminadas ou desrespeitadas em contexto de saúde, em virtude desse estado”. Afirma-se ainda que os cuidados de saúde mental devem “... ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade”. Compete pois ao Estado a melhoria da saúde mental de todas as pessoas, cumprindo esta obrigação através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação precoce das perturbações mentais e dos riscos a elas associados. Para isso, e no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência e nos termos do Mecanismo de Recuperação e Resiliência criado através do Regulamento (UE) 2021/241 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de fevereiro de 2021, o governo inseriu a conclusão da Reforma da Saúde Mental como uma das linhas de reformas e investimentos relativa ao Serviço Nacional de Saúde, a concretizar até 2026.

Esta política foi explicitada no Decreto-Lei n.º 113/2021 (2021), sendo este um documento orientador para os profissionais da área. É importante referi-lo, pois destaca em vários pontos a presença e a importância do papel do EEESMP quer em grupos consultivos, grupos de coordenação, quer na ação direta a pessoas, cuidando, promovendo a saúde mental e prevenindo a perturbação mental. De entre os vários pontos, salientamos:

“Artigo 7.º

Competências e composição do Conselho Nacional de Saúde Mental (CNSM)

....O CNSM tem a seguinte composição....

s) Dois representantes do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Ordem dos Enfermeiros;....”

“Artigo 9.º

Competências e composição dos Conselhos Regionais de Saúde Mental

f) Um **enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica,....”**

“Artigo 12.º

Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental

....

2 - A Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental tem a seguinte composição:

....

c)um **enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica,”**

“Artigo 13.º

Coordenações Regionais de Saúde Mental

....

2 - Cada Coordenação Regional de Saúde Mental tem a seguinte composição:

...

d)um **enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.....”**

“Artigo 17.º

Funcionamento

1 - Os cuidados prestados nos serviços locais de saúde mental são assegurados por equipas multidisciplinares, que integram profissionais das áreas da psiquiatria, **en-**

fermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e psicomotricidade, devendo integrar outros profissionais sempre que a especificidade dos referidos cuidados o justifique.”

Estas orientações vão ao encontro da missão descrita no RPQCEESM (OE, 2015a):

“A enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental. O enfermeiro especialista em saúde mental presta cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na comunidade. Considera a pessoa como ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, vendo-a como parceiro preferencial e ativo, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser corresponsável em todo o processo de cuidados.

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Globalmente, os enfermeiros constituem o maior grupo profissional na força de trabalho de saúde mental (ICN, 2022). Têm um papel fundamental na promoção e prevenção de perturbações mentais, identificando aqueles em risco e prestando cuidados a pessoas com perturbações mentais, com dificuldades psicossociais, inclusive desempenhando um papel fundamental na gestão dos sintomas da ansiedade e contribuindo para as competências de autocontrolo (Tyrer et al., 2015; Zimmermann et al., 2016). O conhecimento, competência e motivação destes profissionais influencia significativamente a prestação de um serviço de qualidade. Portanto, uma melhor capacitação e desenvolvimento de competência dos mesmos na sua intervenção terapêutica, quer em contexto comunitário quer em contexto de internamento será uma mais valia (ICN, 2022), significando um grande impacto na melhoria da qualidade de vida das pessoas e na redução dos custos de saúde. É assim essencial maximizar esforços para criar, apoiar e desenvolver uma força de trabalho de enfermagem adequadamente qualificada para atender às exigências atuais e futuras. Assim, e em sintonia com a missão definida para o EEESMP pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que por sua vez está alinhada com o PNSM e o PAASM 2013-2030 da WHO, escolhemos a temática das PA, uma vez que está identificada como uma das patologias com maior impacto na população portuguesa, procurando conhecer e desenvolver competências para cuidar da pessoa com PA, obtendo ganhos em saúde, para além de promover um caminho para a formação como EEESMP em todas as outras competências.

1.2 Ansiedade

A ansiedade ocasional é uma condição que faz parte normal da experiência de vida das pessoas. É uma resposta efémera à percepção de uma ameaça ou perigo que consiste num sentimento extenso de receio ou apreensão, com tradução física, cognitiva, emocional e comportamental (Muir-Cochrane, 2009), que faz parte da reação evolutiva de “luta ou fuga” para a sobrevivência. Quando esta ansiedade não é normal ou adaptativa, ou seja, quando as respostas fisiológicas envolvidas na reação à sensação de ameaça são exacerbadas ou inadequadas, considera-se estar perante uma PA (Stahl, 2013). Para pessoas com PA, a ansiedade não desaparece e pode piorar com o tempo. Os sintomas são graves o suficiente para resultar em sofrimento significativo ou prejuízo significativo no seu funcionamento (WHO, 2022a), como o desempenho no trabalho, nos trabalhos escolares e nos relacionamentos (NIMH, 2023).

Podem-se definir as PA como respostas exageradas e desproporcionais em relação à situação que as gerou, interferindo com as diferentes dimensões funcionais da pessoa, tornando-a incapacitada (Videbeck, 2014; Townsend, 2011). Já a APA (2023) considera a ansiedade como uma emoção caracterizada por apreensão e sintomas somáticos de tensão em que uma pessoa antecipa perigo iminente, catástrofe ou infortúnio, apresentando muitas vezes manifestações no corpo, nomeadamente: tensão muscular, polipneia e taquicardia. O manual DSM-V da American Psychiatric Association (2013) define as PA como: “ansiedade como preocupação excessiva e expectativas apreensivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, associado a uma série de eventos ou atividades, como o trabalho ou o desempenho escolar”. Já na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2019), ansiedade é classificada como um tipo de emoção com características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, acompanhados de pânico, diminuição da autosssegurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.

Em 2019, 301 milhões de pessoas viviam com um tipo de PA, incluindo 58 milhões de crianças e adolescentes (IHME, 2019). Até 20% dos adultos são afetados por uma PA a cada ano (Munir & Takov, 2022). As mulheres são afetadas duas vezes mais que os homens (Abreu, 2015). Considera-se que mais de metade dos casos das pessoas com PA têm, habitualmente, comorbilidade com outras perturbações mentais (Kessler et al., 2012). A WHO (2017) classifica as PA como a doença mental mais prevalente em todo o mundo, e como a nona causa de incapacidade associada à saúde, representando 3,3% dos gastos em saúde, custando aproximadamente 74 biliões de euros em 30 países europeus (Penninx et al., 2021). Em Portugal, de acordo com estas estimativas, estes custos totalizaram 3,7% do PIB, correspondendo a 6,6 mil milhões de euros, dos quais 2,0 mil milhões em custos diretos com o sistema de saúde, 1,7 mil milhões com benefícios sociais e 2,9 mil milhões de euros com custos indiretos no mercado de trabalho.

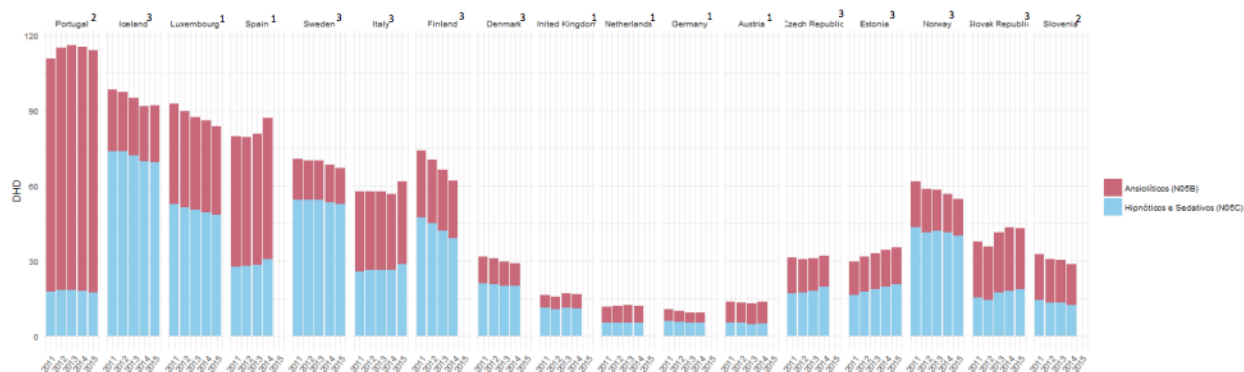
Estes custos, apesar de consideráveis, estão subestimados, pois não se consideram os benefícios de assistência social, custos de doenças físicas e acidentes associados com os problemas de saúde mental, redução das oportunidades de emprego e cuidadores informais (Conselho Nacional de Saúde (CNS), 2019).

Estima-se que, em Portugal, as perturbações psiquiátricas (incluindo demência e utilização de substâncias) tenham sido responsáveis por 12% dos anos de vida perdidos ajustados à incapacidade e 18% dos anos vividos com incapacidade em 2017¹. As perturbações depressivas e de ansiedade encontram-se na 4.ª e 6.ª posição, respetivamente, dos problemas de saúde que mais contribuem para a incapacidade (CNS, 2019). As PA representavam em 2017, a perturbação mental mais prevalente com 16,5% (DGS, 2017), identificando-se também aumentos significativos durante o período da pandemia SARS-Covid-19, em linha com o que aconteceu a nível global (Santos & Rachadell, 2022). Outro dado importante é o facto de se encontrarem taxas de ansiedade superiores em idades mais jovens (Rebelo et al., 2014; Aguiar et al., 2022), o que pode sugerir um aprofundamento dos fatores ambientais precipitantes da ansiedade a que a parte da população mais nova está sujeita.

Apesar da abordagem recomendada em primeira linha nas normas de orientação clínica para as pessoas com perturbações mentais comuns ser a psicoterapia, o facto de haver uma escassez de recursos humanos quer nos cuidados de saúde primários, quer nos serviços locais de saúde mental, quer mesmo a formação específica dos profissionais ser limitada, impossibilita que a mesma seja seguida. Também esta realidade depois se reflete no facto de Portugal ser um dos países mais consumidores de ansiolíticos a nível europeu (INFARMED, 2016):

¹ De acordo com os indicadores Daly e YLD

Gráfico n.º 1 - Utilização de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos nos países europeus da OCDE entre 2011 e 2015.



Fonte: Infarmed (2016)

O grupo dos ansiolíticos e hipnóticos e sedativos inclui maioritariamente a classe das Benzodiazepinas, que são fármacos que modulam o ácido γ -aminobutírico (GABA), o mais importante neurotransmissor inibidor no Sistema Nervoso Central (Bounds et al., 2023). O consumo destes medicamentos tem-se revelado preocupante, pois são simplesmente sintomáticos e, ao suprimirem ou conterem os sintomas de ansiedade, podem dar a ideia de que o problema está resolvido. Tem também aumentado a evidência científica sobre a relação entre o consumo prolongado de benzodiazepinas e os fenómenos de tolerância, possível adição e disfunção cognitiva, sendo evidente a sua influência no risco acrescido de quedas, em particular nos idosos; compromisso em muitos acidentes de viação e de trabalho; indução de sono com perfil eletroencefalográfico anómalo, não induzindo um sono repousante (CNS, 2020). Tendo em conta toda a evidência sobre os riscos do consumo crónico de benzodiazepinas, o PNSM incluiu nas suas metas a 2020 a inversão da tendência da prescrição de benzodiazepinas na população através da sua estabilização (CNS, 2020), como já foi anteriormente indicado.

Sabendo-se que nas PA se incluem diferentes tipos de manifestação, importa descrever cada uma para uma melhor compreensão. De acordo com o manual DSM-V da American Psychiatry Association (2013) as PA podem ser:

Quadro n.º 1 - Características dos diferentes tipos de perturbações de ansiedade

	Emoções centrais	Sintomas físicos	Comportamento	Duração mínima requerida	Idade média de início
perturbação da ansiedade generalizada	preocupação ansiosa marcada e incontrolável acerca dos problemas e eventos do dia-a-dia	Inquietação, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular, distúrbios de sono, ou excitação autónoma	A perturbação prejudica o funcionamento social, escolar, profissional ou outro	mais de 6 meses	Idade adulta (à volta dos 30 anos)
Síndrome de Pânico	Ataques de pânico recorrentes e inesperados (sensação de perda de controlo ou sensação de alienação) com manifestações mentais persistentes	Múltiplos sintomas (por ex. palpitações, dispneia, diaforese, dor no peito, tonturas, parestesias ou náusea)	Comportamento alterado em maneiras desadaptativas relacionados com os ataques; A perturbação prejudica o funcionamento social escolar, profissional ou outro	mais de 1 mês	Idade adulta (à volta dos 25 anos)
Agorafobia	medo marcado e excessivo de deixar o lar, entrar em locais públicos abertos ou fechados, multidões ou transportes	sem sintomas físicos	Evitação de situações indutoras do medo, prejudica o funcionamento social escolar, profissional ou outro	mais de 6 meses	Fim da adolescência (à volta dos 20 anos)
Perturbação da ansiedade social	Medo ou ansiedade marcada, excessiva e irracional de escrutínio ou julgamento negativo por parte de outras pessoas	Corar, medo de vomitar, urgência ou medo de micção ou defecação	Evitação de situações e interações sociais, prejudica o funcionamento social escolar, profissional ou outro	mais de 6 meses	Início da adolescência (à volta dos 13 anos)
Fobias específicas	Medo ou ansiedade marcada, excessiva e irracional de objetos circunscritos ou situações (por exemplo, animais, forças naturais, sangue, injeções ou locais)	sem sintomas físicos	Evitação de objetos circunscritos ou situações, prejudica o funcionamento social escolar, profissional ou outro	mais de 6 meses	Infância (à volta dos 8 anos)
Perturbação da ansiedade da separação	Medo ou ansiedade irrealista e persistente sobre a separação ou perda de figura de apego ou de eventos adversos	sem sintomas físicos	Relutância em deixar a figura de apego; perturbação prejudica o funcionamento social, escolar ou outro	mais de 1 mês	Infância (à volta dos 6 anos)
Mutismo seletivo	Falha consistente em falar em situações para o qual existe uma expectativa de falar, apesar de ter competência de linguagem	sem sintomas físicos	Perturbação interfere com progresso social e comunicacional (educação)		

Fonte: American Psychiatry Association (2013)

Existe evidência que suporta a influência de vários fatores para o aparecimento das PA, entre eles:

Fatores neurobiológicos - várias regiões do cérebro estão implicadas na modulação do medo e da preocupação. Uma desregulação nas áreas do cérebro responsáveis pelo processamento das emoções, como a rede límbica anterior, pode também favorecer o aparecimento das PA (McBride, 2015). Daqui se compreendem vários sintomas físicos que estão associados às perturbações de ansiedade. Por exemplo, a resposta respiratória é regulada pelo núcleo parabraquial, causando a sua hiperativação um aumento da frequência respiratória. A taquicardia, sudorese e tremor é produzida pela hiperativação dos neurónios noradrenérgicos localizados no tronco cerebral (Stahl, 2013);

Fatores genéticos - Têm uma forte predisposição familiar (Vallejo, 2015). Pessoas a quem os pais tenham sido diagnosticados com PA têm maior probabilidade de desenvolverem uma PA também (Edmund et al., 2018).

Fatores cognitivos - Os mecanismos cognitivos desempenham um papel relevante na manutenção dos estados de ansiedade, incluindo características de personalidade de comportamento inibido, dificuldade de adaptação, afetos negativos, baixa auto-estima e baixa auto-regulação (Vallejo, 2015).

Fatores ambientais - Uma educação muito protetora e controladora ou negativa e muito crítica pode contribuir para o aparecimento de PA em adolescentes. A pobreza, a perda, outras perturbações mentais e eventos de vida percecionados como negativos aumentam a probabilidade do aparecimento de PA (McBride, 2015).

Existem diferentes graus de ansiedade e vários instrumentos para a avaliar. Pode ser classificada em:

Quadro n.º 2 - Graus de Ansiedade

Ligeira	Sentimentos de tristeza e alteração dos mecanismos de coping. A pessoa tem a sensação que algo está diferente e que precisa de atenção especial, levando a um aumento do foco e possível resolução do problema
Mod- erada	Respostas neuróticas acompanhadas de alterações como distímia e ciclotímia. Sentimento cada vez mais perturbador, a que se associa nervosismo e agitação, com maior prejuízo para a pessoa
Grave	Respostas de carácter psicótico, associadas algumas vezes a perturbação depressiva e perturbação bipolar. São as capacidades mais primitivas que ocupam o lugar, nomeadamente de luta, fuga ou paralisação

Fonte :Videbeck (2014) e Townsend (2011)

Como foi demonstrado no quadro n.º 1, existem diferentes sintomas associados aos vários tipos de perturbações de ansiedade e, sabendo que todos apresentamos estados de ansiedade num determinado momento da vida, é essencial avaliar os mesmos, para perceber se carecem de uma intervenção profissional ou não (Saraiva & Cerejeira, 2014). Os sintomas podem ser divididos em dois grupos: os centrais ou nucleares (que atravessam todo o espectro das PA, mesmo que o fator desencadeante seja diferente) (Stahl, 2013):

- Medo: Pânico ou fobia;
- Preocupação: Sofrimento ansioso, expectativa apreensiva e obsessões;

e os específicos, que por sua vez se dividem em psicológicos e somáticos (Stahl, 2013):

Quadro n.º 3 - Sintomas de ansiedade

Psicológicos	Somáticos				
	Gastrointestinais	Respiratórios	Cardiovasculares	Neuromusculares	Outros
-Ansiedade, apreensão e tensão, que podem ser constantes e generalizadas ou intermitentes	Anorexia ou bulimia	Opressão torácica	Palpitações	Algias difusas	Perturbação da função sexual
-Presença de medos e preocupações desproporcionais face às circunstâncias, que podem ou não estar associadas a estímulos	Boca seca	Hiperventilação	Taquicardia	Cefaleias	Sudorese
-Comportamentos de evitamento ou hipervigilância	Náuseas e/ou vômitos	Dispneia	Hipertensão ou hipotensão	Inquietação	
-Dificuldades de concentração	Diarreia			Psicomotora	
-Alterações do sono	Dificuldade de deglutição			Tremores	
Irritabilidade	Desconforto epigástrico			Tensão muscular	
-Despersonalização e desrealização	Flatulência			Astenia	
				Tonturas	
				Parestesias	

Fonte: Stahl (2013)

O conhecimento dos sintomas é importante para a avaliação da perturbação, uma vez que para o EEESMP é necessário chegar a um diagnóstico de enfermagem e respetivas intervenções a serem depois desenvolvidas, sendo naturalmente distintas das intervenções emanadas de um diagnóstico médico (Saraiva & Cerejeira, 2014). É importante caracterizar as queixas apresentadas, questionar sobre os pensamentos e crenças que acompanham a ansiedade, podendo ser feito a partir de entrevista estruturadas e semi-estruturadas, utilizando também instrumentos psicométricos, tais como (Craske et al., 2017):

- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS);
- Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAY);
- Inventário de Ansiedade de Beck;
- Escala de Autoavaliação de Zung;
- Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Sampaio et al., 2018)
- Escala de Ansiedade de Hamilton

A escala de Hamilton foi criada em 1959 por Max Hamilton, tendo sido reformulada em 1969, versão que continua a ser amplamente utilizada globalmente, quer em contexto de investigação, quer na prática clínica. Por não ter sido anteriormente validada para a população portuguesa, Santos (2021) desenvolveu em tese de mestrado a sua tradução e validação, tornando-se uma mais valia para uma utilização mais segura pelos EEESMP no contexto nacional. Assim, este foi o instrumento de avaliação escolhido, na sua versão traduzida para a população portuguesa (Santos, 2021), que se caracteriza por ser um questionário clínico de heteropreenchimento, englobando 14 itens divididos em 2 conjuntos de sintomas somáticos e psíquicos (Santos, 2021), permitindo uma avaliação da presença ou não do diagnóstico para se avançar com a intervenção. Esta é mais uma ferramenta ao dispor do EEESMP para fazer uma correta avaliação da pessoa e do seu diagnóstico para otimizar a sua ação.

Crucial é também a utilização de modelos teóricos de enfermagem para estruturar toda a ação, pois contribui para a clarificação do problema da pessoa e conduz a uma hipótese de intervenção mais direcionada. A utilização de teorias de enfermagem fornece uma estrutura para uma melhor organização do conhecimento de enfermagem e uma sistematização dos dados colhidos (McEwen & Wills, 2019), sabendo que será no desenrolar da relação com o enfermeiro que a pessoa se dará a conhecer e fornecerá mais dados sobre si (Barker, 2009). Por esse motivo, importa descrever os modelos que estiveram na antecâmara da ação realizada durante os estágios para melhor compreender como os objetivos foram atingidos.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Referencial Teórico

2.1.1 *Tidal Model* de Phil Barker e Poppy Buchanan-Barker

O *Tidal Model* é uma abordagem filosófica para a descoberta da saúde mental. Procura incentivar e ajudar as pessoas a reclamar a sua história pessoal de angústia mental, dando-lhes voz. Ao usar a sua própria linguagem, metáforas e histórias pessoais, as pessoas começam a reivindicar o significado das suas experiências pessoais (Barker & Buchanan-Barker, 2005). É um modelo de enfermagem que enfatiza a importância de compreender a experiência subjetiva de doença da pessoa. O valor das metáforas é essencial neste modelo. Assume-se que facilitam a descrição que a pessoa faz da sua experiência, favorecendo a partilha. Encara-se a vida como uma jornada num oceano de experiências, em que a mudança é constante e inevitável, que nada dura para sempre, embora muitas vezes as pessoas se esforcem para manter as coisas iguais, o que por si só é fonte de decepção e sofrimento (Barker & Buchanan-Barker, 2005). O enfermeiro entende a experiência da pessoa através da sua voz, da sua narrativa, ela é concreta na linguagem própria da pessoa e não quando convertida em linguagem profissional (Barker, 2001) ou sujeita à métrica de instrumentos de avaliação, orientando depois a pessoa para a tomada de decisão informada. É o timoneiro temporário do barco a afundar que é a pessoa, que clarifica e aponta vários caminhos possíveis para a pessoa escolher e retomar a sua viagem. Na base do modelo está assim a devolução à pessoa da capacidade de assumir o controlo da sua vida, mobilizando os seus recursos pessoais, salvaguardando a sua independência e dignidade (Barker, 2001). Considera a pessoa em três domínios (Barker & Buchanan-Barker, 2005):

- *Self* - o Eu, o mais íntimo de cada um, o lugar privado onde a pessoa habita e experiencia os seus sentimentos, pensamentos, crenças e valores;
- o Mundo - o mundo social da pessoa, o lugar onde partilha os seus sentimentos, pensamentos, crenças e valores;
- o Outro - representa a vida quotidiana da pessoa com os outros, as diferentes interações pessoais, que se influenciam mutuamente;

em que os cuidados de enfermagem em saúde mental fornecem suporte e orientação para a recuperação da pessoa em todos eles. Para isso é feita uma avaliação holística em 4 dimensões:

- Problemas atuais que a pessoa está a vivenciar;
- A dimensão dos problemas;
- Como a pessoa vê os problemas, que soluções tem para os resolver;

- O que tem de acontecer para a pessoa procurar a mudança.

Contém seis princípios para orientar a ação do EEESMP no desenvolvimento da relação terapêutica (Barker & Buchanan-Barker, 2005):

- a virtude da curiosidade, que consiste em investigar o que levou a pessoa a necessitar de cuidados;
- poder de agilidade, que consiste em descobrir e utilizar os recursos disponíveis;
- O respeito pelos desejos da pessoa num processo ativo de colaboração, rejeitando uma abordagem paternalista;
- Visão da crise como oportunidade, pois é um sinal de que “algo precisa de ser feito”, uma oportunidade para a mudança;
- Estabelecimento de metas, reconhecendo que a mudança acontece com pequenos passos e metas específicas, que favorecem o crescimento e a recuperação;
- Procura da elegância por meio de ações simples e necessárias para que a pessoa experimente uma mudança, por menor que seja, orientando-a para o que é necessário.

Por último o *Tidal Model* elenca 10 compromissos que sintetizam a intervenção terapêutica:

- valorizar a voz da pessoa;
- respeitar a linguagem e a forma da pessoa se exprimir com as suas metáforas, contando a sua história;
- desenvolver curiosidade genuína identificando a informação necessária;
- tornar-se um aprendiz;
- revelar sabedoria pessoal, que será usada para apoiar a pessoa e orientar a sua jornada de recuperação;
- ser transparente;
- usar as ferramentas disponíveis, que a pessoa reuniu ao longo da sua jornada;
- desenvolver a capacidade de dar um passo além, vendo o que precisa ser feito “agora” com o objetivo final de recuperação;
- dar o presente do tempo;
- saber que a mudança é constante.

Sabendo que “a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica 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” (OE, 2018), incorporámos neste projeto a abordagem filosófica do *Tidal Model*, de ir ao encontro da outra pessoa, na sua subjetividade e no seu caminho para a recuperação. Entendemos que é facilitadora do conhecimento da pessoa na sua realidade, na sua experiência individual de ansiedade, na sua subjetividade e na sua forma de ver o mundo, para conseguirmos ver a sua perspetiva e indicar os caminhos para a sua recuperação e promoção de saúde, fazendo com que o processo de aconselhamento em enfermagem seja mais

personalizado e eficaz. Desta forma vai ao encontro das suas necessidades e preocupações específicas, estando com a pessoa e estabelecendo com ela um relacionamento colaborativo baseado na confiança, respeito e compreensão mútua.

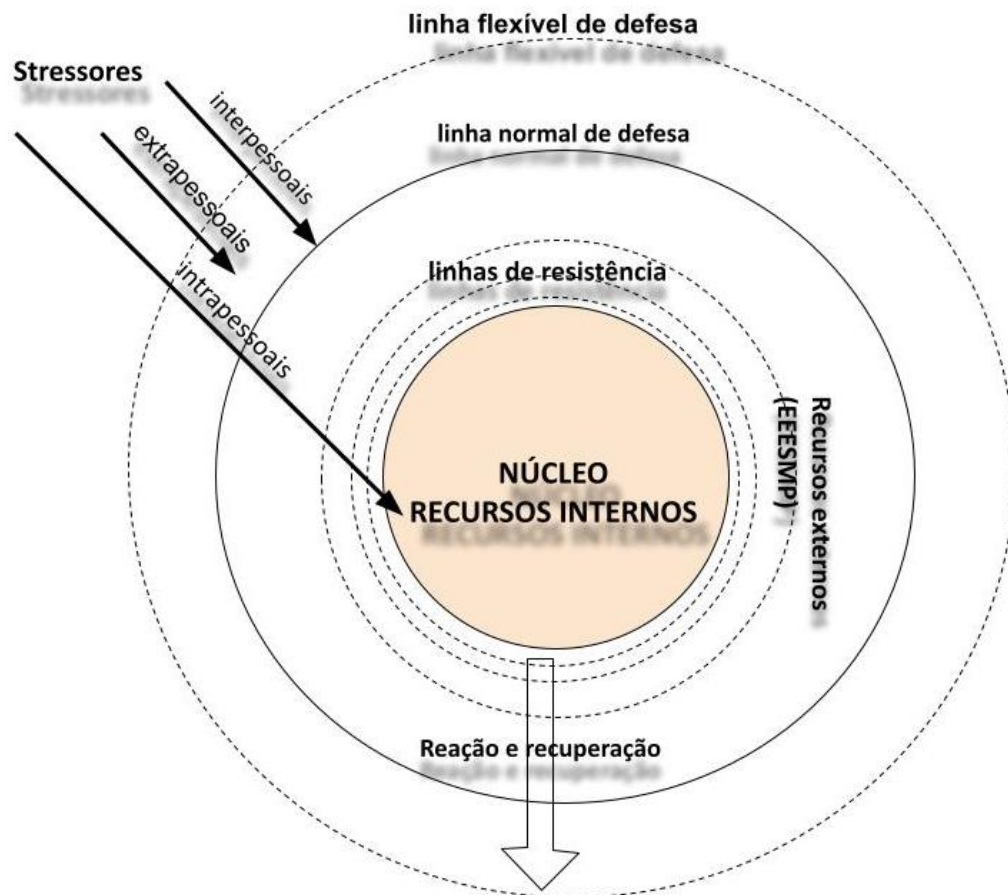
2.1.2 *Neuman Systems Model* de Betty Neuman

O *Neuman Systems Model* de Betty Neuman é um modelo de enfermagem que fornece uma estrutura para que as complexidades do corpo, mente e espírito humano sejam compreendidas como um sistema. Promove uma abordagem holística dos cuidados de enfermagem, reconhecendo que cada pessoa é única e as suas necessidades devem ser entendidas a um nível sistêmico. A pessoa é reconhecida como um sistema completo comportando cinco variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, em interação contínua com o seu ambiente (Neuman, 2011). A variável fisiológica refere-se à estrutura do corpo e sua função. A variável psicológica diz respeito aos processos mentais em interação com o ambiente. A variável sociocultural refere-se aos efeitos e influências das condições socioculturais. A variável do desenvolvimento está associada aos processos e atividades relacionadas com a idade. A variável espiritual refere-se à influência das crenças espirituais. O ambiente são todos os fatores internos (intrapessoais) e externos (interpessoais e extrapessoais) que rodeiam e influenciam o sistema da pessoa. Os stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais são significativos para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem e potencialmente alteram a estabilidade do sistema (Neuman, 2011). Reconhece que o ambiente pode afetar o bem-estar da pessoa, e que, inversamente, também a pessoa pode afetar o ambiente, enquadrando esta dinâmica (Fawcett et al., 2013). O sistema aberto inclui a entrada, saída e feedback e permite que a pessoa se ajuste aos stressores. Estes, são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema da pessoa e podem ser desencadeados por (Neuman, 1995):

- forças intrapessoais: fatores internos à pessoa como dor, ansiedade, conflito emocional;
- forças interpessoais: fatores externos ao indivíduo como conflitos com familiares, colegas de trabalho ou amigos;
- forças extrapessoais: fatores do ambiente físico e social como poluição, condições climáticas, questões financeiras.

A pessoa, seja em estado de bem-estar ou de doença, é um composto dinâmico das interrelações destas variáveis (Fawcett et al., 2013):

Diagrama n.º 1 – Neuman Systems Model de Betty Neuman



Fonte: adaptado de Neuman & Fawcett (2011)

O núcleo possui características comuns a todos, incluindo os processos humanos, genética, fatores de sobrevivência, assim como características que são únicas a cada indivíduo, incluindo as variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual. As linhas de resistência rodeiam a estrutura básica. A linha normal de defesa rodeia as linhas de resistência e representa o nível de adaptação desenvolvido ao longo do tempo servindo como padrão para avaliar o nível de bem-estar. Uma expansão desta linha indica um estado aumentado de bem-estar, enquanto que uma contração indica uma deterioração do mesmo bem-estar (Neuman, 2011). A linha flexível de resistência rodeia a linha normal de defesa. É entendida por Neuman como o primeiro mecanismo de proteção do sistema da pessoa, servindo como escudo para prevenir que os stressores afetem o estado normal de bem-estar representado pela linha normal de defesa. As linhas de resistência são chamadas à ação quando a linha normal de defesa é invadida pelos stressores. Estas linhas de resistência, que são feitas de recursos internos e externos e de que a pessoa pode ter conhecimento ou não da sua existência, esforçam-se para manter a integridade do sistema e são dinâmicas, à medida que a pessoa enfrenta diferentes stressores ao longo da vida. Quando as linhas de defesa não conseguem impedir a penetração de stressores (ansiedade), o núcleo central é

atingido, colocando assim o equilíbrio do sistema em causa e, em continuidade, entrando em processo de desarmonia, pode surgir doença - perturbação de ansiedade². Os métodos de autocontrolo, estilos de vida e desenvolvimento pessoal, espiritual, e fatores culturais influenciam o sucesso ou fracasso destas linhas de resistência e defesa.

A enfermagem tem como objetivo auxiliar a pessoa a reconhecer os seus recursos, internos e externos, para combater os stressores, para que a pessoa atinja o seu potencial máximo de saúde e bem-estar (Neuman & Fawcett, 2005). As intervenções de enfermagem podem ocorrer em diferentes níveis: primário (com o intuito de fortalecer a linha de defesa), secundário (ajudando o cliente a restaurar o equilíbrio e bem-estar, após ser penetrada a sua linha de defesa por um stressor, tratando sintomas) e terciário (manter a estabilidade e evitar danos após o nível secundário) (George, 2000). Ao considerarmos a ansiedade como uma resposta fisiológica, cognitiva e comportamental da pessoa face a uma ameaça ou perigo (ICN, 2019) podemos entendê-la, de acordo com este modelo, como uma resposta a um, ou vários, potenciais stressores. Entende-se assim a forma como esta teoria é aplicável à temática das PA devido à premissa de stressores que provocam uma reação na pessoa com base, em parte, na sua capacidade de lidar com tais stressores, bem como o objetivo do modelo de que a pessoa atinja o seu mais alto nível de bem-estar possível (Neuman & Fawcett, 2011). Relativamente ao processo de enfermagem, Neuman divide-o em três passos (Neuman & Fawcett, 2011):

- **Diagnóstico de Enfermagem** - colheita de dados a partir dos quais se podem apontar variações do bem-estar, definindo as fontes e stressores nos campos interno, externo e interpessoal a partir da interação entre as 5 variáveis da pessoa;

- **Objetivos de Enfermagem** - definidos após a negociação com a pessoa para que esta volte a atingir o seu potencial de bem-estar, determinando as metas que garantirão o mais alto nível de conforto para a mesma. Desenvolvimento de iniciativas de proteção primária, secundária e terciária pelo enfermeiro para melhorar os fatores relevantes, percepções pessoais e equilíbrio ideal do sistema;

- **Resultados de Enfermagem:** Avaliar após a realização das iniciativas e reformular os objetivos se necessário; Examinar as reações específicas da pessoa, determinar os resultados esperados que surgiram no final e especificar o motivo pelo qual alguns resultados não foram alcançados, reformulando com base nas necessidades.

² Foi escolhido o exemplo da perturbação de ansiedade por se tratar do foco da intervenção relatada neste trabalho, no entanto, pode surgir doença associada a outros sistemas.

Assim, o EEESMP e as intervenções implementadas pelo mesmo para redução e controlo da ansiedade da pessoa com PM funcionam como linhas de resistência externa que irão contribuir para o objetivo do modelo de que a pessoa atinja a estabilidade, com o propósito de que a pessoa identifique, responda e gira os stressores de uma forma saudável (Newman & Fawcett, 2011).

A perspetiva global do modelo vai ao encontro dos 4 conceitos do metaparadigma da enfermagem como explicitados nos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem (OE, 2001).

O *Neuman Systems Model* de Betty Neuman, ao fornecer uma abordagem conceptual da pessoa e, ao mesmo tempo, uma estrutura clara para a colheita de dados e o seu enquadramento para a atribuição de diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções, serviu de base para os planos de cuidados efetuados ao longo de ambos os estágios.

2.2 Intervenções psicoterapêuticas do EEESMP no controlo da ansiedade

De modo a termos uma prática baseada na evidência, fizemos uma análise da literatura disponível sobre as intervenções terapêuticas do EEESMP no controlo da ansiedade, procurando inicialmente fazer uma revisão sistemática da literatura. Por termos verificado haver uma escassez de artigos válidos sobre o tema, optámos por uma revisão integrativa da literatura. Primeiro definiu-se uma questão de investigação utilizando o método PICO: P – Problema / população / participantes; I - Intervenção; C – Comparação / contexto; O - “Outcomes” / resultados (qualidade dos cuidados prestados), resultando na seguinte pergunta de revisão “Quais são as intervenções terapêuticas (I) do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica eficazes no controlo da ansiedade (O) da pessoa internada com Perturbação Mental (P)?”(Como controla a ansiedade sem esta intervenção?(C)) . De seguida, foram eleitos os descritores: Interventions, Nursing, Anxiety Disorders e Mental Illness, com a integração do boleano AND e depois foi feita a pesquisa no motor de busca da plataforma EBSCO, nas seguintes bases de dados:

- CINAHL Plus with Full Text;
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition;
- Cochrane Central Register of Controlled Trials;
- Cochrane Database of Systematic Reviews;
- MedicLatina;
- MEDLINE Complete;

e no motor de busca Pubmed, que tem como principal base de dados também a MEDLINE Complete. Inicialmente foram procurados artigos dos últimos 5 anos (2017-2022) em inglês e espanhol, tendo-se estendido o intervalo a 2009-2022 por dificuldade na obtenção de artigos no intervalo anterior, sendo

posteriormente identificados através de extensa seleção manual. A análise dos artigos escolhidos possibilitou a aquisição do conhecimento dos conteúdos mais relevantes para a temática escolhida, sendo possível enumerar as intervenções psicoterapêuticas mais eficazes na redução e controlo da ansiedade. Os estudos analisados (Wesner et al., 2019; Behenck et al., 2017) mostraram evidência de eficácia para técnicas baseadas na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) utilizadas pelo EEESMP e adaptadas às PA, nomeadamente: técnicas para a redução da ansiedade, psicoeducação, correções cognitivas, exposição interoceptiva e naturalista, aconselhamento, redução de stress, estratégias de coping, promoção da resiliência, comunicação assertiva, controle da raiva, intervenção na crise e auto-ajuda guiada com base em técnicas comportamentais. Um estudo (Sampaio et al., 2018a) focou-se na técnica de autocontrolo da ansiedade. Os resultados destes estudos indicaram que as intervenções terapêuticas realizadas por enfermeiros, foram benéficas para as pessoas com PA, sobressaindo uma redução significativa dos níveis de ansiedade, redução do uso de medicação, melhoria do autocontrolo e remissão dos sintomas relacionados com as PA. De referir que a maioria dos artigos pesquisados eram sobre estudos realizados com pessoas a serem acompanhadas em regime de ambulatório, verificando-se uma escassez para estudos aplicados a doentes internados em serviços de psiquiatria com perturbação mental grave. A partir desta revisão concluiu-se que as terapias interpessoal, cognitivo-comportamental e de relaxamento são eficazes para o tratamento de sintomas de ansiedade, especialmente experiências emocionais, em pacientes eutímicos (Ott, 2018), atuando na sintomatologia que leva à produção do ciclo ansioso, melhorando o nível cognitivo da pessoa. De acordo com a American Psychiatric Association (2021), a combinação entre farmacoterapia e a psicoterapia, especialmente a terapia cognitivo comportamental (TCC) oferece uma boa resposta para a maioria das pessoas, reduzindo as recaídas, aliviando os sintomas, desenvolvendo estratégias de coping (Edmund et al., 2018). Permite às pessoas mudarem ou tomarem consciência dos seus pensamentos negativos e distorcidos para outros mais realistas e positivos, sendo possível confrontar as situações e as crenças que as fazem sentir com ansiedade. Os efeitos secundários são mínimos, incluindo a vulnerabilidade emocional, desconforto emocional, frustração, choro, raiva, exaustão física, stress e/ou ansiedade temporária pelo facto de estarem a lidar com pensamentos desconfortáveis (Mayo Clinic, 2018). Convém contudo separar a TCC, que é considerada psicoterapia, das intervenções psicoterapêuticas do EEESMP (Sampaio et al., 2017) que, em Portugal, estão descritas no Regulamento n.º 515/2018 (OE, 2018), onde se refere que o EEESMP “...mobiliza competências **psicoterapêuticas**, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” e “presta cuidados **psicoterapêuticos**, psicosocioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa, ao longo do ciclo de vida...”, pelo que é necessária formação específica em psicoterapia para a poder desempenhar (Sampaio et al., 2018a). A intervenção psicoterapêutica pode ser entendida como a aplicação informada e deliberada de técnicas de psicoterapia, com o objetivo de auxiliar a pessoa na modificação positiva das suas emoções, cognições, comportamentos ou outras características pessoais (Sampaio et al., 2020 citando Norcross em Zeig & Munion, 1990), e em que, no

caso da enfermagem, se encontram, na sua maioria, descritas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (Bulechek et al., 2016).

O EEESMP, na sua prática diária, para além da “mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, realiza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais permitindo 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, para que a pessoa e família objeto dos seus cuidados, transitem para um estado de saúde mental próximo do desejável, através da implementação das intervenções identificadas” (OE, 2018). O EEESMP ajuda a pessoa na identificação do problema, no seu autoconhecimento, favorecendo a mudança de comportamento (Sampaio et al., 2014).

Embora a intervenção psicoterapêutica seja assumida como essencial no tratamento da pessoa com perturbação mental, a sua implementação ainda é escassa. Uma possível explicação está no reduzido número de intervenções psicoterapêuticas de enfermagem realizadas devidamente sistematizadas e avaliadas quanto à sua eficácia (Wabnitz et al., 2019). Dando conta da falta de evidência sobre a eficácia das intervenções psicoterapêuticas do EEESMP, e como forma de as sistematizar, Sampaio et al. (2017) desenvolveram um modelo de intervenção psicoterapêutica, cuja eficácia foi testada com resultados positivos para o diagnóstico de enfermagem “Ansiedade” (Sampaio et al., 2018b). Este modelo foi útil para estruturar a ação desenvolvida neste projeto pois fornece passos e orientações específicas a serem seguidas pelo EEESMP, nomeadamente:

1. A intervenção psicoterapêutica deve basear-se numa abordagem integrativa, ou seja, técnicas de diferentes escolas de Psicoterapia podem ser utilizadas, de forma dinâmica, para dar resposta ao problema (Diagnóstico de Enfermagem);
2. A intervenção psicoterapêutica deve ser de breve a média duração, perfazendo um total de 3 a 12 sessões (mediante os progressos apresentados pela pessoa);
3. As sessões de intervenção psicoterapêutica devem ter uma duração compreendida entre 45 e 60 minutos;
4. Na base da intervenção devem estar, sempre que possível, as taxonomias de Enfermagem, procurando-se dar uma resposta para cada diagnóstico de enfermagem (em linguagem CIPE (ICN, 2019, ou NANDA (Herdman & Kamitsuru, 2017), com posterior avaliação dos resultados.

Para cada identificação de diagnóstico e sua caracterização, deverão selecionar-se as intervenções adequadas, com flexibilidade para a tomada de decisão, de acordo com a evolução da pessoa (Sampaio et al, 2018b). Para o diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”(ICN, 2019), o conjunto de intervenções psicoterapêuticas descritas na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) são:

- Redução da ansiedade;
- Melhoria do coping;

- Terapia de relaxamento;
- Aconselhamento;
- Assistência no controlo da raiva;
- Intervenção na crise;
- Redução do stress por mudança;
- História de vida

Com os resultados a poderem ser avaliados a partir dos seguintes resultados de enfermagem descritos na Classificação de Resultados Enfermagem (NOC):

- Nível de ansiedade;
- Autocontrolo da ansiedade (Johnson et al., 2013)

Entende-se que esta intervenção psicoterapêutica está alicerçada no estabelecimento da relação terapêutica. Envolve estar com as pessoas individualmente e oferecer-lhes tempo para que possam expressar o significado que colocam na sua experiência (Barker, 2009). O papel do enfermeiro é facilitar o crescimento e o desenvolvimento da pessoa através dessa relação terapêutica (Peplau, 1952). No caso das pessoas com PA essa relação pode ser crítica para ajudar a pessoa a gerir os sintomas e a carga emocional associada. Uma comunicação eficaz pode ajudar o enfermeiro a entender a perspetiva da pessoa e a desenvolver um plano de aconselhamento de enfermagem talhado para as suas necessidades específicas. No caso das pessoas com PA isso pode significar fornecer informação sobre a perturbação (psicoeducação), discutir estratégias de coping, e abordar os receios que a pessoa possa ter (Neuman & Fawcett, 2011). O enfermeiro deve esforçar-se para entender os sentimentos e emoções da pessoa, o que irá contribuir para a construção de confiança e o estabelecimento da aliança terapêutica (Peplau, 1952), que é a plataforma onde todas as outras intervenções irão ocorrer e que, sem a mesma, dificilmente produzirão efeito. Torna-se assim imprescindível aprofundar o que significa a Relação de Ajuda (RA).

2.2.1 A Relação de Ajuda

A expressão "Relação de Ajuda", foi primeiro usada pelo psicólogo Carl Rogers (1961) para definir a "situação em que um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo". Rogers assume que todas as pessoas são, por inerência, repletas de recursos e que precisam de relações nas quais são aceites. Para isso, o terapeuta utiliza habilidades como a empatia, a congruência e a aceitação incondicional para estar em relação com a pessoa, reforçando que não devemos julgá-la, mas sim compreendê-la, promovendo na pessoa a força necessária para o seu crescimento e maturação (Peplau, 1952). Este crescimento permite uma maior capacidade da pessoa entender a sua situação,

aceitá-la e tornar-se autónoma, conseguindo fazer frente às adversidades (Phaneuf, 2005). O conceito de relação no campo da enfermagem assume um carácter terapêutico e é dessa forma que tem que ser encarado em cada interação na ação do EEESMP. A RA é efetivamente uma intervenção terapêutica e é a base para qualquer outra intervenção mais específica (Poyato, 2016). Tem o objetivo de garantir a melhoria do bem-estar da pessoa, num período de tempo delimitado (Reynolds, 2009). É fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica que promova a expressão de sentimentos e emoções por parte da pessoa e que a mesma possa capacitar-se de técnicas e estratégias para o controlo da sua ansiedade. O estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite à pessoa construir e desenvolver de forma autónoma novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar (OE, 2015a). É uma intervenção autónoma dos enfermeiros, que acarreta um aspeto formal, concretizando-se através de um conjunto de sessões, sendo necessário o planeamento, com uma estrutura e objetivos definidos (Chalifour, 2009). Apesar disso, é uma intervenção que carece de sistematização, para que se obtenha uma evidência mais robusta e seja utilizada como ferramenta por um maior número de profissionais (Coelho et al., 2021).

Chalifour (2007) considera que a relação de ajuda é a mais adequada intervenção para possibilitar condições à pessoa para ter uma maior consciência de si e assim conseguir gerir positivamente os recursos interiores, dando resposta às necessidades sentidas. Indica que o profissional intervém neste processo de modo único, a partir da sua personalidade, conhecimentos, formação e experiência profissional, tendo que, para tal, definir e descrever o modelo que fundamenta a sua prática, melhorando a qualidade das intervenções que propõe. A partir de várias influências teóricas (como Hildegard Peplau, Carl Rogers, Sidney Bloch, entre outros) Chalifour (2009) criou um modelo de Relação de Ajuda Profissional (RAP) com os objetivos de: favorecer a presença de um contacto físico, pelos sentidos e contacto afetivo; de certificar a compreensão à pessoa; providenciar um apoio personalizado, num clima de confiança e respeito que facilite a participação da pessoa e favoreça a sua aprendizagem e desenvolvimento. O modelo está assente em 4 componentes:

- a **Pessoa** - a razão de ser da relação, com recursos internos e em que a intervenção consiste na ajuda para que se desenvolva;
- O **Profissional** - tem consciência das suas competências pessoais e profissionais e ajuda a pessoa a reconhecer as suas necessidades e os seus recursos;
- Os **Processos** que representam diferentes modos de estar na relação como resposta à necessidade de ajuda, encarando o ser-humano como um ser de relação;

- O **Ambiente** físico e social, e o contexto da relação que influenciam a forma, a estrutura e o trabalho desenvolvido;

que por sua vez irão estão espelhados em 3 fases de atuação que se estabelecem nos vários momentos de interação:

- **Fase da orientação da relação** - com início no primeiro encontro e até que fique clara e definida a necessidade de ajuda. É o primeiro contacto com a pessoa, onde é promovido um ambiente de confiança, respeito e interesse pela pessoa, são definidos os papéis de cada interveniente e são esclarecidas as necessidades da pessoa, podendo-se, a partir dos dados obtidos, avançar com diagnósticos da situação e projetar um plano de intervenção;
- **Fase de trabalho ou de emergência das identidades** - Há um desenvolvimento da relação, as necessidades de ajuda estão identificadas e as expectativas da pessoa estão esclarecidas. A partir de um maior conhecimento da pessoa, o plano de intervenção é definido e aplicado. A pessoa é conduzida a um processo de consciencialização das suas dificuldades, mas também da sua vontade de mudar, de superar os desafios que tem pela frente;
- **Fase de conclusão** - É o final da relação. É efetuada uma avaliação da intervenção em que ambos os intervenientes partilham a sua experiência, verificando se os objetivos foram atingidos, manifestando o profissional a abertura para uma situação futura (Chalifour, 2009).

Assim, os principais objetivos da RA são:

- Estabelecer um clima de confiança e respeito;
- Facilitar a presença de um contacto físico, pelos sentidos e contacto afetivo;
- Providenciar uma intervenção personalizada, que responde às expectativas da pessoa;
- Oferecer compreensão à pessoa;
- Favorecer a participação da pessoa;
- Favorecer a aprendizagem e desenvolvimento da pessoa;
- Beneficiar da experiência relacional por forma que esta contribua para os efeitos terapêuticos pretendidos.

Para a fase de trabalho, Chalifour (2009) propõe 5 estratégias:

- terapia expressiva - consciência-de-si;
- terapia de resolução de problemas;
- a terapia do luto;

- a terapia de suporte;
- a terapia da crise.

A tomada de consciência de si, baseada no ciclo de contacto - awareness (Fronza & Mallmann, 2017) é imprescindível para todas as outras estratégias. É duplamente um conteúdo e um processo, que pressupõe o autoconhecimento, a aceitação de si, a capacidade de entrar em contato, a responsabilidade de escolha. Inclui o conhecimento do ambiente à sua volta, o conhecimento e aceitação do que fazemos e do modo como o fazemos, do que nos é feito e do modo como nos é feito (Chalifour, 2009). O melhor modo para o desenvolvimento do processo é através de entrevistas formais não estruturadas (Chalifour, 2009). Desta forma é possível preparar um ambiente empático e agradável, que favorece uma partilha o mais sincera possível. É fundamental esclarecer a pessoa da importância das questões a serem feitas, garantindo confidencialidade (Exploração), clarificando sempre que houver por parte da pessoa ideias pouco claras e/ou vagas (Clarificação), e confrontando algumas incoerências ou contradições, para que dessa forma se facilite a tomada de consciência, que a pessoa entre em maior contacto consigo mesma (Confrontação). Para esta confrontação ser possível, o profissional tem que conduzir a entrevista com muita sensibilidade e critério, devido ao risco de inibir a pessoa, impedindo o crescimento da relação terapêutica. A entrevista é uma forma de conversar com as pessoas. É a maneira mais simples de aprender sobre elas (Barker, 2009). Cada pessoa tem a sua história e se conseguirmos que seja a pessoa a contá-la, da forma como ela a percebe, iremos conseguir recolher o máximo de informação possível, ficando mais próximos daquilo que a afeta e preparando, com ela, uma resposta o mais adequada para a mesma.

De acordo com Chalifour (2009) a entrevista deverá seguir 5 passos:

- 1 - Antes da entrevista - Preparação da mesma sem a presença da pessoa, inclui o awareness do profissional;
- 2 - Início da entrevista - Definição e clarificação dos objetivos que se inicia com o contato e esclarecendo-se as expectativas da pessoa;
- 3 - Corpo da entrevista - Desde o final da etapa anterior até se atingir o objetivo delineado ou o tempo se esgotar;
- 4 - Fim da entrevista - Desde o final da etapa anterior até as pessoas se separarem. Deve ser utilizado para relembrar e avaliar objetivos e, eventualmente, acordar novos objetivos ou recomendar atividades;
- 5 - Após a entrevista - sem a presença da pessoa, o profissional recorda os momentos-chave da entrevista, refletindo e tomando contacto com algum tema em específico ou com sentimentos e emoções que tenha experienciado.

Este modelo de RA e estrutura de entrevista serviu como suporte para as intervenções efetuadas ao longo de ambos os estágios e foi possível perceber que a sistematização da ação permitiu que tivéssemos sempre consciência do que estava a acontecer, quer da pessoa quer do próprio profissional, e possibilitou que se pudessem seguir sempre todos os passos. Forneceu também um espaço psicoeducativo, onde a pessoa recebeu por parte do enfermeiro informações necessárias para a gestão da sua perturbação, pelo que importa esclarecer este modo específico de educação.

2.2.2 Psicoeducação

Se ansiedade é o medo do desconhecido, do que não se conhece, o papel da psicoeducação é revelar esse desconhecido, ensinar e dar a conhecer à pessoa a sua doença, sendo uma das estratégias para a redução e controlo da ansiedade. É uma forma específica de educação, podendo ser descrita como “o desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamentos que promovam a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades (Bulechek et al., 2016). A psicoeducação está cimentada pelo regulamento de competências específicas do EEESMP, onde se lê: “o EESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e **psicoeducacionais.**” e no RPQCEESM (OE, 2015a), onde se descreve psicoeducação como:

”uma forma específica de educação, é destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento - é projetada para ser parte de um plano global de tratamento”

A psicoeducação é o fornecimento de informações clinicamente relevantes para abordar problemas psicológicos variáveis em indivíduos com um distúrbio físico ou psicológico (Donker et al., 2009). Pode incluir a natureza dos problemas de saúde psicológica e as estratégias para os gerir. Promove a

compreensão da patologia e facilita a reabilitação psicossocial, para além de diminuir a sobrecarga familiar e facilitar a adesão terapêutica o que, por inerência, concorre para uma diminuição das recidivas das perturbações (Marques, 2016). Pode ser realizada por meio da interação face a face ou através de recursos audiovisuais (como brochuras ou vídeos) (Donker et al., 2009). Pode ser aplicada tanto a um grupo e, como tal, dedicada a um conjunto de pessoas que partilham um mesmo problema de manutenção da saúde ou alívio dos sintomas da doença, como a uma só pessoa. Pode assumir diferentes abordagens, nomeadamente (Bhattacharjee et al., 2011):

- informação - foco no conhecimento da doença e sua gestão;
- treino de habilidades - foco na aquisição dos comportamentos para a gestão adequada da perturbação;
- apoio - abordagem de grupo dinamizando a partilha de experiências e sentimentos, o que por sua vez favorece o desenvolvimento de capacidade emocional;
- abrangente - uma combinação de todas as abordagens anteriores.

Deve ser delimitada no tempo, estruturada em sessões, focada na atualidade e na técnica de resolução de problemas, incidindo principalmente na literacia sobre os sinais e sintomas, diagnóstico, etiologia, prognóstico, tratamentos farmacológicos e não farmacológico, e atraso da institucionalização (Ekhtiari et al., 2017).

As intervenções de psicoeducação e de relaxamento complementam-se, fornecendo abordagens teóricas e práticas para aliviar o stress, depressão e ansiedade. Ao contrário da psicofarmacologia, ambos os métodos são económicos e não estão associados a efeitos colaterais incapacitantes (Shah, 2014). Envolve o fornecimento de informações e educação aos indivíduos e suas famílias sobre a natureza da ansiedade, suas causas, sintomas e opções de tratamento. O objetivo é ajudar as pessoas a entender a sua condição, reduzir os seus sintomas de ansiedade e melhorar a sua qualidade de vida em geral. É baseada em princípios cognitivo-comportamentais e tem sido demonstrado ser eficaz para a melhoria das pessoas com PA (Wong et al., 2016). O facto de conhecer melhor a sua doença e os sintomas associados, permite também à própria pessoa avançar para se cuidar de forma precoce evitando o agravamento dos sintomas e/ou procurar ajuda se necessário. Funciona também como uma forma de empoderamento, de aumento da auto-estima, de dar à pessoa o controlo sobre a sua situação (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Pode ser adequada para qualquer ambiente de saúde, independente da cultura ou do sistema de saúde mental (Wong et al., 2016). É capital que o EESMP utilize a psicoeducação e promova o insight da pessoa e a sua família em relação ao seu estado de saúde de modo a que a mesma adquira competências individuais que lhe permitam desenvolver estratégias para controlar a sua perturbação de ansiedade o que também contribuirá para a sua recuperação. Fazendo o paralelismo com a teoria dos sistemas de Betty Neuman (Neyman & Fawcett, 2011), a psicoeducação contribui para o reconhecimento que a pessoa faz dos seus recursos internos e externos para fazer face aos agentes stressores que precipitaram a sua perturbação.

A obtenção de informação adequada sobre a própria doença, revela-se como uma boa opção para a pessoa e os seus familiares, aumentando a competência no conhecimento da mesma e permitindo gerir melhor os sintomas associados à mesma. Nesta gestão inclui-se ensinar as técnicas de relaxamento que são utilizadas no contexto da relação, para que a pessoa as possa utilizar após a alta, de forma autónoma, no seu contexto.

2.2.3 Técnicas de relaxamento

O relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, através do qual se obtêm sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de stress (Payne, 2000). Possibilita à pessoa desenvolver a capacidade de lidar com os sintomas físicos que estão associados à ansiedade de um modo mais eficaz, tendendo a reduzir os estímulos e percepções associadas ao sistema sensorial do corpo (Norelli et al., 2022). As técnicas de relaxamento fornecem uma abordagem prática para aliviar os sintomas de ansiedade. Antes de avançar para a intervenção terapêutica o enfermeiro deve refletir sobre a própria ansiedade, e utilizar as técnicas básicas de auto-relaxamento em si mesmo, melhorando assim a eficácia da ajuda que vai oferecer à pessoa para reconhecer a sua ansiedade e como a gerir (Ghawadra et al., 2020).

As técnicas de relaxamento remontam a 1929 e 1932 com a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e o relaxamento autógeno de Schultz, respetivamente, tendo sido criadas inúmeras outras ao longo dos anos. Destinam-se a induzir um estado de relaxamento geral, criando uma resposta aos stressores com que a pessoa se depara (Shah et al., 2014), promovendo a diminuição da irritabilidade, ansiedade, tensão muscular e fadiga. Conforme o RPQCEESM (OE, 2015a), a técnica de relaxamento é um “método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado: ou reduzir os níveis de estresse, ansiedade ou raiva”. As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como elemento de um programa mais amplo de gestão de stress e pode diminuir a pressão arterial, a tensão muscular, a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde.

A resposta de relaxamento desfaz a resposta ansiosa, levando a uma redução da excitação nervosa simpática e a ativação do sistema nervoso parassimpático (Toussaint et al., 2021). Essa ativação resulta em diminuição da tensão muscular, pressão, frequência cardíaca e frequência respiratória. A resposta de relaxamento também ativa o sistema límbico, o que pode ajudar a aliviar a depressão e a ansiedade (Norelli et al., 2022), útil para ajudar a pessoa a lidar com sentimentos e experiências que perturbam a sua vida quotidiana (National Center for Complementary and Integrative Health, 2021). A maioria das técnicas de relaxamento dá ênfase à concentração e à respiração, sendo estas partes fundamentais do

relaxamento. Existem várias técnicas de relaxamento que têm na sua base exercícios de respiração, que, apesar de simples, são essenciais para outras formas de relaxamento (Townsend, 2011), pois melhoram o bem-estar físico, mental e espiritual (Brown & Gerbarg, 2017). As vantagens de utilizar a respiração como método de relaxamento são: a estimulação da atividade parassimpática; a facilidade de aprendizagem da técnica; adequadas para a pessoa com dificuldade em recorrer a imagens mentais e realizáveis em qualquer local e/ou momento que seja necessário o alívio da tensão (Payne, 2003), apresentando também rápida eficácia e segurança (Brown & Gerbarg, 2017).

Estão previstas várias técnicas de relaxamento na NIC (Bulechek et al., 2016), nomeadamente:

- Treino autogénico (5840) - Assistir a pessoa com auto sugestões sobre sensações de peso e calor com o propósito de induzir o relaxamento;
- Imaginação guiada (6000) - Uso propositado da imaginação para chegar a determinado estado, resultado ou ação, ou direcionar a atenção para longe de sensações indesejáveis.

Foi encontrada evidência em vários ensaios clínicos controlados sobre o efeito positivo das técnicas de relaxamento sobre o sintoma ansiedade, depressão e fobia (Kim et al., 2018) com destaque para o relaxamento muscular progressivo (Lalande et al., 2017). Por exemplo, no Reino Unido as linhas orientadoras indicadas pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomendam intervenções psicológicas como primeira linha de tratamento para as PA (NICE, 2014). Consideram ainda que as terapias de relaxamento têm sido bastante estudadas e são consideradas como um tratamento válido e eficaz quando, num esquema proposto de stepped-care, a pessoa ainda não tenha melhorado após o passo n.º 2 (NICE, 2020). Embora as técnicas e as condições para cada técnica ser aplicada variem, todas têm o objetivo comum de usar o relaxamento para reduzir o stress ou a ansiedade, com origem inicial na teoria de relaxamento muscular de Jacobson (Pagnini et al., 2013). O EEESMP deverá incentivar as pessoas a praticar o auto-relaxamento de forma a ser efetuado mais vezes, otimizando os seus resultados. Resumindo, as técnicas de relaxamento incluem (NIMH, 2021):

Relaxamento Progressivo: Também chamado de relaxamento muscular progressivo, envolve colocar tensão em diferentes músculos do corpo e, em seguida, libertar a tensão (técnica de Jacobson) (Bernstein & Borkovec, 1973);

Treino Autogénico de Schulz: Através de uma série de exercícios mentais envolvendo relaxamento e ideias que a pessoa sugere a si mesma (autossugestão), a sua mente concentra-se na experiência de relaxamento do seu corpo;

Imaginação Guiada ou “Visualização”: Na imaginação guiada, a pessoa imagina objetos, cenas ou eventos associados ao relaxamento ou calma e tenta produzir uma sensação semelhante no seu corpo;

Relaxamento assistido por biofeedback: Por meio do feedback que geralmente é fornecido por um dispositivo eletrónico, a pessoa aprende a reconhecer e a gerir como o seu corpo responde. O dispositivo

eletrónico permite visualizar a frequência cardíaca, pressão arterial ou tensão muscular que mudam em resposta ao relaxamento;

Auto-hipnose: Nos programas de auto-hipnose, as pessoas aprendem a produzir a resposta de relaxamento quando solicitadas por uma frase ou sugestão não verbal (chamada de “sugestão”).

A terapia de relaxamento é uma intervenção psicológica útil e económica que os enfermeiros podem aplicar a clientes com PA em ambientes comunitários e clínicos (Kim et al., 2018). Transversal a todos os métodos, está o objetivo de autocontrole do tônus muscular e da respiração, e que a pessoa aprenda a auto-relaxar-se, podendo reproduzir as técnicas de forma autónoma em situações geradoras de ansiedade. Não têm contra-indicações, à exceção do relaxamento por imaginação guiada, que não deve ser utilizado em estados psicóticos (Kraus, 2020).

A partir da revisão da literatura efetuada, foram encontrados vários artigos que demonstravam a eficácia da musicoterapia sobre as PA. Por esse motivo entendemos utilizar esse conhecimento e adaptar a técnica ao nosso projeto, pelo que interessa dedicar uma parte deste enquadramento para falar da mesma.

2.2.4 Musicoterapia

Desde a antiguidade que a música é reconhecida pelo seu valor terapêutico. Os médicos gregos usavam flautas e liras para curar os seus pacientes. Utilizavam a vibração para ajudar na digestão, para tratar perturbações mentais e para a indução do sono. Também no antigo Egito são descritos encantamentos musicais para curar as pessoas (Meymandi, 2009). Tem-se associado a música a rituais sagrados em várias culturas ao redor do mundo na tentativa de viver em harmonia com a natureza e aliviar os distúrbios da doença e da dor (Thaut, 2015). Mesmo no início da história da enfermagem, Florence Nightingale utilizava a audição de música como intervenção, incluindo-a como parte do processo de tratamento de soldados na Crimeia em que as suas enfermeiras usavam melodias de voz e flauta para proporcionar um efeito benéfico para os soldados com dor (Davies, 2012). Pesquisas indicam que abordagens baseadas em música para cuidados de saúde mental podem aumentar a probabilidade das pessoas terem acesso a cuidados de saúde (Wang et al., 2018) ao mesmo tempo que reduzem os custos dos mesmos (Aalbers et al., 2017). Outros estudos sugerem também que os cuidados de saúde mental que incorporem música promovem a saúde. Isto porque providenciam benefícios há muito associados com a exposição às artes, nomeadamente: uma melhor conexão social (Fancourt et al., 2016), comportamentos promotores de saúde (Løkken et al., 2018) e a promoção de identidade e resiliência (Boggan et al., 2017). Como uma ferramenta terapêutica não invasiva, a música demonstra: aliviar a ansiedade e a dor; aumentar os sentimentos de relaxamento, aumentar o sistema imunológico (Abrahão, 2019) e diminuir a pressão arterial,

frequência cardíaca e respiração (Loomba et al., 2012). Múltiplos estudos clínicos apresentam evidências de que a música pode ser benéfica para melhorar o humor e tratar uma variedade de sintomas como a agitação, a insônia e **ansiedade** (Scudamore et al., 2021) aplicado a perturbações mentais graves, incluindo esquizofrenia, depressão e PA (Golden et al., 2021).

Conforme definido pela American Music Therapy Association a musicoterapia é “o uso clínico baseado em evidências de intervenções musicais para realizar objetivos dentro de um relacionamento terapêutico por um profissional credenciado que concluiu um curso de música aprovado”.

Scudamore et al. (2021), num estudo numa unidade de internamento de agudos, verificaram que a música foi o método terapêutico independente mais utilizado na intervenção de enfermagem para diminuir a agitação, ansiedade, agressividade e depressão, bem como para melhorar o sono.

De acordo com McCrary & Altenmüller (2021), a intervenção musical sedativa pode induzir respostas de relaxamento e resultar na diminuição da ansiedade através da regulação do sistema nervoso simpático e neuroendócrino. Há um determinado tipo de música que pode induzir relaxamento. Não deve ter uma batida pesada ou percussão, e deve ser lenta, melodiosa e calma. Quando uma pessoa está sob ansiedade, alguns sinais fisiológicos como alterações na respiração, batimentos cardíacos, fluxo sanguíneo e postura podem aparecer devido a reações do sistema nervoso simpático. A musicoterapia irá aliviar os efeitos físicos e psicológicos da ansiedade afetando os ritmos do corpo (Mallik et al., 2022). O estudo por Yang et al. (2016) demonstrou a sua eficácia em pessoas internadas num Serviço de psiquiatria para diferentes níveis de ansiedade, reduzindo-os significativamente, recomendando a prática como uma intervenção eficaz de baixo custo para reduzir a ansiedade em contexto de internamentos psiquiátricos a ser utilizado pelos enfermeiros.

A musicoterapia foi classificada como Intervenção de Enfermagem desde a primeira edição publicada da NIC em 1992, que a descreve como: “o uso da música para ajudar a alcançar uma mudança específica no comportamento, sentimentos ou fisiologia”. Deve-se determinar o comportamento específico e/ou alteração fisiológica desejada, determinando o interesse pela música, identificando a preferência musical da pessoa e facilitando a participação ativa da mesma. Se desejado e viável, dentro da situação são incluídas outras atividades de enfermagem (Bulechek et al., 2016 e Herdman et al., 2017).

O EEESMP não estando devidamente credenciado para realizar a intervenção preconizada para um musicoterapeuta (para isso deverá realizar o curso de música aprovado (American Music Therapy Association, 2005), pode utilizar a musicoterapia como recurso para os cuidados de enfermagem, de acordo com as orientações descritas na NIC. É importante que desenvolva habilidades para a utilização desse recurso, ampliando os seus conhecimentos e identificando as evidências científicas sobre o uso deste recurso na assistência à saúde (Vargas et al., 2016). Cabe ao mesmo a tarefa de selecionar a música que mais se adequa à pessoa, tendo em conta a perturbação presente, atendendo à melodia, ritmo, harmonia, timbre e intensidade. A música clássica e harmoniosa proporciona bem-estar e relaxamento, sendo o mais



adequado a um quadro identificado de ansiedade (Araújo et al., 2013). A sua utilização deve ser entendida pelo EEESMP no sentido de facilitar a relação com a pessoa, melhorar comportamentos, fomentar a criatividade, a comunicação e a socialização, promover o bem-estar físico, psíquico e espiritual, providenciar relaxamento ou estimulação, de acordo com o objetivo, contribuindo para o autoconhecimento e auto-reflexão, conduzindo a pessoa à reconstrução da sua identidade e ultrapassando os obstáculos que a perturbação coloca ao seu bem-estar (Isilda R. em Sequeira & Sampaio, 2020).

Com os contributos dos modelos teóricos descritos, da RA e da revisão da literatura sobre as intervenções psicoterapêuticas que o EEESMP tem ao seu dispor, foi possível colocar em prática um modelo de intervenção que teve sempre no centro a **relação** entre o EEESMP e a pessoa, como veículo indispensável para a viagem de recuperação e promoção da Saúde Mental.

3 - PERCURSO DE ESTÁGIO

Para melhor compreensão, ambas as vivências de estágios estão estruturadas a partir da metodologia de projeto que foi utilizada para a consecução desta jornada. Esta metodologia tem o objetivo principal de centrar-se na resolução de um determinado problema, partindo-se de um suporte de conhecimento teórico para posterior aplicação na prática (Ruivo et al., 2010). Isto permite ao candidato a EEESMP desenvolver capacidades e competências de características pessoais pelo desenvolvimento de projetos numa situação real. Permite compreender a realidade de uma determinada população afetada pelo problema em questão, desenvolvendo-se um conjunto de técnicas e procedimentos, no sentido de orientar o caminho a desenvolver pelo investigador no projeto, com vista à resolução do problema e transformação da realidade vivida (Ruivo et al., 2010). Desenhada em várias etapas, começa pelo diagnóstico de situação - onde se identifica a situação-problema, contextualizando-a e determinando-se as prioridades e os problemas parcelares que compõem o problema geral identificado, assinalando potencialidades e recursos do meio de intervenção (Guerra, 2006); de seguida é feita a identificação clara e rigorosa dos objetivos gerais e específicos; depois o planeamento das atividades e estratégias a desenvolver, definindo os meios humanos, técnicos, materiais e financeiros necessários; em seguida procede-se à execução das atividades planeadas e, por último, é feita a avaliação das intervenções realizadas, etapa essencial que indica em que medida o projeto de intervenção produziu as mudanças que se tinha desejado e identifica resultados não esperados, os quais podem ser positivos ou negativos (Guerra, 2006). Considera-se ainda mais uma etapa que é a divulgação de resultados, assumindo-se este relatório como tal.

3.1 Estágio I

Diagnóstico da situação

O estágio I decorreu numa ETET de um CRI da região Sul. As ETET são equipas multidisciplinares com intervenções do médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social com vista ao processo de reabilitação da pessoa com comportamentos aditivos com ou sem substância psicoativa, envolvendo a família, e estão integrados nos Programas de Respostas Integradas. Estes são planos de intervenção específicos que integram respostas interdisciplinares e multisectoriais, com alguns ou todos os tipos de intervenção: prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção, e que decorre dos resultados do diagnóstico de um território identificado como prioritário. São implementados por núcleos territoriais constituídos por entidades parceiras (públicas e privadas) que, em articulação com o

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde, atuam localmente com vista à concretização dos objetivos comuns inicialmente planeados. A missão do SICAD é promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, com intervenções na Prevenção, Dissuasão, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção, através de uma abordagem multidisciplinar dos comportamentos aditivos e dependências, em que os diferentes recursos terapêuticos se integram e articulam em momentos simultâneos ou sucessivos de acordo com o diagnóstico, as necessidades e capacidades da pessoa e da família ou envolventes e o seu prognóstico (SICAD, 2022a).

O edifício onde a ETET está localizada tem dois pisos, em que a circulação dos utentes está circunscrita ao piso inferior (r/c). A equipa multidisciplinar é composta por 6 enfermeiras, 2 psiquiatras, 4 psicólogas, 3 assistentes sociais, 3 técnicas psicossociais. A equipa de enfermagem é coordenada por uma EEESMP, que também presta cuidados diretos às pessoas sempre que seja necessário. Dos outros cinco elementos, duas têm o grau de EEESMP.

As pessoas são referenciadas à ETET por:

- Iniciativa própria - dirigindo-se ao seu Centro de Saúde / Unidade de Saúde Familiar ou à própria ETET;
- Referenciação a partir de uma consulta de medicina de saúde familiar, saúde ocupacional ou de outra especialidade, em espaço de consulta ou de episódio de urgência, quando o médico avalia, no âmbito das medidas de diagnóstico, a existência de consumo de risco, nocivo ou mesmo dependência de substâncias lícitas ou ilícitas;
- Determinação judicial - face à lei penal portuguesa que prevê, no que se refere às medidas alternativas à prisão para cidadãos condenados com comportamentos aditivos e dependências, a injeção para tratamento.

O modelo de atuação proposto pelo SICAD determina uma avaliação inicial por médico/psiquiatra (SICAD, 2022b). Nesta ETET a avaliação inicial é feita por uma psicóloga, que determina a necessidade de acompanhamento médico. O modelo definido pela ETET para a intervenção com a pessoa é a gestão de caso por terapeutas de referência de cada área. Estes profissionais fazem um acompanhamento regular que se prolongará de forma a assegurar a consistência dos ganhos terapêuticos e a reaquisição das capacidades e competências para o funcionamento psicológico e social adequado. A atribuição de novas pessoas a cada terapeuta de referência é feita na reunião semanal da ETET que acontece à terça-feira de manhã. Nesta reunião são também abordados outros assuntos relativos ao funcionamento da equipa, problemas identificados na comunicação entre as várias áreas, dificuldades na ligação/referenciação com serviços externos. São também discutidos casos de pessoas em grupo, mas sem recurso a uma metodologia para a apresentação e análise dos mesmos.

A ETET tem como missão acompanhar pessoas com processos de adição com e sem substância, sendo mais prevalente a adição a substâncias psicoativas (a grande maioria opióides), álcool ou jogo. O Programa de Manutenção Opióide (PMO), indicado para heroínod dependentes, ocupa a maior parte do tempo da ação da equipa de enfermagem. Trata-se de um tratamento de manutenção com medicamentos opióides de efeito agonista (medicamentos morfínomiméticos) que, administrados em dose adequada, impedem o sofrimento físico provocado pela abstinência e a necessidade física de a consumir, ao mesmo tempo que reduzem o “craving” (desejo intenso de consumir heroína) (SICAD, 2022c). As pessoas recorrem à ETET em dias previamente marcados, fazem uma toma presencial de Metadona e é-lhes entregue um número de doses para domicílio, de acordo com o plano definido para cada um. Nesse momento é feita uma avaliação da pessoa, através da observação e de uma breve entrevista, que é pontuada com informações psicoeducativas. Quando é detetada uma necessidade na pessoa que exige uma intervenção mais prolongada, é marcada uma consulta de enfermagem. As pessoas com dependência de álcool ou jogo são avaliadas numa 1.^a consulta de enfermagem com o seu enfermeiro de referência, mas depois o seu acompanhamento é feito essencialmente pela psicóloga de referência.

A EEESMP que orientou o estágio faz parte do grupo da consulta de jovens do CRI que funciona em parceria com o Instituto Português do Desporto e Juventude e visa oferecer um espaço de escuta a jovens e os seus familiares ou outros envolventes significativos, com comportamentos aditivos e dependências ou que se encontrem em situação de risco, no sentido de reforçar os fatores protetores e reduzir os fatores de risco (SICAD, 2022d). Este grupo tem uma reunião mensal onde são apresentados e discutidos casos de pessoas que estão a ser acompanhadas, entre outros assuntos. A EEESMP faz ainda parte do grupo de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) do DICAD. Esta abordagem foi concebida inicialmente para intervir junto de consumidores inacessíveis que não pretendem ou não conseguem abandonar o consumo e que não procuram ajuda em redes de apoio, oferecendo respostas de proximidade com as equipas de rua. Incentivam a redução de riscos, identificam como é feito o consumo, evitando a partilha do material utilizado para consumo de substância injetada e impulsionando a sua troca. Atualmente, intervêm também junto duma população que tem consumos em contextos recreativos, como concertos e festivais de música, em que existe uma representação social positiva deste tipo de comportamento, aliada a uma baixa perceção do risco dos mesmos e uma grande diversidade e oferta de substâncias. São realizados testes de álcool e ações psicoeducativas sobre as substâncias psicoativas mais comuns, como reduzir os consumos e procurar ajuda se for necessário (SICAD, 2022d).

O diagnóstico de situação foi feito a partir do acompanhamento feito das atividades diárias com a enfermeira coordenadora na primeira semana do estágio e em conjunto com a enfermeira orientadora, tendo sido possível a determinação dos objetivos.

Objetivos

O objetivo geral definido para este estágio foi:

- desenvolver e demonstrar as competências comuns do Enfermeiro Especialista, e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Os objetivos específicos foram:

- 1- Compreender a organização e funcionamento da ETET, as estratégias institucionais, a gestão dos cuidados de enfermagem e a resposta de cuidados de enfermagem oferecida;
- 2- Adquirir conhecimentos sobre os comportamentos aditivos e dependências com e sem substância psicoativa, ao nível da fisiopatologia, do tratamento e das intervenções de enfermagem com foco no tratamento e prevenção;
- 3- Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa com perturbação por dependência e a sua família, através do estabelecimento de uma relação terapêutica;
- 4 - Desenvolver competência na elaboração e implementação de planos de cuidados individualizados em saúde mental para a pessoa com perturbação por dependência e a sua família.

Planeamento

Para um planeamento adequado procedeu-se previamente a uma revisão da literatura onde foi possível identificar a relação estreita que existe entre as PA e as perturbações por uso de Substâncias (PUS), que são das mais frequentes em comorbilidade (Ramos, 2009; Virtanen et al., 2020; Conway et al., 2006), estando associadas a uma maior gravidade dos sintomas, maior comprometimento funcional, e pior evolução da doença do que para qualquer uma das perturbações isoladas (Magidson, 2012; Ott, 2018). Esta comorbilidade pode ser o resultado de uma vulnerabilidade compartilhada a duas ou mais condições independentes, ou pode haver uma relação causal entre elas (Torrens et al., 2015). Por exemplo, substâncias usadas como automedicação para alívio da ansiedade podem levar ao desenvolvimento de PUS (Turner et al., 2018) ou, inversamente, o uso de substância pode desencadear uma perturbação mental (Torrens et al., 2015). Esta comorbilidade tem um impacto significativo no funcionamento psicossocial e na qualidade de vida das pessoas, sendo o tratamento desafiador. A substância psicoativa é toda a substância que causa mudanças na consciência, no humor, nos pensamentos e nos comportamentos, associando-as diretamente às “funções cognitivas e comportamentais” (Cerqueira, 2015). Estas substâncias psicoativas podem pertencer à classe de depressoras (álcool, sedativo/hipnóticos, etc), estimulantes (anfetaminas; cocaína, etc), opióides (morfina; heroína, etc) e alucinogénicas (LSD, haxixe etc) consoante a ação que têm no cérebro, tendo por isso repercussões diferentes sobre o comportamento do indivíduo

(Jahan, 2023; NIDA, 2022). A perturbação por uso de substâncias (PUS) implica uma dependência. A dependência é definida como uma perturbação crónica e recorrente caracterizada pela busca e uso compulsivo de substâncias apesar dos efeitos adversos (American Psychiatry Association, 2013). É considerado um distúrbio cerebral, pois envolve alterações funcionais nos circuitos cerebrais envolvidos na recompensa, stress e autocontrole. Essas mudanças podem durar muito tempo depois da pessoa parar os consumos (Goldstein & Volkow, 2011). A adição é semelhante a outras doenças, como as doenças cardíacas. Ambas interrompem o funcionamento normal e saudável de um órgão no corpo, ambas têm efeitos nocivos graves e ambas são, em muitos casos, evitáveis e tratáveis. Se não forem tratadas, podem durar uma vida inteira e podem levar à morte (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2022). A dependência de substâncias psicoativas é considerada um grande problema de saúde pública global e pode ocorrer em qualquer idade (Kazemi & Levine, 2018). É um fenómeno complexo, crescente na população de diversos países, que resulta em inúmeras consequências para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (Seabra et al., 2018; SICAD, 2021). 500000 mortes são associadas às PUS a cada ano (WHO, 2021b). Têm uma dimensão comportamental, geralmente associada à dificuldade em controlar os impulsos, uma dimensão física (através da ação direta da substância e diferentes estados como intoxicação e abstinência) e uma dimensão relacionada à dimensão psicológica (angústia, **ansiedade**, depressão, baixa autoestima, etc.). Assim, a pessoa com dependência de substâncias psicoativas apresenta um desejo intenso de consumo dessas mesmas substâncias, uma continuação descontrolada dos consumos, independentemente das consequências, dando uma alta prioridade aos consumos em prejuízo de outras atividades e obrigações do seu quotidiano, provocando um aumento da tolerância, isto é, uma necessidade de aumentar a dose que lhe proporcione o mesmo efeito e em alguns casos consumir outras substâncias, e de sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (NIDA, 2018). A decisão inicial de tomar drogas é tipicamente voluntária. Mas com o uso contínuo, a capacidade de uma pessoa de exercer autocontrole pode ficar seriamente prejudicada. Essa dificuldade no autocontrole é a marca registrada da adição (NIDA, 2018). A probabilidade de desenvolver uma adição difere de pessoa para pessoa, e nenhum único fator determina se uma pessoa se tornará dependente ou não. Em geral, quanto mais fatores de risco uma pessoa tem, maior a chance de que o uso de drogas leve ao uso e dependência destas drogas. Os fatores de proteção, por outro lado, reduzem o risco de uma pessoa desenvolver a adição. Os fatores de risco e de proteção podem ser ambientais ou biológicos. Os fatores biológicos incluem os genes, o estadió de desenvolvimento e até o género ou etnia. Vários estudos indicam que os efeitos que os fatores ambientais têm na expressão dos genes - epigenética, é responsável por entre 40 e 60 por cento do risco de dependência de uma pessoa (Stewart et al., 2021). O ambiente de uma pessoa inclui muitas influências diferentes, desde a família e amigos até ao status económico e a qualidade de vida geral. Fatores como pressão dos colegas, abuso físico e sexual, exposição precoce a drogas, stress (**ansiedade**) e orientação dos pais podem afetar muito a probabilidade de uso e dependência de drogas de uma pessoa. Os fatores genéticos

e ambientais interagem com estágios críticos do desenvolvimento da pessoa para afetar o seu risco de dependência (NIDA, 2018). Embora o uso de drogas em qualquer idade possa levar à adição, quanto mais cedo o uso de substâncias começar, maior a probabilidade de progredir para a adição. Isso é particularmente problemático para os adolescentes. Como as áreas do cérebro que controlam a tomada de decisões, o julgamento e o autocontrole ainda estão em desenvolvimento, os adolescentes podem ser especialmente propensos a comportamentos de risco, incluindo o uso de substâncias (NIDA, 2018), que foi o que aconteceu no caso clínico da pessoa, objeto de estudo, no período de estágio. Portanto, quanto mais fatores de risco e menos fatores de proteção a pessoa tiver, maior a probabilidade da pessoa desenvolver uma perturbação por dependência de substâncias. Também o tipo de substância é muito relevante pois quanto maior for a sua capacidade aditiva e transformadora dos mecanismos neuronais, maior a dificuldade da pessoa em ter controle sobre o seu uso. Esse é o caso da heroína, o que justifica um foco maior no estabelecimento de programas de combate a esta adição (Australian Government, 2014).

Execução

Para dar resposta aos objetivos definidos foram desenvolvidas várias atividades, nomeadamente:

- Pesquisa de documentos institucionais na ETET e online - Plataforma SICAD;
- Participação nas reuniões semanais do serviço;
- Revisão da literatura;
- Participação na reunião mensal da consulta de jovens e adolescentes da ETET;
- Participação na consulta de adolescentes da ETET;
- Participação na reunião clínica mensal da DICAD;
- Participação no evento on-line EMCDDA | Drug consumption rooms in Europe - different realities, challenges and what to expect from the future;
- Participação numa reunião da equipa de RRMD da DICAD de preparação para intervenção num evento;
- Assistência às pessoas no PMO de forma autónoma, com supervisão da Enfermeira Orientadora;
- Realização de consultas de enfermagem, aplicando a técnica de entrevista, aptidões de comunicação, recolhendo informação necessária e pertinente, com supervisão da Enfermeira orientadora;
- Elaboração de um estudo de caso clínico de uma pessoa acompanhada pela ETET, projetando um plano de cuidados individualizado em saúde mental baseado nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, seguindo a metodologia do processo de enfermagem (ver apêndice 1);
- Elaboração de 1 documento orientador das conferências de caso (ver apêndice 2);
- Produção de 2 reflexões críticas sobre o estágio (ver apêndice 3).

Avaliação

Ao longo do estágio foi possível confrontar a realidade das experiências de vida da pessoa com o que estava retratado na literatura, pois várias pessoas acompanhadas na equipa ETET no Programa de Manutenção Opióide (PMO), relataram-nos que a ansiedade, que as alterações no equilíbrio da sua saúde mental, foram o gatilho para o início da sua dependência e para os episódios de recaídas. Por várias vezes as pessoas descreveram momentos de grande stress emocional, de grande ansiedade, de conflitos familiares, como motivadores dos seus consumos, onde procuraram uma sensação de “alienação”, de “refúgio”. Que não conseguiam controlar essas sensações e esta situação era muitas vezes o rastilho para retomar os consumos. O caso clínico estudado (apêndice 1) foi bastante exemplificativo desta realidade. A pessoa tinha uma PUS que, durante os anos em que esteve casada, esteve controlada e sem recaídas. A crise da separação foi o stressor que conseguiu atravessar as várias linhas de defesa e atingir o núcleo. A partir daí a ansiedade, o mal-estar psicológico, levou a pessoa a procurar o uso das substâncias precipitando uma recaída. O facto de depois ter ficado sozinho sem acompanhamento familiar (sem recursos externos) contribuiu para dificultar a recuperação da pessoa, pelo que, antes de qualquer outra intervenção seria necessário estabelecer uma relação de confiança com a pessoa para que ela continuasse a dirigir-se à ETET para ser devidamente acompanhada. Também na história deste caso clínico se identificou um início de consumo muito precoce que poderá ter facilitado a adição, juntamente com outros fatores. Perante a mesma exposição, algumas pessoas ficam dependentes e outras não. Este conhecimento de que a adição não é uma escolha (NIDA, 2018), obtido através da literatura e da experiência do estágio com as pessoas afetadas, contribuiu para formarmos uma empatia maior com as mesmas, percebendo-se que ainda sofrem de uma grande estigmatização e exclusão social. Também o facto de termos tido um maior insight de como as substâncias chegam às pessoas, de como muitas vezes são aliciadas com ofertas por parte dos traficantes e de como a adulteração das próprias drogas é uma realidade cada vez mais alarmante, levou-nos a concluir que estas pessoas são sobretudo vítimas, reconhecendo também que é esperado do EEESMP que atue na redução do estigma associado, promovendo a inclusão social destas pessoas.

No acompanhamento diário do PMO foi possível observar a competência dos elementos da equipa de enfermagem. Quando a pessoa entra no gabinete de enfermagem para efetuar a toma presencial da metadona e receber as doses programadas para o domicílio, é feita uma avaliação global da pessoa naquela micro-interação. É possível avaliar o cuidado que tem com a sua higiene e com a sua aparência geral, se se apresenta sereno, ou agitado e ansioso. Se está sempre com pressa ou está apenas a evitar as perguntas da enfermeira. Se se senta e está disponível para conversar, ou se responde apenas com monossílabos e quer logo sair. Considerámos este exercício um ótimo treino para o raciocínio clínico e avaliação do estado mental, estando preparados para recolher o máximo de informação possível num curto

espaço de tempo, com critério nas perguntas colocadas e, ao mesmo tempo, procedendo a intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente em ações psicoeducativas. Com esta colheita de dados criteriosa, detetam-se outras necessidades da pessoa que podem beneficiar de consultas de enfermagem onde há mais tempo para uma intervenção mais longa, ou de encaminhamento para os outros técnicos da equipa multidisciplinar, caso seja necessário. De acordo com Benner (2001) esta prática configura-se no nível de perito onde há uma habilidade altamente apurada para combinar habilidades técnicas e existenciais para soluções inovadoras para os problemas clínicos. Foi muito enriquecedor poder ver em ação esta competência e perceber a sua eficácia, mas que só é possível por já estar subjacente outra intervenção de enfermagem - a RA. A maioria das pessoas no PMO são acompanhadas há vários anos pela equipa de enfermagem, pelo que foi possível constatar o nível de relação de confiança que muitos deles têm com o seu enfermeiro de referência. Isto foi bastante evidente quando acompanhámos a enfermeira coordenadora, que é quem está na equipa há mais tempo e que melhor conhece as pessoas. Muitas delas, assim que percebiam que era a enfermeira coordenadora que estava no gabinete, ficavam de imediato muito mais disponíveis para conversar e para transmitir as suas necessidades. Foi possível entender que era a relação estabelecida de há vários anos que permitia esta abertura, e que esta abertura era fundamental para se poder clarificar as necessidades de cada um e poder intervir de imediato. Isto vai ao encontro do que falámos no enquadramento teórico, onde ficou explícito que a relação é em si mesma um instrumento terapêutico (Peplau, 1952; Chalifour 2007, 2009) e que num processo colaborativo, o enfermeiro é capaz de promover com a pessoa a identificação dos seus recursos, constituindo-se a força necessária para o seu crescimento e maturação (Phaneuf, 2005).

O modelo de organização dos cuidados na ETET pressupõe a existência de um gestor de caso. A otimização deste modelo foi feita cerca de 3 meses antes do início do estágio e passou a incluir um profissional de referência de cada área profissional. Apesar disso verificámos que a articulação entre os vários grupos profissionais e a definição das intervenções de cada grupo profissional era algo que ainda não estava sistematizado. As reuniões multidisciplinares semanais conduzidas pela diretora do serviço eram feitas, na nossa opinião, de forma não estruturada, não ficando clara a ação de cada profissional para dar resposta às necessidades identificadas. Por esse motivo elaborámos e apresentámos um novo documento de apoio (ver apêndice 9) para as conferências de caso, de modo que ficasse explícito os problemas identificados e as intervenções propostas por cada profissional. O feedback da equipa foi positivo relativamente a este novo documento, considerando que era pertinente, tendo em conta o modelo recentemente adotado do profissional de referência de cada área. Ainda assim, percebemos que ainda havia vários aspetos da ação do EEESMP que careciam de esclarecimento e afirmação como no caso da consulta de adolescentes da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens no Instituto Português da Juventude, em que o tipo de articulação esperado da EEESMP era apenas ao nível do despiste de consumos, não contando a psicóloga com a sua contribuição para outras áreas.



Os momentos de maior aprendizagem deste estágio aconteceram quando houve oportunidade de conduzir 2 entrevistas clínicas semi-estruturadas com duas pessoas diferentes. Com a preparação das entrevistas foi possível colocar em prática a aprendizagem de várias UCs. O local e o ambiente foram preparados de forma adequada. Os passos da entrevista foram todos seguidos. A clareza da proposta apresentada à pessoa; a garantia de confidencialidade, o ambiente acolhedor para estabelecimento de confiança. A demonstração de interesse, a manutenção da calma e do contacto visual. A técnica de exploração para maior colheita de dados e esclarecimento do pedido de ajuda. O toque, a motivação e validação dos recursos da pessoa, demonstrando a partir das suas palavras que tem realmente recursos para recuperar. Os pedidos de clarificação, repetindo e/ou reformulando as ideias expressas pela pessoa para confirmar se a ideia estava correta. A prestação de apoio emocional e o estabelecimento de contrato para as sessões seguintes. Uma dessas entrevistas foi feita com uma pessoa que tinha manifestado estar sobre uma grande tensão emocional, tendo sido marcada a consulta a partir da identificação deste problema. Durante a consulta foi dada oportunidade para que pudesse exprimir os seus sentimentos, promovendo uma escuta ativa, ao que se mostrou disponível e confortável para tal. Foi proposta e efetuada a técnica de relaxamento de imaginação guiada, que a pessoa posteriormente verbalizou ter sido muito eficaz, ficando mais calma.

Foi possível verificar que a missão da ETET de promover a reabilitação da pessoa com comportamentos aditivos com ou sem substância psicoativa, envolvendo a família, tem sido eficaz. Foi constatada esta realidade através da observação das pessoas que são acompanhadas há bastante tempo e que conseguem desenvolver as suas habilidades pessoais, lidar com os stresses da vida, e que trabalham de forma produtiva. É visível que o programa é eficaz na recuperação da pessoa e do seu equilíbrio, da sua funcionalidade, reinserindo-a a nível social, profissional e no seu contexto familiar. Ficou claro também que o papel da equipa de enfermagem e do EEESMP é fundamental nesta recuperação e manutenção de bem-estar, que as relações terapêuticas desenvolvidas são de elevado valor para esta equação. Várias pessoas expressaram esta importância, dizendo que as enfermeiras se “preocupam muito com eles e que isso faz toda a diferença”, o que vai ao encontro do que está preconizado nos modelos teóricos anteriormente referidos. Ainda de referir que das pessoas acompanhadas no PMO que tivemos oportunidade de seguir, as que tinham mais dificuldade em seguir o programa eram as que tinham pouco ou nenhum suporte familiar.

3.2 Estágio II

Diagnóstico de situação

O estágio II decorreu numa Unidade de Internamento de Psiquiatria para Doentes Agudos. Os principais objetivos desta Unidade são:

- providenciar cuidados de saúde diferenciados a doentes do espectro psiquiátrico em situações de agudização da sua doença;
- promover a estabilização clínica das pessoas com perturbação mental, o tratamento e a promoção da sua saúde mental;
- promover a articulação e comunicação com as outras Unidades Funcionais do Departamento, nomeadamente:
 - Hospital de Dia;
 - Consulta externa - inclui a Unidade Ambulatório;
 - Psiquiatria de Ligação;
 - Unidade Funcional de Pedopsiquiatria;
 - Unidade Comunitária;
 - Acompanhamento domicílio;
 - Promover os cuidados no pós-alta, promover a melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados e fomentar a investigação e formação dos profissionais.

A equipa multidisciplinar é composta por auxiliares de ação médica, duas equipas médicas onde cada equipa tem um médico responsável e médicos assistentes, por EESMPs e enfermeiros generalistas, por 1 secretária e uma assistente social. O acesso ao serviço que se situa piso 0, é feito através de uma porta codificada e com chave própria, por forma a garantir a segurança das pessoas internadas e também para respeitar a orientação legal dos internamentos compulsivos. Durante o período da pandemia SARS-Covid 19 e quase a totalidade do tempo de estágio, a sala de convívio/fumo foi convertida em sala de apoio às pessoas que dão entrada para serem submetidas a eletroconvulsivoterapia (ECT). Apenas a meio de Janeiro passou novamente a ser utilizada para a sua função original, proporcionando-se um espaço adequado para as atividades lúdicas/ psicoterapêuticas que, previamente à pandemia, habitualmente decorriam no período da manhã e da tarde, em que ficava 1 enfermeiro destacado para as mesmas. Os diagnósticos médicos mais prevalentes das pessoas internadas nesta unidade são:

- Perturbação Afetiva Bipolar;
- Esquizofrenia,

- Tentativa de Suicídio,
- Síndrome Demencial.
- Perturbação de personalidade borderline

Nas duas primeiras semanas de estágio foi feito o diagnóstico de situação em conjunto com a enfermeira orientadora, o enfermeiro-chefe e outros EEESMPs que tivemos oportunidade de acompanhar. Verificámos que, em consequência da pandemia, o facto de terem sido interrompidas as atividades lúdicas que anteriormente tinham lugar na sala de convívio no período da manhã e da tarde, significava que as pessoas que estavam internadas tinham falta de momentos de ocupação, deambulando pelo corredor várias vezes ao dia, sentando-se no chão, não raras vezes a vir pedir à equipa de enfermagem que lhes fosse dada alguma medicação para a ansiedade, ou para conseguir dormir durante o dia, pois não estavam a conseguir gerir esses sintomas sozinhos. Era visível também a necessidade de diálogo e de tempo de escuta, de atenção por parte dos profissionais que as pessoas demonstravam. A procura da sala de enfermagem para conversar era constante, e encontraram sempre no formando EESMP uma atitude de disponibilidade e de vontade em ouvi-los. Nesse sentido procurou-se desenvolver um projeto que pudesse oferecer o preenchimento desta lacuna, que permitisse às pessoas desenvolverem alguma atividade para além do que lhes estava a ser oferecido, que promovesse o contacto direto com as pessoas para facilitar o estabelecimento de relações terapêuticas que as ajudassem a recuperar o seu equilíbrio e controlar a sua perturbação, promovendo ao mesmo tempo o crescimento das competências pretendidas, que já tinha começado no estágio I. Inicialmente foi pensado fazer um programa psicoeducativo de intervenção sobre a temática das PA direcionado para um grupo de pessoas internadas. À medida que fomos tendo conhecimento da dinâmica dos internamentos nesta Unidade, verificámos que tal não seria possível. A duração dos internamentos era muito irregular e a volatilidade do estado mental de cada pessoa era muito grande também, não permitindo a criação de um grupo homogêneo e que oferecesse a continuidade necessária para o sucesso de um programa. Dessa forma, optámos por acompanhar cada pessoa individualmente, partindo da visão de Barker e Poppy Buchanan-Barker (2005) sobre a dinâmica da relação entre o EEESMP e a pessoa: que cada uma tem as suas próprias características e, ao estabelecermos uma relação com a mesma, iríamos ouvir a sua voz sobre aquilo que precisava e ajudá-la a conduzir-se no seu caminho para a recuperação. A RA personalizada e próxima entre o interveniente - e a pessoa que precisa dessa ajuda, apoiada na comunicação, na presença, na proximidade e na total disponibilidade, foi privilegiada neste projeto, com resultados que consideramos positivos. Ainda assim, houve a oportunidade de ter conduzido 2 experiências de grupo, dando resposta a um dos objetivos do estágio (apêndice 4) - Dinamizar um grupo em sessão psicoeducativa; capacidade de gerir o grupo em sessão psicoeducativa.

Objetivos

O objetivos geral definido para este estágio foi:

- desenvolver e demonstrar as competências comuns do Enfermeiro Especialista, e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

e os objetivos específicos foram:

- Desenvolver um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- 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;
- Prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde;
- Desenvolver competência ao nível da intervenção terapêutica na redução e controlo da ansiedade na pessoa com perturbação mental grave.

Planeamento

Esta fase decorreu em simultâneo com as primeiras semanas de estágio e após ter sido feito o diagnóstico da situação. Tendo por base a Prática Baseada na Evidência (PBE), imperativa na área da saúde para a segurança e benefício da pessoa e que envolve o uso consciente e a aplicação de várias fontes de conhecimento, incluindo o uso de pesquisas publicadas em conjunto com a experiência clínica e os valores e preferências da pessoa (Straus et al., 2011) seguiram-se as etapas preconizadas para a mesma (Melnik et al., 2010). Isto incluiu a Revisão da Literatura descrita no subcapítulo 2.2, integrando posteriormente a melhor evidência no desenho da intervenção terapêutica a ser aplicada às várias pessoas internadas que foram recrutadas.

Os critérios definidos para a inclusão/exclusão de pessoas no projeto foram:

Quadro n.º 4 – Critérios de inclusão/exclusão para o projeto de intervenção

inclusão	exclusão
peessoas com experiência de perturbação mental em fase aguda internadas na Unidade	Estado confusional grave
idade igual ou superior a 18 anos	Agitação psicomotora
participação voluntária	Incapacidade de concentração
sem critério de género	Cognição comprometida (pontuação inferior a 24 no MMSE)
Cognição preservada (pontuação igual ou superior a 24 no Mini-Mental State Exam(MMSE))	Pontuação inferior a 18 na escala de ansiedade de Hamilton
ansiedade moderada a grave (pontuação igual ou superior a 18 na escala de ansiedade de Hamilton)	

Importa explicar o motivo pelo qual foram utilizados os instrumentos de avaliação MMSE e a escala de ansiedade de Hamilton. O MMSE (ver anexo 1) foi desenvolvido na década de 70 para a avaliação da cognição e capacidade mental de pessoas com eventual comprometimento cognitivo em estudos de investigação (Folstein & McHugh, 1975). Atualmente é o teste cognitivo breve mais difundido e com o mais ampla gama de aplicações para avaliação do estado mental em estudos epidemiológicos e clínicos, bem como na prática, onde é utilizado em várias áreas da saúde, como ferramenta de triagem para comprometimento cognitivo e demência, como em avaliações longitudinais e de resultados (Nieuwenhuis-Mark, 2010). É composto por uma série de perguntas simples e tarefas que avaliam habilidades como orientação, atenção, memória, linguagem e habilidades visuo-espaciais. Embora possa ser influenciado por vários fatores demográficos (Anderson et al., 2007), geralmente uma pontuação abaixo de 24 é considerada um sinal de declínio cognitivo significativo (Moraes, 2010) e foi este o valor mínimo definido para a inclusão das pessoas na nossa intervenção. Constatámos que muitas das pessoas internadas na Unidade apresentavam de início um estado confusional considerável e um nível cognitivo condicionado pelo estado da sua perturbação. Isto limitava à partida a sua capacidade de apreensão do que iria ser proposto, quer ao nível das entrevistas não estruturadas, quer depois na capacidade de seguir as instruções dadas nas técnicas de relaxamento que iriam ser aplicadas. Como explicado durante o enquadramento teórico, a nossa intervenção foi enquadrada numa abordagem cognitivo-comportamental para o alívio e controlo

da ansiedade. Isto requer que a pessoa possa pensar e processar informações de maneira clara para identificar e mudar padrões de pensamento negativos e comportamentos disfuncionais, e, para isso, terá que necessariamente ter a sua cognição preservada. Com uma pontuação abaixo dos 24, considerámos que seria difícil para a pessoa poder participar efetivamente na intervenção e beneficiar da nossa ação. Assim, recorrendo a este instrumento de avaliação, foi possível ter dados mais objetivos para poder avançar. Foi utilizada a versão traduzida e adaptada para a realidade portuguesa por Guerreiro et al. (1994).

A utilização da escala de ansiedade de Hamilton serviu para objetivar e averiguar o grau do sintoma ansiedade na pessoa. Era necessário validar a presença da mesma num nível que se considera perturbação para justificar uma intervenção, ao mesmo tempo que a utilização de instrumentos bem validados permitem compreender o progresso e alcance das intervenções (Lopes, 2018). A Escala de Ansiedade de Hamilton foi criada em 1959 por Max Hamilton, com reformulações mais tarde até chegar à versão atual. É composta por 14 itens divididos entre duas categorias: somáticas e psíquicas e continua a ser amplamente utilizada. Foi uma das primeiras escalas com intuito de avaliar a gravidade da ansiedade percebida, isto é, enquanto sintomas somáticos e psíquicos. É de heteropreenchimento, em que o avaliador pontua cada item de zero a quatro, em que zero significa ausência, um - sintoma ligeiro, dois - sintoma moderado, três - sintoma grave e quatro - sintoma muito grave (Porter et al., 2017). De acordo com o resultado final é identificado o nível de ansiedade da pessoa. A pontuação vai de 0 a 56, igual ou inferior a 17 indica ansiedade leve; 18 a 24 ansiedade moderada e 25 a 30 ansiedade grave (Hamilton, 1969), sendo possível fazer a correspondência com os níveis de ansiedade abordados no enquadramento (Videbeck, 2014 e Townsend, 2011). A versão utilizada foi a versão de consenso traduzida para a língua portuguesa e adaptada ao contexto português desenvolvida por Santos (2021) (anexo 2), beneficiando da atualidade da mesma. O processo de recrutamento foi pensado da seguinte forma: Em cada dia, após a passagem de turno, e com a informação obtida, seria feita uma breve reunião com a enfermeira orientadora onde era decidido, a partir das pessoas internadas, a(s) que reunia(m) melhores características para se iniciar o estabelecimento da relação. Depois da tomada de decisão de entre as várias hipóteses, seria feita a apresentação do projeto à pessoa escolhida, questionando-a sobre a sua disponibilidade e esperando um consentimento verbal.

Tendo por base a relação terapêutica (Peplau, 1952), a relação de ajuda (Chalifour, 2007) e a comunicação interpessoal entre enfermeiro e pessoa (Sampaio et al., 2018), os modelos teóricos de Betty Neuman e de Phil Barker & Poppy Buchanan-Barker, a intervenção foi pensada com a seguinte estrutura (apêndice 5):

Intervenção terapêutica na redução e controlo da ansiedade

	1.º encontro	2.º encontro	3.º encontro	4.º encontro
Objetivos	Apresentação do projeto e identificação de papéis Pedido de consentimento Estabelecimento da relação e criar condições para contrato terapêutico e para próximos encontros Colheita de dados	Redução da ansiedade Aprofundar a relação de ajuda	Capacitar a pessoa para reduzir e controlar a ansiedade Aprofundar a relação de ajuda	Concluir o processo de ajuda Validar a intervenção realizada
Estratégia	Ambiente tranquilo, acolhedor, presença apenas de mestrando e enfermeira orientadora Clima de abertura, respeito, autenticidade e interesse pela pessoa -Acolhimento	Ambiente tranquilo, acolhedor, presença apenas de mestrando e enfermeira orientadora -Awareness - Exploração, Clarificação e Confrontação - Música como mediador expressivo	Ambiente tranquilo, acolhedor, presença apenas de mestrando (enfermeira orientadora opcional) -Suporte -Terapia expressiva	Ambiente tranquilo, acolhedor, presença apenas de mestrando (enfermeira orientadora opcional) -Suporte -Terapia expressiva
Intervenção	Escuta ativa Apoio Emocional Psicoeducação sobre Perturbação mental e perturbação da ansiedade	Escuta ativa Apoio emocional Introdução e ensino de técnicas de relaxamento respiratório em simultâneo com Musicoterapia Realizar técnica de relaxamento	Escuta ativa Apoio emocional Introdução e ensino de técnica de relaxamento muscular em simultâneo com Musicoterapia Apoio emocional Intervenção psicoeducativa	Escuta ativa Apoio emocional Introdução e ensino de técnica de relaxamento imaginação guiada em simultâneo com musicoterapia
Duração	30/40 minutos	30 minutos	30 minutos	30 minutos
Avaliação	Aplicação de MMSE Aplicação de escala de ansiedade Hamilton	Grelha de observação Questionário	Grelha de observação Questionário	Grelha de observação Questionário

Execução

Recrutadas	Recusas	intervenção com 4 encontros
12	3	5

A faixa etária das pessoas abordadas situa-se entre os 22 e os 46 anos, sendo que maioria (10) estavam entre os 22 e os 30 anos.

Das pessoas que recusaram, uma aceitou a entrevista mas depois recusou os encontros seguintes, as outras duas aceitaram o segundo encontro mas decidiram sair no início da técnica de relaxamento por receio de adormecerem. O motivo de haver 4 pessoas que não fizeram pelo menos 4 encontros prendeu-se com o facto de terem tido alta antes de se poder fazer toda a intervenção que foi estruturada. De referir que, independentemente da estrutura apresentada ter servido como suporte para a intervenção, houve sempre flexibilidade para encontros não formais, que iam acontecendo ao longo dos turnos. Apesar de não formais, eram intencionais para o progredir da relação terapêutica, procurando conhecer melhor cada pessoa, colhendo sempre mais dados através da observação em contextos lúdicos e noutras interações, avaliando o seu comportamento durante esses contextos, o que era dito, a forma como era dito e toda a comunicação não-verbal que acontece em simultâneo, e para qual devemos estar alerta para obtermos o máximo de informação possível também. Desde o início do estágio que os enfermeiros orientadores estimularam e insistiram para que procedessemos à avaliação do estado mental da pessoa em cada interação, sendo essencial que seja feito de forma completa na primeira entrevista por forma a termos uma referência para avaliar a evolução da pessoa ao longo do internamento. Esta avaliação difere do exame do estado mental uma vez que este tem por objetivo a obtenção de um diagnóstico psiquiátrico embora possa integrar o mesmo conjunto de secções, enquanto que na enfermagem de saúde mental estes elementos conjugam-se com outros para a compreensão da pessoa (OE, 2017). Está incluída no processo de avaliação diagnóstica que, como Lopes (2006) indica, é um dos construtos que define a natureza da relação enfermeiro-pessoa. Previamente ao início das primeiras entrevistas era feita uma revisão de cada secção e cada parâmetro, nomeadamente: Aspecto geral, comportamento e atitude face ao entrevistador, psicomotricidade, nível de consciência e orientação, funcionamento cognitivo, humor e emoções, linguagem e aspectos formais do pensamento, conteúdo do pensamento, alterações perceptivas, capacidade de interpretação e consciência da doença. Isto permitia que pudesse ter mentalmente presente cada área e ser capaz de obter os dados relevantes. Posteriormente, passou a ser feito de forma mais sistematizada, pelo que acreditamos ter havido uma integração deste conhecimento na prática. Importar

aqui salientar que, apesar da Avaliação do estado Mental fazer parte da avaliação diagnóstica compreensiva do processo de enfermagem, não deve ser sobrevalorizado, para não se correr o risco de centrar a ação apenas nos sinais e sintomas, perdendo a perspetiva dos contextos e circunstâncias que estão relacionados com a perturbação, assim como o impacto que os mesmos têm na pessoa, a nível cognitivo, emocional, comportamental e sociocultural (OE, 2017). Daí a importância de ter sempre um ou mais modelos teóricos de enfermagem a moldar a nossa intervenção. Ao enquadrar todos os dados obtidos a partir de cada entrevista e de cada interação num plano de cuidados alinhado com a teoria dos sistemas de Betty Neuman, permitiu-nos contextualizar os sintomas e percebê-los numa visão holística da pessoa. Embora na apresentação deste projeto o foco esteja nas PA, as pessoas de quem cuidámos apresentavam também outros diagnósticos, quer médicos (o facto de muitas PA estarem em comorbilidade com outras perturbações) quer de enfermagem, que eram igualmente considerados para a nossa intervenção, como se comprova nos planos de cuidados que apresentámos (ver apêndice 6).

De todas as pessoas que foram acompanhadas, algumas não fizeram todas as atividades propostas por diferentes razões. O J. aceitou fazer a entrevista, mas no dia seguinte recusou continuar a intervenção, focando-se apenas na possível alta e verbalizando não ver vantagem no processo. J.J. manifestou vontade em participar numa das 2 atividades de grupo realizadas, após ter sido feita a primeira entrevista formal. Já existia uma relação formada, pois o mesmo tinha estado internado no início do estágio e já tinha havido oportunidade de conversar algumas vezes com o mesmo. Apesar de apresentar discurso delirante, pontuou os valores necessários para ser incluído no exercício. No início do exercício referiu estar a ficar com sono e que tinha medo de adormecer, pelo que preferiu se ausentar. Era uma pessoa com internamentos de repetição desde há 20 anos, passando por múltiplos estabelecimentos e conhecedor de uma multiplicidade de intervenções e estratégias dentro da saúde mental. Foi possível entender que pessoas institucionalizadas acabam por ter um conhecimento e “viciação” das atividades e sabem o que é necessário dizer em cada momento para obterem aquilo que necessitam. Estão de alguma forma a adulterar todo o processo, e, quem não tenha ainda este conhecimento, pode ser induzido em erro. Uma terceira pessoa não continuou a intervenção terapêutica por o seu internamento ter sido muito curto. Foi recrutado no segundo dia de estágio e ao quinto dia teve alta. Quando foi feita a visita ao Hospital de Dia foi possível perceber a diferença de ter um grupo homogêneo com perspetiva de presença de várias semanas/meses para se poder aplicar um programa com outro tipo de estrutura.

Após a seleção feita em conjunto com a enfermeira orientadora abordámos cada pessoa e, após o seu consentimento era marcada uma primeira entrevista formal não-estruturada, de acordo com o preconizado por Chalifour (2009) para uma colheita de dados mais aprofundada e para o estabelecimento de

uma relação de confiança, sendo pontuada por outros momentos de entrevista/interação não estruturadas ao longo do mesmo turno e em turnos seguintes. No final da primeira entrevista era feita a proposta para a realização de outras atividades, nomeadamente sessões de relaxamento através de exercícios de respiração, de relaxamento muscular e de imaginação guiada. Estes eram momentos em que, ao mesmo tempo que eram feitas as intervenções, era feito o ensino ou educação empoderadora para a utilização das técnicas de forma autónoma para os dias seguintes e para quando tivessem alta. Serviram também como suporte para o aprofundar da relação, pois há medida que a pessoa participava nestes encontros e manifestava satisfação e alívio dos sintomas, ficava mais disponível e confortável para falar sobre a sua situação, sobre a sua história, de acordo com o preconizado no *Tidal Model*. No final de cada encontro, à exceção do primeiro onde era apenas feita a entrevista, foi aplicado um questionário (ver anexo 1) e preenchida uma grelha de observação (ver anexo 2). Tomámos a decisão de não aplicar novamente a escala de ansiedade de Hamilton no final de cada encontro. Isto porque considerámos contraproducente regressar ao formalismo inerente ao processo, reduzindo assim os efeitos e os resultados obtidos das técnicas aplicadas, encontrando-se a pessoa habitualmente com uma postura mais descontraída. Ao mesmo tempo, e seguindo as orientações a partir do *Tidal Model*, considerámos as respostas subjetivas ao questionário mais válidas para a assunção dos efeitos produzidos. A verbalização de cada um sobre o que sentia naquele momento tornou-se o dado mais valioso para validarmos a ação. O que cada um diz sobre si, a sua voz num momento mais vulnerável, em que se sente mais à vontade, em que sente confiança no interlocutor será, porventura, o mais próximo daquilo que se passa realmente com a pessoa e foi nisso que nos decidimos focar.

Avaliação

Para uma avaliação mais fidedigna dos resultados obtidos, optámos por apresentar apenas os dados das pessoas que concluíram 4 encontros, num total de 5, em que foram identificados apenas pela letra P (pessoa) com o número correspondente. Apresentamos quadros sobre os resultados da grelha de observação e sobre as respostas dadas ao questionário. Iremos classificar as respostas de acordo com três categorias: sensações; sentimentos e aprendizagens.

	INSTRUÇÕES			CONCENTRAÇÃO		
	1. encontro	2.encontro	3.encontro	1.encontro	2. encontro	3. encontro
P1	dificuldade	cumpriu	cumpriu	difícil	razoável	elevada
P2	cumpriu	cumpriu	cumpriu	razoável	razoável	elevada
P3	dificuldade	dificuldade	cumpriu	difícil	razoável	elevada
P4	dificuldade	cumpriu	cumpriu	razoável	elevada	elevada
P5	cumpriu	cumpriu	cumpriu	razoável	elevada	elevada

CAPACIDADE EM RELAXAR			
	1. encontro		3.encontro
	2.encontro		
P1	sinais de tensão muscular		Frequência respiratória mais baixa
P2	movimentos várias partes do corpo		expressão facial tranquila
P3	sinais de tensão muscular		sinais de relaxamento muscular
P4	movimentos várias partes do corpo		expressão facial tranquila
P5	sinais de tensão muscular		expressão facial tranquila

Da análise feita das três categorias da grelha de observação, é possível verificar que houve sempre uma evolução positiva ao longo dos três encontros, sendo de realçar que, na categoria Capacidade em relaxar, 4 das 5 pessoas atingiram o nível máximo no último encontro. Verificámos que a expressão facial era substancialmente diferente no final de cada encontro e no final dos 4 encontros. Temos consciência que esta é também uma inferência subjetiva, que se trata de uma heteroavaliação feita pelo interveniente e que, estará sempre sujeita a experiência do próprio e à capacidade de tomada de consciência do mesmo sobre esta subjetividade, motivo pelo qual sentimos ser relevante dar voz às pessoas para que falassem da sua experiência na atividade. Por isso, aliada a esta expressão facial esteve, no mesmo momento, a

expressão verbal das pessoas sobre o que estavam a sentir, que emoções sobressaíram durante a atividade e quais as aprendizagens que tiveram, pelo que será útil relacioná-las de seguida, após a apresentação das expressões emitidas. Importar deixar explícito a diferença entre emoções e sentimentos. As emoções surgem de ativações de populações neuronais especializadas em várias partes do córtex cerebral, é a reação imediata ao estímulo enquanto que o sentimento já envolve a construção cognitiva de percepção e avaliação. Sentimentos são experiências emocionais conscientes dessas ativações que contribuem para as redes neuronais mediando pensamentos, linguagem e comportamento, aumentando assim a capacidade de prever, aprender e reavaliar estímulos e situações no ambiente com base em experiências anteriores (Šimić et al., 2021). Daí existir no questionário uma questão para o que sentiu durante a atividade (emoção) e o que ficou após a atividade (sentimento).

1.º encontro

	EMOÇÕES	SENTIMENTOS	APRENDIZAGENS
P1		“bem, muito bem”	
P2	“cabeça vazia”	“maravilhoso, agradável”	“a música ajuda muito a relaxar”
P3	“tenso”	“melhor, menos ansioso”	“percebi a atividade mas não consegui abstrair-me”
P4		“estava stressada e agora já não estou”	“interessante a capacidade da mente”
P5	“sensação boa”	“experiência de calma, leveza e relaxamento”	

2.º encontro

	EMOÇÕES	SENTIMENTOS	APRENDIZAGENS
P1		“em paz, tranquila”	
P2	“estava quase a adormecer”	“sinto-me menos ansioso, estou mais calmo”	“tive o dia todo ansioso, a sentir-me mal e agora já não estou”
P3		“descontraído, melhor”	“tenho fobia a que me tirem sangue, se fosse agora tenho a certeza que não iria custar nada”
P4	“alegria, felicidade”	“menos angustiada”	“ajudou-me a perceber o que se passa comigo”

P5	“o corpo e a mente foram levados ao êxtase”	“mais calmo”	“é bom proporcionarem esta atividade aos doentes”
-----------	---	--------------	---

3.º encontro

	EMOÇÕES	SENTIMENTOS	APRENDIZAGENS
P1	“parecia que estava a voar”	“feliz, gostava de fazer mais”	“vou tentar fazer isto em casa”
P2		“não estou triste como estava”	“é possível controlar-me”
P3	“o corpo relaxado, a levitar”	“antes estava stressado e agora já nem me lembrava”	“isto é importante, é como meditação, ajuda a acalmar”
P4	“gosto muito da minha mãe”	“harmonia, paz e relaxamento total”	“sei agora que tenho que ter regras para estar bem”
P5	“completamente relaxado”	“absolutamente maravilhosa, relaxante e satisfatória a todos os níveis”	“fiz as técnicas que me ensinou sozinho durante o fim-de-semana”

A partir da leitura das expressões utilizadas pelas 5 pessoas acompanhadas, é possível inferir que houve um elevado grau de satisfação, percebendo também uma evolução positiva de encontro para encontro. Numa primeira interação foi possível experienciar que emoções e sentimentos começam a emergir e, com os encontros seguintes, foi-se dando uma aprendizagem cada vez maior, assim como um melhor conhecimento do que estavam a sentir (awareness). De relevante também o facto de, de encontro para encontro, haver mais expressões, e em que, no último encontro, a capacidade de expressar o que sentiram na experiência ter melhorado bastante, apresentando descrições mais pormenorizadas. Destacamos em particular o P5 que, mesmo em contexto hospitalar e sem termos dado nenhuma indicação específica para que o fizesse, no fim-de-semana que seguiu ao segundo encontro, foi capaz de realizar a atividade de forma autónoma com resultados positivos também. Nas respostas às perguntas fechadas do questionário, o resultado foi de 100% no que diz respeito ao interesse e gosto pela atividade, no proporcionar de momentos agradáveis e na sensação de ansiedade ter diminuído com a atividade. As duas sessões de grupo foram também muito proveitosas porque, para além de ganhar competência na condução do grupo, abriram espaço para a colocação de questões, para o partilhar de ideias, percebendo-se inclusive uma entreajuda entre os vários participantes, um sentimento de proximidade e empatia, também promotor e facilitador da expressão de sentimentos, verificando-se que não houve dificuldade em participar. Até pelo contrário, era visível a necessidade que vários tinham em se exprimir e dizer o que

sentiam. Durante esses momentos de partilha foi também abordado o tema da saúde mental e o que significava para cada um não ter saúde mental. Foi uma partilha importante, para perceber como cada um via a sua situação de estar internado com uma perturbação mental e que o estigma da mesma ainda estar, por vezes, presente na perceção que o próprio tem da forma como a sociedade o observa.

Com as primeiras pessoas que acompanhámos, talvez por ainda estarmos pouco à vontade, sentimos que a relação demorava algum tempo a crescer. Na segunda metade do estágio, cada interação eram muito mais fluida, mais natural e era bastante perceptível que, ao segundo dia que estávamos com as pessoas, a sua expressão corporal era muito mais afável e de proximidade, e era também possível recolher mais dados pois estavam mais confiantes e sentiam-se mais confortáveis em partilhar a sua história, o que vai ao encontro do que explorámos no modelo teórico de Barker & Buchanan-Barker (2005).

As condições físicas limitadas que estavam presentes neste estágio, nomeadamente a falta de espaços para a exploração das atividades propostas condicionou em parte o sucesso das mesmas. Mas, para além disso, e ainda mais importante, foi ter existido, na nossa opinião, uma falta de iniciativa por parte da equipa de enfermagem para contornar esta dificuldade. Durante o tempo de estágio na unidade de internamento, não foi possível ver em ação o trabalho diferenciado e especializado de cada EEESMP, apesar de ter em conta que muitas das competências inerentes ao mesmo na sua ação, estão entrecruzadas com outras atividades e que isso não seria tão visível para um estudante de mestrado. Ainda assim, foi muito importante ter havido a oportunidade de visitar o Hospital de Dia, a consulta externa e a consulta pós-alta do mesmo departamento de psiquiatria do centro hospitalar para poder presenciar e acompanhar o trabalho feito pelos EEESMP nesta área, que era bastante distinto do que foi observado no internamento.

A amostra de pessoas que foram sujeitas a esta intervenção não é representativa, é limitada no número e na escolha feita, não sendo possível deduzir os resultados. No entanto, consideramos que importa dar destaque à abordagem centrada na pessoa, de forma individual, compreendendo-se que a avaliação da intervenção terapêutica desenvolvida foi muito positiva a partir das verbalizações descritas e da vontade expressada por cada um em continuar as atividades, assim como o reconhecimento da parte dos mesmos de que estas deveriam ser atividades regulares para as pessoas que estão internadas na unidade.

Relação de Ajuda no Estágio II

Abrimos agora espaço para falar em maior detalhe sobre a RA desenvolvida com cada uma das pessoas que acompanhámos durante pelo menos 4 encontros, por forma a explicitar como toda a ação esteve fundamentada nos princípios orientadores que foram abordados na primeira parte deste relatório. Para efeitos de proteção de dados e do direito à confidencialidade as pessoas continuarão a ser referidas apenas por P1, P2, P3, P4 e P5.

P1 foi a primeira pessoa a ser acompanhada. Tem 25 anos, foi internada com o diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) tipo 1 em fase maníaca. Numa primeira interação foi feita a avaliação do seu estado mental: apresentava um humor elacionado, com taquipsiquismo, um débito de discurso muito acelerado, com muita dificuldade em concentrar-se e sendo muito difícil captar a sua atenção. A estratégia no primeiro dia passou por nos darmos a conhecer através da realização de atividades de distração, nomeadamente passear pelo corredor imaginando que estávamos no exterior, num local do seu agrado e atividades em papel como palavras cruzadas, o que a P1 referiu gostar e referir que lhe tinha reduzido a ansiedade. Isto permitiu que, por um momento, a P1 conseguisse estar concentrada numa ação, com atenção mais captável e com o pensamento menos acelerado. Possibilitou também estabelecer o início da relação, estando com a pessoa. Nos primeiros dias do seu internamento, a P1 estava ainda na fase aguda da sua perturbação e julgámos não ser possível desenvolver algum plano enquanto assim estivesse. A aprendizagem maior neste caso foi a da necessidade de estabelecimento de metas, de que a mudança aconteceu com pequenos passos e metas específicas, que favoreceram o crescimento e a recuperação. Aprendemos também que para se chegar ao objetivo final da recuperação é necessário ter uma visão global e decidir o que é necessário fazer em cada momento (Poppy & Buchanan, 2005). Percebemos que estas pequenas atividades iniciais, aparentemente sem impacto, eram importantíssimas para que se chegasse às etapas seguintes e que é preciso dar tempo à pessoa para que se observem melhorias, que a intervenção farmacológica é necessária mas que pode e deve ser acompanhada em simultâneo com a intervenção não farmacológica, potenciando-se uma à outra. Nos dias seguintes, a P1 já nos procurava para a realização de mais atividades e para conversar, tendo gradualmente diminuído os seus sintomas de fase maníaca da PAB. Desta forma levou-nos à primeira entrevista para concluir a primeira **fase da orientação da relação** (Chaliffour, 2007), colhendo mais dados para a projeção de um plano de intervenção. Foi a primeira de várias entrevistas feitas a várias pessoas e houve, desde o início, a preocupação para que pudesse ser feita num ambiente empático e agradável. Contudo, dadas as limitações físicas da unidade, apenas foi possível fazê-lo na sala de refeitório, mas houve sempre a preocupação e o cuidado de estarmos em privado, sem interrupções, garantindo sempre a confidencialidade dos dados que eram obtidos. Procurou-se também que não fosse estruturada, para dar espaço à pessoa para se exprimir, mas

tendo sempre mentalmente presente quais os dados que pretendíamos obter (Chalifour, 2009). Foi utilizada a estratégia de tomada de consciência, avaliando sempre o insight que P1 tinha para a sua perturbação, utilizando a **Clarificação e Confrontação** cada vez que havia contradições sobre o que era dito. Por exemplo, P1 referiu que tinha conhecimento da sua perturbação e que já estava a ser acompanhada na consulta externa, recebendo de 3/3 semanas a equipa de visita domiciliária para a administração do depot que lhe tinha sido prescrito, ao que foi confrontada com o facto de ter faltado às últimas administrações. Isto permitiu que tomasse consciência do que tinha acontecido e também dos fatores precipitantes, os stressores internos e externos que atingiram o seu núcleo (Fawcett, 2009) e que levaram a uma recaída, que, neste caso, tinha sido uma relação problemática com o namorado que a expôs ao consumo de drogas, levando ao abandono temporário do domicílio, interrompendo o tratamento que estava a realizar até aquele momento. Para os encontros seguintes, apesar da P1 cumprir os critérios definidos, ainda apresentava a atenção dificilmente captável e pouca capacidade de concentração, pelo que optámos por adequar as atividades aos seus gostos, utilizando música escolhida pela própria, valorizando a sua voz e respeitando a sua linguagem e a sua forma de se exprimir (Barker & Buchanan-Barker, 2005), o que se revelou ter sido eficaz. Ficou aqui demonstrado outro dos compromissos contidos no Tidal Model - revelar sabedoria pessoal, usada para apoiar a pessoa e orientar a sua jornada de recuperação.

O P2 tem 30 anos, já estava internado na unidade no início do estágio e lá se manteve durante boa parte do estágio. No momento da primeira entrevista formal já havíamos interagido várias vezes com o P2, e, na perspetiva de fazer uma intervenção de grupo, foi recrutado juntamente com mais três pessoas. Por essa altura o P2 já reunia, do ponto de vista clínico, condições para alta, mas aguardava ainda uma resolução social. Com a sintomatologia da sua PAB controlada foi possível ter uma conversa longa e aprofundada, em que foi perceptível o à vontade que o P2 sentia com a nossa presença. A disponibilidade, a autenticidade e a virtude da curiosidade (Barker & Buchanan-Barker, 2005) em querer saber mais sobre a sua situação estiveram presentes desde o início, investigando o que levou o P2 a voltar a precisar de ser internado (tinha história de vários internamentos anteriores). Naquele momento tinha muito mais insight sobre a sua perturbação do que no início do internamento, o que facilitou o reconhecimento de alguns fatores que precipitavam as suas recaídas (stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais). O P2 estava muito ansioso com a sua alta, querendo regressar para o seu contexto habitual onde ficava sempre próximo dos amigos que lhe providenciam as substâncias que consumia e que o faziam voltar à fase aguda da sua doença. Entendeu que não poderia repetir esse ciclo e aceitou uma solução social para passar a viver num local diferente (recursos internos - capacidade interna de querer mudar; recursos externos - instituição e/ou quarto acessível para viver num local alternativo). Foi feito o acompanhamento do P2 por mais encontros - **fase de trabalho da relação** e, no momento da alta, fizemos a preparação para a mesma. O P2 foi orientado para o Instituto de Emprego e Formação Profissional para se voltar a inscrever e fazer uma nova formação, e foi viver numa cidade diferente. Percebemos, a partir desta intervenção, a forma

como o EEESMP funciona como recurso externo para a recuperação da pessoa e promoção da sua saúde mental. Ter a sintomatologia controlada do ponto de vista clínico não era suficiente para esta pessoa. Caso não se investigassem os motivos que levaram a uma recaída e essa informação não fosse utilizada para a construção de um plano de cuidados, a eficácia do mesmo seria menor e a probabilidade de uma recaída seria muito maior. Ao mesmo tempo foi-lhe oferecida a visão de que esta última crise poderia ser uma oportunidade de mudança que acabou efetivamente por acontecer.

O P3 tem 28 anos e estava internado na unidade após uma tentativa de suicídio que aconteceu num contexto de uma perturbação depressiva. Ao contrário dos outros recrutamentos, com P3 não houve uma discussão prévia para a apresentação da proposta. A primeira interação decorreu já no último terço do estágio em que, com a prática de todas as interações prévias com as outras pessoas, considerámos estar numa posição mais confortável e confiante na primeira abordagem feita a cada pessoa, o que aconteceu com o P3 também. No momento da avaliação dos seus sinais vitais, o P3 fez um pedido de ajuda, estava muito ansioso e não conseguia controlar essa ansiedade. De imediato, esse passou a ser o foco da nossa ação, deixando a avaliação hemodinâmica para segundo plano - poder de agilidade (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Foi feita uma entrevista naquele preciso momento, onde foi explorada a origem do sintoma. O P3 apresentava-se com discurso coerente e adequado, sem alterações do pensamento e com insight para a sua perturbação. Sentiu-se confortável para contar de imediato a sua história e, de seguida, foi feito o ensino das técnicas respiratórias de relaxamento, para que o mesmo pudesse começar a aplicá-las de forma autónoma. A aplicação dos instrumentos de avaliação MMSE e escala de ansiedade de Hamilton foram aplicados posteriormente, pois percebemos a necessidade evidente de agir naquele momento. Sabemos que o nível de perito identificado por Benner (2001) pressupõe uma compreensão intuitiva das situações, dispensando princípios, regras ou linhas orientadoras, permitindo um desempenho complexo, fluido e eficaz, e, com a devida distância, considerámos que este episódio traduziu-se numa competência mais evoluída na avaliação da pessoa relativamente à sua necessidade de intervenção. Nos dias seguintes, e de acordo com a proposta de intervenção que foi estruturada, foram realizados os restantes encontros.

Com a P4, 27 anos, com um internamento inaugural de PAB em fase maníaca, foi possível, para além de seguir os mesmos passos que as intervenções anteriores com as outras pessoas, intervir também ao nível familiar, algo que não tinha acontecido até aquele momento, cumprindo a visão definida de direcionar a ação para a pessoa integrada na sua família, grupo e comunidade. Após duas entrevistas não formais de colheita de dados e do estabelecimento de uma relação de ajuda, verificámos que o processo familiar de P4 estava comprometido. Que esta era uma variável que funcionava igualmente como stressor (P4 atribuía parte da origem da sua perturbação à relação com a sua mãe) e como recurso (P4 vivia apenas com a mãe, e é a pessoa com quem conta sempre que precisa). Foi feita entrevista formal não estruturada

com a mãe, onde foi possível obter mais informação sobre a situação de P4, identificando-se dados contraditórios com os fornecidos pela P4. Foi também importante para a mãe, pois até ao momento ainda não tinha qualquer informação sobre a perturbação da P4 e de que modo deveria agir dali para a frente. Mais uma vez ficou demonstrada a necessidade de obtenção de informação do máximo de fontes possível. Todo o processo foi feito de forma transparente com P4, como advoga Barker (2001), esclarecendo-a que iríamos falar com a mãe sobre a sua realidade, a sua perturbação, o que compreendeu e aceitou. Durante os encontros com a P4, procedeu-se a vários momentos de psicoeducação. A P4 era intelectualmente evoluída, fazia muitas perguntas e tinha muita necessidade de saber mais sobre a sua perturbação. Foi muito perceptível que a P4 compreendeu os ensinamentos que tinham sido feitos, pois no momento da alta mostrou-nos as folhas onde apontou todas as informações que foram dadas, e tivemos a oportunidade de comprovar que estavam genericamente todas corretas. Com a P4 foi possível seguir de forma clara as 3 fases da relação propostas por Chalifour (2009), com ênfase na **fase de conclusão**, em que foi feita uma avaliação da intervenção, com P4 a ser capaz de enumerar todas as indicações dadas e os benefícios que tinha obtido, verbalizando que iria manter a adesão terapêutica e criar rotinas mais adequadas para a sua qualidade de vida.

P5, 30 anos, foi a última pessoa a ser acompanhada em todo o processo de intervenção proposto. Estava internado por PAB em fase maníaca e tinha tido um único internamento há 10 anos, com posterior acompanhamento em consulta que depois acabou por abandonar. Estava revoltado com o internamento, considerava ter sido vítima de discriminação por ter tido um único episódio da doença dez anos antes. Ainda assim reconhecia e cumpria o plano terapêutico que lhe estava a ser oferecido. Tinha perdido o irmão há um ano atrás e nunca procurou ajuda para conseguir lidar com a morte do mesmo. Continuou sempre a trabalhar e passava diariamente pelo local onde o irmão tinha sofrido o acidente que lhe causou a morte. Na primeira entrevista, foi feita desde logo uma abordagem cognitiva-comportamental. Foi questionado o porquê de nunca ter procurado ajuda e de manter o hábito de passar no local de acidente, confrontando-o com estes pensamentos e comportamentos negativos para que os pudesse identificar, para depois transformá-los em pensamentos mais positivos e realistas (Edmund & Sheppard, 2018). Foi-lhe dito que provavelmente teria beneficiado de ajuda e que, a exposição permanente ao local do acidente seria provavelmente contraproducente para o seu bem-estar. Concordou com o insight que lhe foi oferecido, tendo ficado muito agradado. Não se sentiu logo à partida à vontade para contar o episódio recente que motivou o seu internamento, tendo isso acontecido num encontro posterior. A cada encontro o P5 foi ficando cada vez mais à vontade. Na primeira entrevista tinha verbalizado que não confiava em ninguém, que todas as pessoas à sua volta o traíam e/ou desiludiam. Após 2 sessões de relaxamento promovidas, o P5 foi capaz de avançar para as técnicas de forma autónoma durante o fim-de-semana, o que foi a melhor prova de que a intervenção que estava a ser desenvolvida estava a ser eficaz e frutífera.

No último encontro foi feito o exercício de imaginação guiada como preconizado. P5 ficou muito agradecido e referiu sentir-se muito melhor. Questionou inclusive, como é que poderia continuar a ter acesso a esta terapia quando tivesse alta.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Ao enfermeiro é reconhecida competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais à pessoa (OE, 2015b), com o desígnio de “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida” assim como “a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”(OE, 2001). Constituindo, na generalidade dos sistemas de saúde, o grupo com o maior número de profissionais (OE, 2022), e sendo fundamental numa dinâmica interprofissional que cumpra a promessa de saúde para todos (WHO, 2020), a enfermagem tem vindo a assumir uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina. Existem cada vez mais estudos de diferentes áreas de investigação que proporcionam evidência sobre quais as melhores práticas de enfermagem. Os enfermeiros têm demonstrado uma grande capacidade e vontade de aprender mais, investindo em campos de atuação mais diferenciados e oferecendo à população melhorias na sua saúde e bem-estar através do seu engenho, inovação e inspiração (WHO, 2020). O papel dos enfermeiros e a sua responsabilidade como praticantes avançados, líderes, formuladores de políticas, pesquisadores, cientistas e professores, são centrais para o funcionamento eficaz da saúde e para a formação e prática de novos profissionais (WHO, 2020). Embora todos os enfermeiros tenham um papel nesta melhoria, os Enfermeiros Especialistas (EE) assumem uma exigência técnica e científica cada vez maior, prestando cuidados mais diferenciados e especializados a partir das competências adquiridas durante a sua formação. O EE é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019). Para isso, deverá demonstrá-lo durante a sua formação para que as mesmas possam ser certificadas, assegurando que possuem “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, as mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”(OE, 2019). O seu exercício é concretizado em “intervenções autónomas e, ou, interdependentes, sem prejuízo da autonomia da tomada de decisão, realizadas no âmbito das qualificações profissionais legalmente exigidas e no estrito respeito pelos princípios da dignidade, autonomia e complementaridade funcional, relativamente aos demais profissionais, trabalhando em cooperação, articulação ou coordenando outros, cuja atuação seja funcionalmente interdependente ou complementar à sua” (OE, 2022). Para que esta intervenção seja

consequente deverá adquirir as competências afetas à área de especialização em que se propôs formar. Especificamente na área da saúde mental, os EEESMP fornecem cuidados holísticos a indivíduos em risco ou com perturbações mentais e de uso de substâncias para promover o seu bem-estar físico e psicossocial. Não oferecem apenas cuidados físicos, mas também utilizam a socialização, ativação e a comunicação com as pessoas para criar um ambiente seguro e confortável que promova mudanças positivas (ICN, 2022). No final do ano passado, o ICN (2022) reconheceu, a partir das estatísticas e informações mais recentes que indicaram que as perturbações de saúde mental mantêm-se generalizadas, que existe um défice de recursos disponíveis e de cuidados efetivos e que é necessário investir urgentemente na enfermagem de saúde mental (WHO, 2021c), pelo que consideramos que esta jornada de aquisição de competências está definitivamente alinhada com as necessidades a nível nacional e internacional, pelo que interessa explicitá-las e descrever o modo como foram adquiridas.

4.1 Competências comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o regulamento n.º 140/2019, pressupõe-se que os EE possuam, para além das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas envolvem:

“as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, de aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante e pertinente que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019).

Consideram-se as competências comuns aquelas que são:

“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”(OE, 2019)

Assim estas competências comuns são: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Iremos discriminar cada uma delas e descrever de que modo consideramos terem sido adquiridas ao longo de ambos os estágios.

Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

“a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019)

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, os enfermeiros em Portugal estão obrigados a (OE, 2015c) :

- “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”;

a

- “Cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão”;

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 um dos princípios orientadores é:

“O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados”

Isto significa que a competência referida enquadra-se nestas orientações deontológicas já definidas para qualquer enfermeiro membro da OE, quer seja enfermeiro de cuidados gerais ou enfermeiro especialista. Aqui interessa conduzir estas orientações para as complexidades da saúde mental e saber quais as implicações dentro desta área. Temos desenvolvido, ao longo da prática profissional de mais de 20 anos, um exercício seguro, profissional e ético, construindo uma sabedoria e uma capacidade de tomada de decisão ética e deontológica que, apesar de já estar presente no início da carreira, reconhecemos que houve uma grande evolução ao longo do tempo. Portanto, estes princípios éticos, o respeito pelas normas legais e pela deontologia em vigor, têm sempre feito parte da nossa prática profissional. No contexto da formação na área da saúde mental, foi necessário ter mais conhecimento sobre como as respostas humanas das pessoas afetadas estão ainda condicionadas por um estigma que, apesar de haver melhorias significativas, ainda persiste em determinadas situações. Isto porque o estigma resulta numa visão negativa e discriminatória em relação às pessoas que sofrem de alguma perturbação mental (Zissi, 2022),

não sendo salvaguardados os seus direitos (WHO, 2021d e República Portuguesa, 1998). Um exemplo desta realidade foi verificado durante o estágio 1, na equipa de ETET. Fruto das vicissitudes da pandemia SARS-Covid-19, determinadas rotinas do serviço foram alteradas para minimizar o risco de contágios. Dessa forma, as pessoas que vinham para a toma presencial de metadona e respetiva recolha das unidades para os dias seguintes, passaram a ser recebidas no gabinete de enfermagem sempre com a porta aberta. Como foi descrito anteriormente, muitas vezes era feita a avaliação do estado mental da pessoa naquele momento e oferecidas orientações psicoeducativas e de encaminhamento para outros serviços. Durante esse período, a porta era sempre mantida aberta, com os restantes utentes, seguranças e outros funcionários a poderem ouvir a pessoa, configurando-se num desrespeito ao artigo 12 da Declaração Universal dos Direitos Humanos que salvaguarda o direito à privacidade de cada um (United Nations, 1948). Procurámos junto da equipa de que modo esta dinâmica poderia ser alterada, argumentando que, tendo em conta que os princípios de proteção, nomeadamente o uso de máscara e a distância estariam a ser cumpridos com a porta fechada, e que, passados dois anos desde o início da pandemia e com grande parte da população imunizada, a alteração poderia ser efetivada. A sugestão foi bem recebida e passou a fechar-se a porta. Apesar de não ter sido nada que tenha sido explicitado por alguém da equipa, era um comportamento que não era habitual ver noutros contextos de saúde, daí nos termos questionado de que modo o estigma destas pessoas com PUS ainda poderia interferir com a tomada de decisão, ainda que de forma inconsciente.

Outra preocupação que se prende com este domínio tem a ver com o conhecimento da Lei n.º 36/98 (1998) - Lei da Saúde Mental que ainda está em vigor, nomeadamente no que diz respeito aos direitos da pessoa com saúde mental, também no que concerne aos internamentos compulsivos. Durante o estágio II, foi importante estar familiarizado com a mesma para garantir que as pessoas fossem cuidadas com respeito e dignidade durante o internamento, incluindo o direito à informação. A partir da situação de uma pessoa que estava internada neste regime foi possível refletir sobre os direitos e deveres da pessoa com perturbação mental internada compulsivamente. Tratou-se do P6 que foi internado compulsivamente no contexto de um episódio maníaco com heteroagressividade. P6 não tinha qualquer insight para a sua doença, referindo desconhecer os episódios que resultaram na sua entrada no hospital. Estava com humor ligeiramente expansivo, mas com discurso adequado e orientado na pessoa/tempo e espaço. Questionou permanentemente porque é que estaria internado, referindo sentir uma grande injustiça pelo facto. Não tinha história anterior de doença e/ou de internamento neste contexto. Estava aparentemente estabilizado e havia coerência na sua argumentação. O caso foi discutido nas reuniões multidisciplinares e, inicialmente, foi difícil perceber a relutância por parte da equipa médica em relação à alta e à manutenção de medidas restritivas. Acedendo depois a mais informação que estava disponível no processo, foi possível entender que havia mais relatos por parte de familiares, de outros episódios de heteroagressividade. Foi possível perceber que a decisão entre o levantamento de uma medida mais drástica e a proteção

de outras pessoas potencialmente vítimas de novos casos é muito complexa e que obriga a um juízo clínico muito ponderado. O balanço feito entre o direito da pessoa à sua liberdade, que não é absoluto, e o dever de proteção das outras pessoas é permanente e que é realmente necessária muita reflexão e ponderação antes da tomada de decisão. Por parte do EEESMP entendemos que é fundamental ter um conhecimento profundo da legislação para, por um lado dar o seu contributo nas reuniões multidisciplinares, mas também para validar se a pessoa está a ser tratada escrupulosamente de acordo com o que está previsto, protegendo-a e cuidando-a. Percebemos também que o atual governo reconhece a necessidade de uma atualização da Lei de Saúde Mental e que uma nova proposta está a ser desenvolvida, alicerçada em documentos internacionais muito relevantes, tais como: a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, o Plano de Saúde Mental aprovado pela Organização Mundial da Saúde, as linhas de ação estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia e as recomendações mais recentes do Comité de Bioética do Conselho da Europa (República Portuguesa, 2022).

No acompanhamento de cada pessoa ao longo dos estágios procurámos sistematicamente avaliar as melhores práticas disponíveis e as preferências da pessoa foram sempre o nosso fio condutor.

Melhoria contínua da qualidade

“B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019)

Para a aquisição desta competência concorreu inicialmente a aprendizagem efetuada durante a UC de Gestão e Governação clínica. Nesta unidade ficámos a compreender a importância do desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas, as vantagens da sua implementação e as mudanças necessárias nos processos e fluxos de trabalho, culminando com um trabalho sobre “O Contributo dos Sistemas de Informação e Comunicação para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”. Entendemos que não basta ter o conhecimento das iniciativas em vigor, mas também ter um papel de liderança, dinamizador, para que os mesmos se realizem ou para a criação de novos projetos. Assim aconteceu com a proposta que entregámos durante o estágio I, de um novo documento a ser utilizado nas conferências de caso, de modo a estruturar as mesmas, otimizando o tempo disponível e clarificando os objetivos a que cada profissional se propunha para cada pessoa que estava a acompanhar, solidificando a estratégia recente de gestão de caso e evitando que houvesse duplicação de atividades entre os vários terapeutas. Desta forma,



cada profissional ficou a saber o que é que cada elemento da restante equipa multidisciplinar se propunha a realizar. Acreditamos que tivémos um papel dinamizador na conceção e operacionalização de um projeto institucional, e apresentámos o mesmo à equipa durante a última reunião semanal multidisciplinar que tivemos oportunidade de acompanhar. Isto significa que tivemos a capacidade de identificar um ponto crítico no processo de cuidados oferecidos na instituição e estabelecemos uma proposta para implementação de uma medida com vista à melhoria dos mesmos. Caso tivesse havido oportunidade, teria sido também colocado em prática um plano de avaliação da medida implementada, para eventual revisão da mesma. Igualmente, no estágio final, o projeto que foi desenvolvido teve por base, não só a temática que tinha sido escolhida, mas também a identificação da necessidade que as pessoas internadas tinham de lhes serem oferecidas atividades lúdico-terapêuticas, que estavam temporariamente interrompidas desde o início da pandemia e que ainda não tinham sido retomadas. Foi necessário um papel dinâmico para as desenvolver junto da equipa, procurando um espaço adequado para as realizar e desenvolvendo um projeto com as várias etapas definidas. Se tivéssemos oportunidade de continuar o projeto e a partir da avaliação e revisão do mesmo, teria sido importante envolver toda a equipa nas atividades desenvolvidas, de modo a que mais pessoas internadas pudessem beneficiar da melhoria de cuidados oferecida. Também a revisão integrativa da literatura teve a função de procurar a evidência científica atual para uma prática que resulta numa melhoria dos cuidados prestados (Chien, 2019).

Durante as intervenções que foram feitas em ambos os estágios houve sempre uma avaliação das condições disponíveis para assegurar a minimização de riscos e que as ações fossem desenvolvidas em segurança e com o ambiente terapêutico adequado. Apesar das limitações físicas de cada instituição, o facto de termos sempre esta preocupação prévia permitiu encontrar sempre a melhor solução possível, escolhendo lugares calmos, reservados, sem intromissão de outros profissionais, tendo em conta as preferências de cada pessoa, aferindo sempre a cada momento se sentia confortável. Houve também sensibilidade para envolver a família, como no caso relatado da P4 em que a mesma foi incluída na intervenção terapêutica e estando de acordo com a mesma. Foi sempre dada garantia da confidencialidade dos dados obtidos em cada interação com as pessoas alvo da ação do projeto. Todas estas medidas influenciaram positivamente o conforto da pessoa facilitando o desenvolvimento da relação terapêutica. Também a administração de terapêutica foi feita de acordo com os princípios que orientam a minimização de riscos, confirmando sempre com outro profissional, e tendo sido feito um estudo prévio dos fármacos administrados. Pois sendo esta uma área onde ainda não havia experiência profissional, foi necessário um esforço adicional para dominar o conhecimento dos fármacos utilizados. As várias intervenções psicoeducativas ao longo de ambos os estágios para fomentar a adesão terapêutica, incluindo as explicações dos mecanismos fisiológicos da metadona a pessoas com PUS, passando pela explicação da fisiopatologia da PAB a várias pessoas internadas com esse diagnóstico e com má adesão terapêutica, contribuíram para que a mesma se cumprisse.

Gestão dos cuidados

“C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.”(OE, 2019)

Em ambos os estágios decorreu uma boa integração nas respetivas equipas, num clima de respeito, de abertura e disponibilidade de todas as partes. Embora no papel de estudante de mestrado, a gestão dos cuidados foi sempre feita otimizando as respostas de enfermagem, adotando por vezes a liderança e a gestão dos recursos disponíveis. Recordamos um episódio no estágio I, em que foi necessário antecipar uma consulta no hospital da área de residência para uma pessoa acompanhada na unidade, mas que estava a ser difícil efetuar-la. Conhecendo os recursos existentes no hospital tomámos a iniciativa de articular os serviços e conseguimos o objetivo de fazer a marcação necessária. Durante o estágio II após estarmos devidamente integrados, foi possível fazer uma gestão adequada dos cuidados delegando funções sempre que foi considerado pertinente, supervisionando as mesmas de seguida, tendo em conta as situações e o contexto de cada pessoa.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;”(OE, 2019)

A última dimensão diz respeito ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais em que a primeira competência descrita refere-se ao autoconhecimento e assertividade. Uma vez que esta competência concorre com a primeira competência específica do EEESMP, optamos por aprofundá-la mais à frente. Ainda assim, indicamos que o processo de autoconhecimento esteve sempre presente desde o início do mestrado, tendo sido iniciado na UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, sendo posteriormente desenvolvido nas UC de Desenvolvimento Pessoal e de Relação de Ajuda. Foi um processo longo, em que verificámos algumas resistências para que se concretizasse e em que as reflexões produzidas, em muito contribuíram para o crescimento deste autoconhecimento. Foi possível entender, no final desta jornada, que o conhecimento das nossas próprias idiossincrasias permite que avancemos com estratégias que evitem a influência das mesmas no processo de ajuda. Percebemos também nesta exploração do autoconhecimento que a nossa experiência profissional, embora não de forma sistematizada, já permite uma boa gestão das emoções e sentimentos para manter uma resposta de cuidados eficaz. A capacidade de atuar sob pressão no contexto profissional é uma competência já adquirida nos últimos anos da experiência profissional e que estava num nível deficitário no início da carreira. A antecipação de

cenários eventualmente conflituosos e a boa gestão dos mesmos é uma característica já evidenciada no local de trabalho e várias vezes reconhecida pelos pares e chefia. O EE que adquire a outra competência descrita neste domínio “ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”(OE, 2019), alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE, 2019). Apreciamos que esta competência foi evidenciada no estágio I, em que foi pesquisada a evidência mais recente sobre as intervenções em pessoas com PUS e PUO, as orientações governamentais preconizadas para os enfermeiros a trabalhar nesta área no Reino Unido e na Austrália, comparando com o que é efetuado a nível nacional, tendo de seguida disponibilizado os artigos pesquisados para a equipa de enfermagem, em que a enfermeira orientadora considerou muito pertinente e que, por considerar haver pouca definição das competências específicas dos enfermeiros inseridos nas ETET, esta foi uma boa contribuição para o esclarecimento necessário. Foi uma ação favorecedora da aprendizagem com vista ao desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. No estágio II, também a partir da identificação de uma lacuna presente no serviço, foi iniciada a intervenção relatada neste trabalho, que posteriormente poderá ser alvo de um estudo de investigação, para avaliação mais sustentada dos resultados e posterior aplicação. É, aliás, nossa intenção, após a entrega deste relatório e respetiva defesa, aproveitar o mesmo para construir um projeto de investigação na instituição onde trabalhamos para verificar se uma intervenção terapêutica na redução e controlo da ansiedade dos enfermeiros em risco de desenvolverem síndrome de burnout, poderá contribuir para evitar o mesmo, visando ganhos em saúde dos cidadãos, neste caso dos enfermeiros, oferecendo um caminho para um conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Observamos que a nossa prática, que estava de alguma forma estagnada ao nível de novos conhecimentos, com níveis de curiosidade e de interesse diminuídos por falta de oportunidades de novas aprendizagens, melhorou significativamente com a frequência do mestrado. A exposição a novos conteúdos, a práticas especializadas, a outros pares nas mais diversas áreas, a novos contextos profissionais, possibilitou uma grande aprendizagem, que efetivamente se traduz no dia-a-dia do local de trabalho. A prestação de cuidados especializados que aconteceu em contexto de estágio, permanece na ação diária do nosso contexto profissional, mesmo que numa área distinta, mas com vários pontos em comum, rentabilizando as oportunidades de enfermagem e aguçando a vontade de obter mais conhecimento e competência, a ser aplicado ao objetivo único de cuidar cada vez melhor das pessoas de quem cuidamos. Para isso, continuamos a procurar a evidência mais recente, com a única finalidade de ajudar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-a a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

4.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Após refletirmos sobre a aquisição das competências comuns do EE, interessa agora debruçar-nos sobre quais as competências que garantem que o EEESMP consiga cuidar de pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam (OE, 2015a). O EEESMP socorre-se destas competências para compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa, assim como as implicações para o seu projeto de vida, qual o potencial que tem para recuperar e o modo como a saúde mental é afetada pelos fatores circunstanciais (OE, 2018), e que planos coloca em prática para concretizar a ajuda necessária. De referir que, ao longo deste trabalho, temos vindo a relatar muitas das intervenções terapêuticas realizadas, e que iremos enfatizá-las nas reflexões seguintes sobre a aquisição das competências específicas de EEESMP.

1.ª Competência de EEESMP

“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (OE, 2018)

Na base de todas as competências está a capacidade do EEESMP se conhecer a si mesmo. Não é possível mobilizar-se como instrumento terapêutico se não se conhecer as capacidades e as limitações desse instrumento-pessoa. É nesse processo contínuo, deliberado, intrapessoal, relacional, extrapessoal e contextual de autodescoberta (Rasheed et al., 2019) que o EEESMP fortifica o seu núcleo, percebe quais os stressores que o podem afetar, melhorando as suas linhas de resistência e as suas linhas flexíveis de defesa, que serão postas à prova durante a relação de ajuda, e que tem acontecido ao longo do percurso profissional e também através de outras aprendizagens paralelas. Contudo, durante esta jornada de especialização, o processo de autoconsciência teve um crescimento exponencial que não considerávamos ser possível. O facto de ter sido um processo intencional e com estratégias específicas, nomeadamente os diálogos reflexivos que aconteceram com a enfermeira orientadora no estágio I e a escrita dos jornais de reflexão tanto no estágio I como no estágio II (ver apêndices 3 e 7), permitiram também reconhecer emoções, sentimentos, crenças e valores que poderiam interferir com a relação terapêutica, sendo capaz de reconhecer e evitar os fenómenos de transferência e contratransferência e outros obstáculos que pudessem interferir no desenrolar da relação terapêutica. Acreditamos que, mais importante ainda, foi o facto do processo de identificação de si, de monitorização das respostas emocionais e comportamentais, ter funcionado como um veículo para um aumento do nível de empatia e de compreensão do outro, de

colocação no lugar do outro e de compreender melhor aquilo pelo que a pessoa está a passar e poder orientá-la no rumo certo. Neste caso, a utilização do modelo teórico de Betty Neuman foi útil também para esta tomada de consciência, tornando-se mais clara a identificação de recursos e de fraquezas também, melhorando o pensamento crítico e a tomada de decisão. Houve sempre, em todos os contextos, um respeito escrupuloso pelos limites da relação profissional, que já era apanágio do percurso profissional, mas que foi possível manter, pois houve uma preparação prévia ao nível do conhecimento do tipo de perturbações e as respostas humanas respetivas de cada uma, para que, se surgisse uma situação que desafiasse estes limites, haveria agilidade na atitude a tomar. Foi exemplo disso a primeira intervenção com técnicas de relaxamento com a P1. Como descrito anteriormente, para a primeira abordagem, foi dada opção a P1 para escolher a música que queria ouvir dentro de um número limitado de opções oferecido. Por estar a desfrutar da atividade, P1 pediu para ser colocada mais uma música para além do que estava estipulado, o que foi acedido. Contudo, e tendo em conta o histórico de desinibição apresentado e, de acordo com a fase maníaca da sua PAB em que se encontrava, P1 iniciou uma dança distinta do que tinha sido pedido, com uma desinibição evidente, ao que, de imediato, decidimos retomar a condução efetiva da atividade, alterando a música e sendo assertivos no cumprimento das orientações que tinham sido dadas, o que foi eficaz, sem ferir a relação terapêutica que, até aquele momento, já tinha sido construída.

2.ª Competência de EEESMP

“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”(OE, 2018)

Ao longo de ambos os estágios foi sempre feita uma avaliação da pessoa e dos grupos de pessoas que partilhavam determinadas características, como por exemplo as pessoas que estão inscritas no PMO, que têm, à partida, sintomas semelhantes relacionados com a adição à mesma substância, embora depois, de acordo com as características pessoais de cada um, os contextos em que estão inseridos e o apoio ou falta dele que teriam da sua família e/ou comunidade ditasse, em parte, a sua capacidade de recuperação de funcionalidade. Na maioria dos casos acompanhados, quem demonstrava ter conseguido recuperar e ter uma vida funcional tinha quase sempre um apoio familiar significativo. Ao contrário, quem tinha mais dificuldade em seguir o PMO e com maior número de recaídas era quem não tinha suporte social. Por vezes perdiam também esse suporte social após várias recaídas, em que os próprios familiares entravam em exaustão e manifestavam-se incapazes de conseguir continuar a ajudar a pessoa que sofre com a adição. Desta forma, foi desenvolvida a capacidade de avaliação das repercussões das várias ligações da pessoa com o meio à sua volta, assim como os fatores promotores e protetores do bem-estar e da saúde



mental. Com os dois estágios a decorrerem em dois contextos distintos, foi possível acompanhar as pessoas em diferentes fases do seu ciclo de vida e também da sua perturbação. É completamente diferente acompanhar a pessoa que está de regresso ao seu dia-a-dia e perceber como funciona nessa realidade e a pessoa que teve que ser sujeita a um internamento devido à agudização da sua perturbação. Também foi vantajoso ter tido a oportunidade de acompanhar toda a evolução de uma pessoa, desde o primeiro dia em que foi internada na unidade de internamento de doentes agudos, até ao momento em que teve alta e depois, passado uma semana, ter sido vista em consulta de pós alta na área de consulta externa do departamento. Só foi possível graças a ter tido oportunidade de passar quatro dias na parte de consulta externa e de hospital de dia do departamento, tal como descrito no jornal de reflexão (ver apêndice 7). Também foi importante perceber de que modo são efetuados os programas de intervenção sócio ocupacional com vista à promoção de saúde mental e recuperação de funcionalidade da pessoa. Com o objetivo de proporcionar o regresso à participação da pessoa na comunidade, pudemos entender que é possível, como EEESMP, desenvolver uma série de programas com eficácia demonstrada e que as pessoas beneficiam dos mesmos em larga medida.

O exercício de avaliação do estado mental de cada pessoa, da colheita de dados para a construção da história de saúde da pessoa e da família, que decorreu em ambos os estágios, possibilitou o desenvolvimento desta competência. Os estudos de caso clínico efetuados (ver apêndice 1 e 6) facilitaram também o desenvolvimento da capacidade de avaliação global das respostas humanas da pessoa enquadrada no seu desenvolvimento e no impacto que a perturbação teve na sua funcionalidade e na sua qualidade de vida. O desenho do projeto de intervenção no estágio II e respetiva aplicação conduziu-nos ao apetrechamento desta competência, no que diz respeito à capacidade de implementação de programas de promoção da saúde centrados na população e que, no futuro, possam ser dirigidas às diferentes fases do ciclo vital, pois durante este estágio a faixa etária acolhida foi essencialmente a fase adulta. Tal como já foi dito anteriormente, é nossa intenção que, a partir do projeto idealizado, se construa um novo, adaptando todo o conhecimento obtido, para o dirigir para outra população-alvo que possa beneficiar com o mesmo.

3.ª Competência de EEESMP

“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”(OE, 2018)

Esta competência está intimamente relacionada com a anterior e complementam-se entre si, pois ambas tratam de todo o processo de enfermagem em que é feita a recolha de informação e respetiva sistematização e análise para a determinação de um diagnóstico de saúde mental. Após a identificação do diagnóstico definem-se as intervenções adequadas para “promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais” (OE, 2018). O dinamismo aplicado em ambos os estágios na procura do estabelecimento de relações terapêuticas com cada pessoa que era acompanhada, permitiu desenvolver as aptidões de comunicação, nomeadamente a escuta ativa, a demonstração de interesse, mas também a postura e a capacidade de conduzir a entrevista para aquilo que era mais importante. Este crescimento foi iniciado ainda nas aulas práticas da RA que consideramos terem sido essenciais previamente ao início dos estágios, para desmistificar o que seriam os vários tipos de entrevista e de que modo iríamos nos sentir na pele de um EEESMP. O tipo de interação que decorre nos serviços de internamento médico e/ou cirúrgicos do nosso percurso profissional foi distinto deste tipo de abordagem. É habitualmente mais circunstancial e mais dirigido para a satisfação das necessidades da pessoa a curto prazo, durante o seu internamento, fugindo de uma perspetiva mais global da sua vida, do seu ciclo de vida integrado na sua família e comunidade, fazendo uma avaliação mais limitada que não abrange a pessoa e os sistemas a ela associada. Afirmamos claramente que houve uma evolução neste campo que permitiu, inclusive, por em prática num novo contexto profissional, em que a prestação dos cuidados de enfermagem é feita exclusivamente através da palavra, através da entrevista, da recolha de dados e da sua compreensão, devolvendo à pessoa uma ressignificação positiva dos seus pensamentos distorcidos. Observamos que esta evolução conduziu a uma maior capacidade de estabelecimento da relação de ajuda, pois verificámos que na segunda metade do estágio II, quando esta aprendizagem já estava mais cimentada, o acompanhamento de novas pessoas era feito de forma mais fluida, em que era perceptível a pessoa ficar mais à vontade desde o início e revelando confiança na interação num momento mais precoce. A sensação de tranquilidade no nosso corpo era evidente nesta altura, o que não acontecia no acompanhamento das primeiras pessoas, em que se detetava um aumento da frequência cardíaca e o sentimento de algum receio se a entrevista e o estabelecimento da RA iria resultar ou não.

Tivemos oportunidade de realizar dois estudos de caso clínico a partir de duas pessoas com perturbações distintas: perturbação por uso de opióides e a perturbação afetiva bipolar. A partir dos mesmos

foi possível desenvolver a capacidade de integrar e interpretar os dados recolhidos com recurso também ao conhecimento obtido das características de cada tipo de perturbação. Com recurso ao modelo teórico de Betty Neuman foram identificados os fatores de stress que facilitaram a identificação dos diagnósticos, com a respetiva proposta das intervenções mais adequadas para cada um e quais os resultados esperados. Nos planos de cuidados propostos em cada estudo de caso, foi aplicado o sistema de taxonomia CIPE, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, garantindo que os dados obtidos ficassem enquadrados de forma objetiva e consistente, para melhor compreensão e comunicação entre os pares, assim como para uma melhor gestão da prestação de cuidados e, conseqüentemente, melhores cuidados para a pessoa com perturbação mental. O método de gestão de caso foi abordado no estágio I com a elaboração do documento para as conferências de caso (ver apêndice 2), como já foi descrito previamente, mas também no estágio II. A estratégia que foi acordada com a enfermeira orientadora assentou essencialmente no método de gestão de caso, em que era escolhida uma ou mais pessoas para acompanhar de forma contínua durante o seu internamento até ao momento da alta, para poder aplicar o processo de enfermagem do início até ao fim. Nem sempre foi possível, dado que os turnos previstos nem sempre coincidiram com a evolução do internamento e respetiva alta, mas concluímos que cada vez que isso aconteceu acabou por ser uma mais valia para a nossa aquisição de competências, recolhendo, avaliando, planeando, executando e avaliando os resultados (ICN, 2023). A exposição a várias reuniões multidisciplinares, a encontros de grupos de trabalho, às passagens de turno, a passagem pelo hospital de dia e pela consulta externa foram também muito importantes para o desenvolvimento desta competência. Destacamos a passagem pela consulta externa que teve dois momentos distintos: o de acompanhamento da consulta pós-alta com a EEESMP a conduzir a consulta, mas onde foi possível entender o excelente trabalho na promoção da saúde mental e prevenção de recaídas, com várias intervenções psicoeducativas em relação à sua perturbação, aos recursos existentes na comunidade, às atividades autónomas que a pessoa poderia realizar para promover a sua saúde; a administração das injeções Depot, onde participámos ativamente e, à semelhança do que tínhamos encontrado no PMO no estágio I, a administração da injeção era necessária mas funcionava também como oportunidade para fazer a avaliação do estado mental e do contexto atual da pessoa, o que estava a desenvolver, o regresso ou não à função profissional e a deteção precoce de eventuais dificuldades que teriam que posteriormente ser articuladas com outros elementos da equipa multidisciplinar. Aqui foi muito importante entender e conhecer muitas pessoas que, mesmo sofrendo com perturbações que, em dado momento tiveram fases graves, conseguem, com a evolução da assistência oferecida, quer a nível da medicação mais recente, quer pelo acompanhamento próximo que é feito pela equipa, ter melhor qualidade de vida e bem-estar.

4.ª Competência de EESMP

“Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”(OE, 2018)

Esta competência é no fundo a efetivação das 3 competências anteriores. O EEESMP que possui um autoconhecimento adequado, é assertivo, tem competência na recolha e sistematização dos dados, tem raciocínio clínico para compreender a situação da pessoa e comprova-o fazendo os diagnósticos corretos que correlaciona com as intervenções adequadas, irá prestar adequadamente os cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa com vista a manter, promover e recuperar a sua saúde mental e, por inerência a sua saúde global. Consideramos que foi demonstrada ao longo dos estágios e que foi completamente adquirida. Uma das atividades desenvolvidas e que contribuiu para o desenvolvimento da competência descrita foi a elaboração de um documento informativo (ver apêndice 8) para as pessoas submetidas a ECT que tivemos também a oportunidade de acompanhar, para ensinar às próprias e à família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos da terapia. Foi prestada também orientação e apoio às famílias, como no caso de P4, em que a mãe foi convocada para uma reunião e foi incluída no processo terapêutico, incentivando-a na abordagem que iria a passar a ter com P4, ensinando sobre a perturbação que estava numa fase inaugural. As intervenções psicoeducativas para a promoção do conhecimento e compreensão por parte da pessoa foram constantes e contribuíram para a promoção da adesão terapêutica.

As atividades lúdicas que foram promovidas individualmente e em grupo configuram-se nos cuidados socio terapêuticos, assim como as duas sessões de grupo, onde também houve espaço para a partilha de opiniões e expressão de sentimentos em conjunto.

As técnicas psicoterapêuticas realizadas no âmbito do projeto, nomeadamente o relaxamento através dos movimentos respiratórios, o relaxamento muscular, e o relaxamento por imaginação guiada, foram feitas de modo adequado e com resultados positivos. Já havia conhecimento prévio a nível formativo e profissional das mesmas, mas também, durante a UC de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica, foi possível desenvolvê-las para as depois colocar em prática.

Foi visível e verbalizado pelas pessoas a quem foram aplicadas as técnicas, que estas serviram para libertar tensões emocionais e viver experiências gratificantes. Consideramos que a própria construção do projeto de intervenção foi uma etapa no desenvolvimento desta competência, pois teve o objetivo de promover a reabilitação psicossocial da pessoa, fornecendo ferramentas para que a mesma pudesse detetar e prevenir o aparecimento de sintomas, saber como pedir ajuda para poder recuperar a sua saúde mental e mantê-la, evitando recaídas e sendo uma ajuda efetiva na recuperação da sua funcionalidade

peçoal, familiar, profissional e social. No caso de P2 e de P4 houve uma intervenço psicoeducativa na procura da mudanço do contexto ambiental, atuando diretamente em alguns dos agentes stressores que precipitaram a agudizaço da perturbaço. No caso de P2 foi a mudanço do lugar de vida e procura de formaço, no caso de P4 foi a mudanço do horário de trabalho, que iria interferir diretamente com a adesão terapêutica pois trabalhava por turnos, o que iria implicar com a toma da medicaço que tinha sido prescrita para dormir.

A capacidade de estar com o outro na relaço foi a competência que foi mais desenvolvida nestes estágio e que afirmamos ser a chave para a recuperaço da pessoa e para a promoço da sua saúde mental, tal como entendido por Peplau (1952). Apenas quando garantimos a confianço da pessoa, quando percebemos que se sente confortável e quer estar connosco e presta atenço ao que dizemos é que a mesma está disponível para a mudanço. E sem mudanço não é possível a recuperaço. Sem recuperaço, não volta a haver Saúde Mental. Sem Saúde Mental não há Saúde, não há Bem-estar. E esse é sempre o ponto de chegada que queremos dar à pessoa, enquanto a acompanhamos no início e depois a deixamos ir, de forma autónoma até esse lugar.

4.3 Competências de Mestre em Enfermagem na área de Especializaço de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018 (Governo da República, 2018) Série. No 157 de 16 de agosto de 2018 é conferido o grau de mestre a quem:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensço a um nível que:
- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicaçoes originais, em muitos casos em contexto de investigaço;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensço e de resoluço de problemas em situaçoes novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questçoes complexas, desenvolver soluçoes ou emitir juízos em situaçoes de informaço limitada ou incompleta, incluindo reflexçoes sobre as implicaçoes e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluçoes e desses juízos ou os condicionem;

- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”

Para uma efetiva compreensão da obtenção de cada competência, optamos por distinguir cada uma:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;**
- ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;”(Governo da República, 2018)**

Esta competência remete-nos para toda a aprendizagem que foi feita no curso de licenciatura e que nos permitiu ter um percurso profissional até ao momento. O ingresso e a frequência no mestrado, inicialmente em todas as UC's e depois em contexto de estágio, possibilitou aprofundar os conhecimentos anteriores, confrontá-los com novas evidências e, de algum modo, aprofundar e renovar o conhecimento. Permitiu também refletir sobre a prática, acontecendo muitas vezes a mudança de comportamentos, pois já não eram os mais indicados de acordo com a investigação mais recente. Como já foi explicitado antes, o desenvolvimento do projeto de intervenção ao longo dos estágios forneceu-nos a base de competência e confiança necessária para constituir novos projetos de investigação no futuro próximo, pelo que consideramos que houve aquisição desta competência associada ao grau de mestre.

“b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;”(Governo da República, 2018)

Ao longo do mestrado houve inúmeras situações novas que obrigaram a utilizar os conhecimentos adquiridos e a capacidade de resolução de problemas. Primeiro, por estarmos ausentes da realidade académica há muito tempo, foi necessário a reaprendizagem da produção de trabalhos académicos, a aprendizagem da utilização dos programas informáticos adequados para o efeito, a aprendizagem de novas temáticas não exploradas anteriormente. No contexto de estágio contactámos com várias situações novas, que exigiu da nossa parte uma atitude sempre proativa na tentativa da resolução de problemas e na criação de estratégias para o mesmo objetivo.

“c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;”(Governo da República, 2018)

Para a resolução de problemas e para a oferta de soluções de recuperação e promoção da saúde mental das pessoas foi necessário ter a capacidade de integrar todos os conhecimentos adquiridos durante a frequência de todas as UC do mestrado. Tomámos consciência dessa integração ao longo dos estágios, na medida em que, cada vez que se nos apresentou uma situação nova, recorremos às aprendizagens realizadas, aos trabalhos submetidos para encontrar as respostas adequadas. Progressivamente, o nosso raciocínio clínico dentro da área foi ficando mais aprimorado, permitindo a formulação de novas perguntas que levaram a uma compreensão mais profunda do que estaria a acontecer em cada questão complexa (Alfaro-LeFevre, 2019). Isto permitiu uma maior capacidade de tomada de decisão, a fim de chegar a um resultado desejado (Benner & Tanner, 1987). Entende-se a correlação existente entre o perfil de um nível de mestre e a do EEESMP. É necessária esta capacidade de juízo clínico, que incorpora as reflexões necessárias previamente a uma tomada de decisão, para efetivamente poder oferecer cuidados especializados dentro da área da saúde mental. Só assim se atinge um diagnóstico preciso e um plano de cuidados adequado, que proteja a pessoa com perturbação mental que está frequentemente numa posição vulnerável, refletindo sobre as questões éticas que se colocam devido às complexidades de cada perturbação mental.

“d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;”(Governo da República, 2018)

Esta competência está obviamente implicada na produção deste relatório, onde se procura comunicar todo o processo de aprendizagem efetuado ao longo de quase dois anos. Houve desde o início a preocupação de que o mesmo seja claro e objetivo para quem o leia, que ofereça um retrato fidedigno de todo o processo e forneça uma base de conhecimento dentro do tema abordado também.

“e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”(Governo da República, 2018)



Julgamos que esta competência já estaria presente no nosso leque, previamente ao início da frequência do curso, pois a avidez em obter mais aprendizagem é um traço que nos caracteriza desde o início do percurso profissional, mesmo fora do contexto académico. Percebemos que, com a frequência no mestrado, obtivemos novas ferramentas e uma nova capacidade de obter conhecimento. Tratou-se sim de uma evolução nos processos de pensamento clínico, da criação de uma estrutura mental mais organizada que dá lugar ao aprofundamento numa determinada área. Sabemos que, sem esta estrutura, continuaríamos apenas à superfície do oceano de conhecimento de cada tópico, o que, apesar de ser sempre uma mais valia, ficaria aquém da realização do nosso potencial.

CONCLUSÃO

Com a produção deste relatório foi possível refletir sobre toda a aprendizagem efetuada ao longo do curso de mestrado, com especial foco nos dois períodos de estágio. Isso permitiu demonstrar que as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e as competências de mestre foram efetivamente adquiridas.

A temática escolhida das perturbações de ansiedade e da intervenção terapêutica do enfermeiro no controle da ansiedade da pessoa internada com perturbação mental teve duas virtudes: Primeiro, possibilitou a obtenção de mais conhecimento sobre uma perturbação que cada vez é mais prevalente no espectro das perturbações mentais, afetando um grande número de pessoas; Em segundo, funcionou como plataforma para a aquisição das competências necessárias para oferecer cuidados especializados à pessoa com perturbação mental. As experiências de estágios proporcionaram *insights* valiosos sobre os desafios e complexidades do trabalho com pessoas com perturbações de saúde mental. A partir das inúmeras interações com as pessoas de quem cuidamos e dos contributos dos enfermeiros que acompanhá-mos, foi possível verificar o que estava descrito na literatura sobre o modo como a perturbação afeta a funcionalidade da pessoa a nível profissional, escolar, social e familiar, e que habitualmente está em comorbilidade com outras perturbações.

Os dois modelos teóricos de enfermagem utilizados para enquadrar a nossa ação revelaram-se complementares, de acordo com a nossa intenção. O *Tidal Model* de Phil Barker & Poppy Buchanan-Barker promoveu uma abordagem holística da pessoa, de exploração da sua narrativa, compreendendo-a, sempre numa relação colaborativa, que encoraja uma maior participação da pessoa no seu processo terapêutico. Esta visão facilitou a nossa empatia e aprofundou a relação estabelecida com cada pessoa, o que verificámos poder aumentar a eficácia da intervenção terapêutica. O *Neuman Systems Model* de Betty Neuman, para além de também ter oferecido uma perspetiva abrangente da pessoa, forneceu uma estrutura global para entender os fatores ambientais, sociais e culturais que afetam a mesma, facilitando a sistematização da informação recolhida, que depois se traduziu em diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções, conforme ilustrado nos planos de cuidados apresentados em cada estudo de caso clínico.

A metodologia de projeto utilizada revelou-se uma mais valia para a obtenção dos objetivos que tinham sido propostos. A revisão da literatura conferiu suporte às intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas, nomeadamente: a Relação de Ajuda, a Psicoeducação, as Técnicas de Relaxamento e a Musicoterapia, e consideramos que, apesar do número limitado de pessoas que foram efetivamente acompanhadas, as mesmas foram eficazes, corroborando os resultados dos estudos que foram analisados.



Percebemos, a partir dos processos de acompanhamento mais prolongados, a importância de construir uma relação de confiança com a pessoa para que esta possa ultrapassar os seus desafios e atingir uma melhor saúde mental, desenvolvendo planos de cuidados individualizados. Notamos que o EEESMP funciona efetivamente como instrumento terapêutico em que, entrevista após entrevista, interação após interação, a pessoa é capaz de se sentir mais à vontade para contar a sua história, o que realmente a afeta e que fica mais disponível para mostrar a sua vulnerabilidade. É nesse momento de vulnerabilidade que está também mais aberta à mudança. E é nessa mudança, na mudança de atitudes, de hábitos, de pensamentos e de comportamentos, que irá acontecer a melhoria da sua qualidade de vida. Aí reside também o facto da ESMP poder ser transversal a todas as outras áreas, pois muitos dos comportamentos e hábitos nocivos das pessoas que originam outros problemas de saúde, têm origem numa saúde mental condicionada, e que a promoção da Saúde Mental é um alicerce para o bem-estar de cada um.

Ocorreram vários obstáculos ao longo deste percurso de quase dois anos, nomeadamente as dificuldades já relatadas no estágio II e a falta de tempo para um estudo mais aprofundado de cada tema, entre outros, e que consideramos terem sido ultrapassados através do crescimento profissional e pessoal obtido. A metáfora utilizada para entender cada pessoa de quem cuidámos como alguém a navegar no oceano com coragem para enfrentar e superar a tempestade, também foi valiosa para a nossa própria jornada.

Com a conclusão do mestrado, embarcamos numa nova fase profissional, com entusiasmo redobrado, colocando em prática as capacidades desenvolvidas e com novas ilhas do conhecimento no horizonte, para serem conquistadas através da realização de projetos de investigação, onde aprofundaremos a perícia dentro da área da Saúde Mental, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X. J., & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. The Cochrane database of systematic reviews, 11(11), CD004517.
- Abrahão, C. A., Bomfim, E., Lopes-Júnior, L. C., & Pereira-da-Silva, G. (2019). Complementary Therapies as a Strategy to Reduce Stress and Stimulate Immunity of Women With Breast Cancer. *Journal of evidence-based integrative medicine*, 24, 2515690X19834169. <https://doi.org/10.1177/2515690X19834169>
- Abreu, J.L.P. (2015). *introdução à Psicopatologia Compreensiva*. 7.a edição. Fundação Calouste Gulbenkian
- Alfaro-Lefevre, R. (2019). *Critical thinking, clinical reasoning and clinical judgment. A practical approach*, 7th ed. Elsevier.
- American Psychological Association (2023a). *APA Dictionary of Psychology: Anxiety*. https://dictionary.apa.org/anxiety?_ga=2.10952628.1094187797.1681290908-329098470.1677574322
- American Psychological Association (2023b). *APA Dictionary of Psychology: Psychiatric Nursing*. <https://dictionary.apa.org/psychiatric-nursing>.
- American Music Therapy Association (2005). *What is music therapy?* <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- American Psychiatric Association. (2021). *What are Anxiety Disorders?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aguiar A., Maia I., Duarte R., Pinto M. (2022). The other side of COVID-19: Preliminary results of a descriptive study on the COVID-19-related psychological impact and social determinants in Portugal residents, *Journal of Affective Disorders Reports*, Volume 7, 2022, 100294, ISSN 2666-9153, <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100294>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266691532100216X>)
- Anderson, T. M., Sachdev, P. S., Brodaty, H., Trollor, J. N., & Andrews, G. (2007). Effects of sociodemographic and health variables on Mini-Mental State Exam scores in older Australians. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 15(6), 467–476. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3180547053>
- Araújo, C.S., Sequeira, B. J. (2013). A relação da Música com a Neurociência e o seu efeito no cérebro sobre as emoções. *Caderno de Ciências Biológicas e da Saúde*, 1, 1-11.

- Australian Government, Department of Health and Age care (2014). National guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence
<https://www.health.gov.au/resources/publications/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence>
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*, 30(4), 183–192. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078>
- Barker, P. (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing: The Craft of Caring*, Second Edition. 2009 Edward Arnold (Publishers) Ltd
- Barker, P., Buchanan-Barker P. (2005). *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. Brunner-Routledge.
- Barker P. (2001). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 8(3), 233–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>
- Bhattacharjee, Dipanjan & Rai, Altul & Singh, Narendra & Kumar, Pradeep & Munda, Sanjay & Das, Basudeb. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Industrial psychiatry journal*. 14. 33-39.
- Behenck, A., Wesner, A. C., Finkler, D., & Heldt, E. (2017). Contribution of Group Therapeutic Factors to the Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Patients with Panic Disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 31(2), 142–146. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.001>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito (AA Queirós, B. Lourenço, Trad.)*. Coimbra: Quarteto Editora (Tradução do original inglês *From novice to expert*, 2001, SI, Pearson Education)
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: how expert nurses use intuition. *The American journal of nursing*, 87(1), 23–31.
- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Research Press
- Boggan, C. E., Grzanka, P. R., and Bain, C. L. (2017). “Perspectives on queer music therapy: a qualitative analysis of music therapists’ reactions to radically inclusive practice,” in *Journal of Music Therapy* (Vol. 54) (American Music Therapy Association), 375–404. doi: 10.1093/jmt/thx016
- Bounds, C. G., & Nelson, V. L. (2023). Benzodiazepines. In StatPearls. StatPearls Publishing.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261973/>
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classification of Nursing Interventions - NIC*. 6th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Brown, R. P., Gerbarg, P.L. (2017) O poder curativo da respiração. *Lua de Papel*
- Cerqueira, G. (2015). Fatores de influência dos efeitos das substâncias psicoativas no organismo. https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0920

- Chalifour, J. (2009). A Intervenção Terapêutica – Estratégias de intervenção. Vol 2. Lusodidacta. Lisboa. 2009
- Chalifour, J. (2007) – A Intervenção Terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Lusodidacta. Lisboa. 2007
- Chien, Li-Yin. (2019). Evidence-Based Practice and Nursing Research. Journal of Nursing Research 27(4):p e29,. | DOI: 10.1097/jnr.0000000000000346
- Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2021). The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study. Perspectives in Psychiatric Care, 57(1), 148–156.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12536>
- Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS, 2019.
<https://www.adeb.pt/files/upload/artigos/saude-mental-em-portugal-um-desafio-para-a-proxima-decada.pdf>
- Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry;67: 247–57
- Craske M, Stein M, Eley T, et al. Anxiety Disorders. (2017). Nat Rev Dis Primers.3: 17024.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28470168/>
- Davies R. (2012). 'Notes on nursing: what it is and what it is not'. (1860): by Florence Nightingale. Nurse education today, 32(6), 624–626. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.025>
- Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro (2021). Estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental. Diário da República Eletrónico <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>
- Decreto-lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Direcção Geral da Saúde (2018). Metas de Saúde a 2020. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>
- Direcção-Geral da Saúde (2017). Depressão E Outras Perturbações Mentais Comuns. Enquadramento Global E Nacional E Referência De Recurso Em Casos Emergentes. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Donker, T., Griffiths, K.M., Cuijpers, P. et al. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. BMC Med 7, 79 (2009). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
- Edmund, Sara J. DNP, RN, FNP-C, PMHNP-BC; Sheppard, Kate G. PhD, RN, FNP, PMHNP-BC, FAAN, FAANP (2018). The challenge of generalized anxiety disorder in primary care. The Nurse Practitioner 43(4):p 14-18, April 19, 2018. | DOI: 10.1097/01.NPR.0000531075.19182.0b

- Ekhtiari, H., Rezapour, T., Aupperle, R. L., & Paulus, M. P. (2017). Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective (pp. 239–264). <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2017.08.013>
- Fawcett J., DeSanto-Madeya S. (2013). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (3rd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis Co.
- Fancourt, D., Perkins, R., Ascenso, S., Carvalho, L. A., Steptoe, A., and Williamon, A. (2016). Effects of group drumming interventions on anxiety, depression, social resilience and inflammatory immune response among mental health service users. PLoS ONE. 11:e0151136. doi: 10.1371/journal.pone.0151136
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fronza, L., Mallmann (2017). O Ciclo do Controle e a busca da Awareness na psicoterapia de orientação Gestáltica. <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/3139>
- George, G. (2000). Betty Neuman. In George, G. (Eds.), Teorias de Enfermagem: Fundamentos à prática profissional (pp. 225-240). Artmed Editora
- Ghawadra, S. F., Lim Abdullah, K., Choo, W. Y., Danaee, M., & Phang, C. K. (2020). The effect of mindfulness-based training on stress, anxiety, depression and job satisfaction among ward nurses: A randomized control trial. Journal of nursing management, 28(5), 1088–1097. <https://doi.org/10.1111/jonm.13049>
- Golden, T. L., Springs, S., Kimmel, H. J., Gupta, S., Tiedemann, A., Sandu, C. C., & Magsamen, S. (2021). The Use of Music in the Treatment and Management of Serious Mental Illness: A Global Scoping Review of the Literature. Frontiers in Psychology, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.649840>
- Goldstein RZ, Volkow ND (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. Nat Rev Neurosci.;12(11):652-669. <https://www.nature.com/articles/nrn3119>
- Guerra, I. C. (2006). Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Ação: O planejamento em Ciências Sociais (2nd ed.). Principia.
- Guerreiro M, Silva AP, Botelho M, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. Rev Port Neurol.
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. British Journal of Psychiatry, Special Publication no3, 76–79.
- Herdman, H. T., & Kamitsuru, S. (2017). NANDA International Nursing Diagnoses—Definitions & Classification, 2018–2020. Thieme Publishers.
- Hyun, M., Bae, S. H., & Noh, D. (2020). Systematic review and meta-analyses of randomized control trials of the effectiveness of psychosocial interventions for homeless adults. Journal of Advanced Nursing, 76(3), 773–786. <https://doi.org/10.1111/jan.14275>

Infarmed (2016). Direção de informação e planeamento estratégico. Benzodiazepinas e Análogos. 2016;2.

<https://www.informed.pt/documents/15786/2219894/Utiliza%C3%A7%C3%A3o+de+Benzodiazepinas+e+an%C3%A1logos/adb100fa-4a77-4eb7-9e67-99229e13154f>

International Council of Nurses (2023). About ICPN.

<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/about-icnp>

International Council of Nurses (2022). The global mental health nursing workforce: time to prioritize and invest in mental health and wellbeing.

https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Mental_Health_Workforce_report_EN_web.pdf

International Council of Nurses (2019). ICNP browser. Anxiety

<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Institute of Health Metrics and Evaluation (2019). Global Health Data Exchange (GHDx),

<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Isilda, R. (2020). Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções. Lidel.

Jahan AR, Burgess DM (2023). Substance Use Disorder. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL):

StatPearls Publishing; 2023 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570642/>

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., M. & Swanson, E. (2013). Ligações NANDA-NOC-NIC: Condições clínicas: Suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. (3.a edição). Rio de Janeiro: Elsevier

Kazemi, D. M., & Levine, M. J. (2018). Expanding nursing approaches to address addiction: Mobile health technology. *Journal of Addictions Nursing*, 29(1), 1–3.

<https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000208>

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169–184.

<https://doi.org/10.1002/mpr.1359>

Kim, H., & Kim, E. J. (2018). Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 278–284.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.015>

Krau S. D. (2020). The Multiple Uses of Guided Imagery. *The Nursing clinics of North America*, 55(4), 467–474. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.06.013>

Lalande, L.; King, R.; Bambling, M. & Schweitzer R. (2017). An uncontrolled clinical trial of guided respiration mindfulness therapy (GRMT) in the treatment of depression and anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 47 (4) 251-258. <https://psycnet.apa.org/record/2017-24800-001>

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases. Em Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, páginas 55 - 66

<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Lei de Saúde Mental. In: Diário da República, n.º 169, Série I-A, 24 de julho de 1998. Disponível em: <http://dre.pt/application/conteudo/424762>

Løkken, B. I., Rangul, V., Merom, D., Ekholm, O., Krokstad, S., & Sund, E. R. (2018). Are Playing Instruments, Singing or Participating in Theatre Good for Population Health? Associations with Self-Rated Health and All-Cause Mortality in the HUNT3 Study (2006-2008), Norway. In L. O. Bonde, & T. Theorell (Eds.), *Music and Public Health: A Nordic Perspective* (pp. 33-54). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76240-1_3

Loomba, R. S., Arora, R., Shah, P. H., Chandrasekar, S., & Molnar, J. (2012). Effects of music on systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and heart rate: a meta-analysis. *Indian heart journal*, 64(3), 309–313. [https://doi.org/10.1016/S0019-4832\(12\)60094-7](https://doi.org/10.1016/S0019-4832(12)60094-7)

Lopes, M. J. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person-Centred Evidence-Based Approach* (pp. 247–257). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19

Lopes, M.J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra : Formasau, 2006

Magidson, J. F., Liu, S. M., Lejuez, C. W., & Blanco, C. (2012). Comparison of the course of substance use disorders among individuals with and without generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Journal of psychiatric research*, 46(5), 659–666. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.02.011>

Mallik, A., & Russo, F. A. (2022). The effects of music & auditory beat stimulation on anxiety: A randomized clinical trial. *PloS one*, 17(3), e0259312. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259312>

Marques, M. de F. (2016). *Cuidados de Natureza psicoeducacional. De que falamos?* (Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Ed.), E-Book: VII Congresso Internacional ASPESM. https://issuu.com/spesm/docs/e-book_final_congresso_viana_de_ca

Mayo Clinic (2018). Cognitive behavioral therapy. <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/cognitive-behavioral-therapy/about/pac-20384610>

McBride M. E. (2015). Beyond butterflies: generalized anxiety disorder in adolescents. *The Nurse practitioner*, 40(3), 28–37. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000460852.60234.8b>

McEwen, M. & Wills, E. (2019). *Theoretical Basis for Nursing*. (5 ed). Wolters Kluwer

McCrary, J. M., & Altenmüller, E. (2021). Mechanisms of Music Impact: Autonomic Tone and the Physical Activity Roadmap to Advancing Understanding and Evidence-Based Policy. *Frontiers in psychology*, 12, 727231. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727231>

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *The American journal of nursing*, 110(1), 51–53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2>

-
- Meymandi A. (2009). Music, medicine, healing, and the genome project. *Psychiatry* (Edgmont (Pa. : Township)), 6(9), 43–45.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2766288/>
- Moraes, C., Pinto, J. A., Jr, Lopes, M. A., Litvoc, J., & Bottino, C. M. (2010). Impact of sociodemographic and health variables on mini-mental state examination in a community-based sample of older people. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 260(7), 535–542.
<https://doi.org/10.1007/s00406-010-0104-3>
- Muir-Cochrane (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing: The Craft of Caring*. Hodder Arnold. London
- Mullen A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International journal of mental health nursing*, 18(2), 83–90.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00578.x>
- Munir, Takov V (2022). *Generalized Anxiety Disorder*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2022
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/>
- National Center for Complementary and Integrative Health (2021) Bethesda, MD, USA: National Center for Complementary and Integrative Health; 2021. Relaxation techniques for health 2016. <https://www.nccih.nih.gov/health/relaxation-techniques-for-health>.
- National Institute on Drug Abuse (2022). *Drugs and the Brain*.
<https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drugs-brain>
- National Institute on Drug Abuse (2018). *Understanding Drug Use and Addiction DrugFacts*.
<https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>
- National Institute of Mental Health (2023a). *Anxiety Disorders*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
- National Institute of Mental Health (2023b). *Mental Illness*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>
- Neuman B., Fawcett J. (2011) *The Neuman systems model* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Nieuwenhuis-Mark R. E. (2010). The death knoll for the MMSE: has it outlived its purpose?. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 23(3), 151–157. <https://doi.org/10.1177/0891988710363714>
- National Institute for Health and Care Excellence (2020). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/chapter/Recommendations>
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Anxiety disorders. Quality standard*. London: National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs53>
- Norcross, J. C. (1990). An Eclectic Definition of Psychotherapy. In J. K. Zeig, & W. M. Munion (Eds.), *What Is Psychotherapy? Contemporary Perspectives*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

-
- Norelli, S. K., Long, A., & Krepps, J. M. (2022). Relaxation Techniques. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30020610/>
- Ordem dos Enfermeiros (2022). Regulamento n.º 613/2022. Regulamento que define o ato do enfermeiro. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 01/ 2017. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na realização de exame do estado mental [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP Parecer1_2017 Com- pEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_Com- pEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). Lei n.º 156/2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Divulgar – Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ott C. A. (2018). Treatment of anxiety disorders in patients with comorbid bipolar disorder. The mental health clinician, 8(6), 256–263. <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.11.256>
- Pagnini, F., Manzoni, G. M., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2013). A brief literature review about relaxation therapy and anxiety. Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 8(2), 71-81. <http://dx.doi.org/10.1080/17432979.2012.750248>
- Payne, R.(2000). Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde. (2.a edição). Loures:Lusociência.
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. Lancet (London, England), 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
- Peplau H. (1952). Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. New York: G.P. Putnam; 1952
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidacta

- Poyato A. (2016). Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros através de la evidencia: Una investigación-acción participativa en unidades de agudos de psiquiatria (Doctoral dissertation).Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Porter, E., Chambless, D. L., McCarthy, K. S., DeRubeis, R. J., Sharpless, B. A., Barrett, M. S., Milrod, B., Hollon, S. D., & Barber, J. P. (2017). Psychometric Properties of the Reconstructed Hamilton Depression and Anxiety Scales. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(8), 656–664. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000666>
- Ramos, R. T. (2009). Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, 66 (11), 365-374.
- Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 28(5-6), 762–774. <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>
- Rebelo, Sofia & Carvalho, José Carlos. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. Ver. Presencia 2014 juldic,10(20). <http://www.index-f.com/presencia/n20/p10060r.php>
- República Portuguesa (2022). Revisão da lei de saúde mental alinha com as melhores práticas de defesa dos direitos humanos dos doentes <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=revisao-da-lei-de-saude-mental-alinha-com-as-melhores-praticas-de-defesa-dos-direitos-humanos-dos-doentes>
- Reynolds B. (2009). Developing therapeutic one-to-one relationships. In: Barker P, ed. *Psychiatric and Mental Health Nursing: The Craft of Caring*. (2nd ed.). London: Hodder Arnold; 2009:313-319.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sampaio, F.M.C., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch-Canut, T. & Martins, T. (2018a). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety on adult psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1114-26. doi:10.1111/jan.13520.
- Sampaio, F.M.C., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch-Canut, T. & Martins, T. (2018b). Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista PORTuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 77-84
- 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(2), 147-56. doi:10.1016/j.apnu.2016.09.007
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). The psychotherapeutic intervention in mental health nursing: Concepts and challenges. *Rev Port Enf Saude Ment [Internet]*, 1, 103-108 https://www.researchgate.net/publication/263473711_A_intervencao_psicoterapeutica_em_enfermagem_de_saude_mental_Conceitos_e_desafios
- Santos, E. R. P. (2021). Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da escala de ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa. *Escola Superior de Enfermagem do Porto.Repositório Comum*. Porto

- Santos, S., Rachadell J., Anxiety and depression disorders in Portugal during the COVID-19 pandemic, *European Journal of Public Health*, Volume 32, Issue Supplement_3, October 2022, ckac131.486, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac131.486>
- Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, lda.
- Scudamore, T., Liem, A., Wiener, M., Ekure, N. S., Botash, C., Empey, D., & Leontieva, L. (2021). Mindful Melody: feasibility of implementing music listening on an inpatient psychiatric unit and its relation to the use of as needed medications for acute agitation. *BMC psychiatry*, 21(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03127-z>
- Seabra, P., Amendoeira, J., Sa, L., & Capelas, M. (2018). Clinical validation of the Portuguese version of “substance addiction consequences” derived from the nursing outcomes classification. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 779–785. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1462870>
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica*. Coimbra: Quarteto Editora
- Sequeira, C., Sampaio, F., (2020) *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e intervenções*. Lidel - Edições técnicas, Lda
- Serviço Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2022a). Missão, Visão e Valores. <https://www.sicad.pt/PT/Institucional/Missao/Paginas/default.aspx>
- Serviço Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2022b). Intervenção. <https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/Paginas/default.aspx>
- Serviço Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2022c). Modelos de Resposta integrada. <https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/ModelosRespostas.aspx>
- Serviço Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2022d). RRMD. <https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RRMDMais/SitePages/Home%20Page.aspx>
- Serviço Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2021). Relatório Anual 2021. A situação no País em matéria de Drogas e toxicodependências. https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=178&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/
- Shah, L. B., Klainin-Yobas, P., Torres, S., & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of psychoeducation and relaxation interventions on stress-related variables in people with mental disorders: a literature review. *Archives of psychiatric nursing*, 28(2), 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.11.004>
- Šimić, G., Tkalčić, M., Vukić, V., Mulc, D., Španić, E., Šagud, M., Olucha-Bordonau, F. E., Vukšić, M., & R Hof, P. (2021). Understanding Emotions: Origins and Roles of the Amygdala. *Biomolecules*, 11(6), 823. <https://doi.org/10.3390/biom11060823>
- SOSU Fyn (2015). The Tidal Model by Dr. Phil Barker” [Video] <https://youtu.be/SoyYS7oqg0Y>

-
- Stewart, A. F., Fulton, S. L., & Maze, I. (2021). Epigenetics of Drug Addiction. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 11(7), a040253. <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a040253>
- Stahl SM (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology*. 4th edition. Cambridge University Press.
- Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. *Evidence-based medicine: how to practice and teach it*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2011.
- Tyrer, H., Tyrer, P., Lisseman-Stones, Y., McAllister, S., Cooper, S., Salkovskis, P., Crawford, M. J., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., & Wang, D. (2015). Therapist differences in a randomised trial of the outcome of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients. *International Journal of Nursing Studies*, 52(3), 686-694. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.013>
- Thaut M. H. (2015). Music as therapy in early history. *Progress in brain research*, 217, 143–158. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.11.025>
- Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., Offenbächer, M., Kohls, N., Hirsch, J., & Sirois, F. (2021). Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation, Deep Breathing, and Guided Imagery in Promoting Psychological and Physiological States of Relaxation. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2021, 5924040. <https://doi.org/10.1155/2021/5924040>
- Torrens M, Mestre-Pinto JJ, Domingo-Salvany A (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe [internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência
- Turner, S., Mota, N., Bolton, J., & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and anxiety*, 35(9), 851–860. <https://doi.org/10.1002/da.22771>
- United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Vallejo R. J.(2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. 8.a edición. Elsevier Masson.
- Vargas Rohr, R., & Titonelli Alvim, N. A. (2016). Nursing interventions with music: an integrative literature review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(1), 3832-3844.
- Videbeck, S., (2014). *Psychiatric-mental health nursing*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Virtanen, S., Kuja-Halkola, R., Mataix-Cols, D., Jayaram-Lindström, N., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., Rück, C., Suvisaari, J., Lichtenstein, P., & Latvala, A. (2020). Comorbidity of substance misuse with anxiety-related and depressive disorders: a genetically informative population study of 3 million individuals in Sweden. *Psychological medicine*, 50(10), 1706–1715. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001788>
- Wabnitz, P., Löhr, M., Schulz, M., Nienaber, A., Oppermann, G., Sauter, D., Schreiber, W., Gouzoulis-Mayfrank, E., Claus, S., Hohl-Radke, F., Jordan, W., & Pollmächer, T. (2019). Perspektiven und Chancen für pflegerisch-psychotherapeutische Interventionen in der stationären psychiatrischen

Behandlung [Perspectives and Opportunities for Psychotherapeutic Interventions in Inpatient Psychiatric Treatment Delivered by Nurses]. *Psychiatrische Praxis*, 46(3), 156–161.
<https://doi.org/10.1055/a-0801-3847>

Wang, S., & Agius, M. (2018). The use of Music Therapy in the treatment of Mental Illness and the enhancement of Societal Wellbeing. *Psychiatria Danubina*, 30(Suppl 7), 595–600.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30439854/>

Wesner, A. C., Behenck, A., Finkler, D., Beria, P., Guimarães, L. S. P., Manfro, G. G., Blaya, C., & Heldt, E. (2019). Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 33(4), 428–433.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003>

Wong, S., Yip, B., Mak, W., Mercer, S., Cheung, E., Ling, C., Ma, H. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 68–75. doi:10.1192/bjp.bp.115.166124

World Health Organization (2023). Constitution.
<https://www.who.int/about/governance/constitution>

World Health Organization (2022a). Mental Disorders.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

World Health Organization (2022b). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva:
https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

World Health Organization (2022c). WHO Guidelines on mental health at work.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>

World Health Organization (2022d). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

World Health Organization. (2021a). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: . Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

World Health Organization (2021b). Opioid overdose.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>.

World Health Organization (2021c). WHO report highlights global shortfall in investment in mental health. Available at: <https://www.who.int/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>

World Health Organization (2021d). Mental health, human rights and standards of care
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053204>

World Health Organization (2020). WHO Special Initiative for Mental Health. <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>

-
- World Health Organization (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- World Health Organisation (2011). Mental health atlas 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
- World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
- Yang, C. Y., Miao, N. F., Lee, T. Y., Tsai, J. C., Yang, H. L., Chen, W. C., Chung, M. H., Liao, Y. M., & Chou, K. R. (2016). The effect of a researcher designated music intervention on hospitalised psychiatric patients with different levels of anxiety. *Journal of clinical nursing*, 25(5-6), 777–787. <https://doi.org/10.1111/jocn.13098>
- Zimmermann, T., Puschmann, E., van den Bussche, H., Wiese, B., Ernst, A., Porzelt, S., Daubmann, A., & Scherer, M. (2016). Collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: Cluster-randomised controlled trial (findings of the SMADS study). *International journal of nursing studies*, 63, 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.007>
- Zissi A. (2022). *Psychiatrike = Psychiatriki*, 33(2), 149–156. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.039>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Estudo de caso clínico Estágio I - Perturbação por Uso de Opióides

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



VI Curso de Mestrado em Enfermagem em associação
Unidade Curricular Estágio I
1.º ano/2.º semestre

Perturbação por Uso de Opióides

Estudo de caso clínico

Docente: Prof. Lucília Nunes

Discentes: Luís Soares n.º210531023

Setúbal, Julho de 2022

Ano letivo 2021/2022



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (

ETET - Equipa Técnica Especializada de Tratamento

PMO - Programa de Manutenção Opióide

PUO - Perturbação por Uso de Opióides

UC - Unidade Curricular

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Fatores de risco e de proteção de dependência de substâncias	8
Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem por stressores intrapessoais	17
Tabela 3 - Diagnósticos de enfermagem por stressores interpessoais	18
Tabela 4 - Diagnósticos de enfermagem por stressores extrapessoais	19
Figura 1 - Genograma familiar	15

ÍNDICE

Introdução	5
1- Enquadramento teórico	7
1.1 Perturbação por uso de substâncias	7
1.2 Perturbação por uso de opióides	9
1.3 Modelo de sistemas de Betty Neuman	11
2 - Apreciação clínica	12
2.1 Identificação	12
2.2 História de vida e de saúde	13
2.3 Avaliação familiar	14
2.4 História de Doença Atual	16
3 - Plano de cuidados	17
Conclusão	20
Referências Bibliográficas	22

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio I, do 6º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que teve lugar numa Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET) de um Centro de Respostas Integradas durante os meses de Maio e Junho. A ETET é uma equipa multidisciplinar com intervenções do médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social com vista ao processo de reabilitação da pessoa com comportamentos aditivos, com ou sem substância psicoativa, envolvendo a sua família. A grande maioria das pessoas acompanhadas neste serviço recorreram ao mesmo por dependência de heroína e estão inseridas no Programa de Manutenção Opióide (PMO), o que ocupa a maior parte do tempo da ação da equipa de enfermagem. Trata-se de um tratamento de manutenção com medicamentos opióides de efeito agonista (medicamentos morfina-miméticos) que, administrados em dose adequada, impedem o sofrimento físico provocado pela abstinência e a necessidade física de a consumir, ao mesmo tempo que reduzem o “craving” (desejo intenso de consumir heroína) (SICAD, 2022).

Como objetivo geral deste estudo, pretendo compreender o caso apresentado e a perturbação por uso de opióides (PUO). Como objetivos específicos, pretendo: identificar os problemas e necessidades da pessoa e família; elaborar um plano de cuidados individualizado em saúde mental para a pessoa com PUO e sua família; compreender e demonstrar as intervenções específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), na pessoa com PUO e a família.

Com a produção deste estudo de caso clínico procuro demonstrar o desenvolvimento das seguintes competências do EEESMP (OE, 2018):

- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

No início do estágio, após ter sido feita uma primeira avaliação do funcionamento do serviço, foi decidido com a enfermeira orientadora que o acompanhamento de um novo utente com Perturbação por Uso de Opióides (PUO) desde a sua entrada no PMO, seria a melhor estratégia de aprendizagem, tendo em vista a elaboração de um estudo de caso clínico, o que foi feito.

Presenciei a primeira consulta com a médica assistente e a Enfermeira de Referência, em que foi dado o consentimento pela pessoa para este estudo, e posteriormente acompanhei-



a em algumas tomas observadas de metadona, procurando estabelecer desde o início uma relação de confiança, como primeiro passo para a relação de ajuda (Townsend, 2011), essencial para que esta intervenção autónoma terapêutica do EEESMP tenha lugar. Foram programadas 2 entrevistas clínicas, tendo a pessoa comparecido apenas à primeira, com a duração de 1 hora, e posteriormente faltado à segunda e sem ter havido possibilidade de uma nova marcação.

Na primeira parte deste trabalho faço um enquadramento das perturbações por uso de substâncias e em específico do uso de opióides e recorro ao modelo de sistemas de Betty Neuman para me ajudar a clarificar o processo de enfermagem para esta pessoa. Na segunda parte, a partir dos dados obtidos e analisados, apresento uma apreciação clínica, com a história de vida e de saúde, avaliação familiar e história de doença atual, para depois formular um plano de cuidados otimizado para a pessoa e sua família com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Perturbações por uso de substâncias

A substância psicoativa é toda a substância que causa mudanças na consciência, no humor, nos pensamentos e nos comportamentos, associando-as diretamente às “funções cognitivas e comportamentais” (Cerqueira, 2015). Estas substâncias psicoativas podem pertencer à classe de depressoras (álcool, sedativo/hipnóticos, etc), estimulantes (anfetaminas; cocaína, etc), opióides (morfina; heroína, etc) e alucinogénicas (LSD, haxixe etc) consoante a ação que têm no cérebro, tendo por isso repercussões diferentes sobre o comportamento do indivíduo (OMS, 2004).

A perturbação por uso de substâncias implica uma dependência. A dependência é definida como uma perturbação crónica e recorrente caracterizada pela busca e uso compulsivo de substâncias apesar dos efeitos adversos (APA, 2013). É considerado um distúrbio cerebral, pois envolve alterações funcionais nos circuitos cerebrais envolvidos na recompensa, stress e auto-controle. Essas mudanças podem durar muito tempo depois da pessoa parar os consumos (Goldstein et al, 2011).

A adição é semelhante a outras doenças, como as doenças cardíacas. Ambas interrompem o funcionamento normal e saudável de um órgão no corpo, ambas têm efeitos nocivos graves e ambas são, em muitos casos, evitáveis e tratáveis. Se não forem tratadas, podem durar uma vida inteira e podem levar à morte (NIDA, 2022). A dependência de substâncias psicoativas é considerada um grande problema de saúde pública global e pode ocorrer em qualquer idade (Kazemi et al., 2018). É um fenómeno complexo, crescente na população de diversos países, que resulta em inúmeras consequências para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (Seabra et al., 2018; SICAD, 2013). Tem uma dimensão comportamental, geralmente associada à dificuldade em controlar os impulsos, uma dimensão física (através da ação direta da substância e diferentes estados como intoxicação e abstinência) e uma dimensão relacionada à dimensão psicológica (angústia, ansiedade, depressão, baixa autoestima, entre outros). Assim, a pessoa com dependência de substâncias psicoativas apresenta um desejo intenso de consumo dessas mesmas substâncias, uma continuação descontrolada dos consumos, independentemente das consequências, dando uma alta prioridade aos consumos em prejuízo de outras atividades e obrigações do seu quotidiano, provocando um aumento da tolerância, isto é, uma necessidade de aumentar a dose que lhe proporcione o mesmo efeito e em alguns casos consumir outras substâncias, e de sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (NIDA, 2022). A decisão inicial de tomar drogas é tipicamente voluntária. Mas

com o uso contínuo, a capacidade de uma pessoa de exercer autocontrole pode ficar seriamente prejudicado. Essa deficiência no autocontrole é a marca registrada da adição. (NIDA, 2022). A probabilidade de desenvolver uma adição difere de pessoa para pessoa, e nenhum único fator determina se uma pessoa se tornará dependente ou não. Em geral, quanto mais fatores de risco uma pessoa tem, maior a chance de que o uso de drogas leve ao uso e dependência de drogas. Os fatores de proteção, por outro lado, reduzem o risco de uma pessoa. Os fatores de risco e de proteção podem ser ambientais ou biológicos.

Os fatores biológicos incluem os genes, o estágio de desenvolvimento e até o gênero ou etnia. Vários estudos indicam que os efeitos que os fatores ambientais têm na expressão dos genes - epigenética, é responsável por entre 40 e 60 por cento do risco de dependência de uma pessoa (Bevilacqua et al., 2009).

Tabela 1 - Fatores de risco e de proteção de dependência de substâncias

Fatores de risco	Fatores de proteção
Exposição a comportamentos agressivos na infância (Zucker et al, 2008)	Capacidade de autocontrole (DiClemente et al, 1995);
Falta de supervisão dos pais (Hill et al., 2005)	Acompanhamento e apoio dos pais (Hill et al., 2005);
Habilidades de recusa de pares baixas (Guo et al., 2001);	Relacionamentos positivos (Duncan, 2006);
Experimentação de drogas (Sheer et al., 2007)	Atividades extracurriculares (NIDA, 2003);
Disponibilidade de drogas na escola (Sheer et al., 2007)	Políticas escolares de prevenção (Guo et al., 2001);
Pobreza na comunidade (Hawkins et al, 1995)	Recursos da comunidade (Chalk et al, 1997)

Embora o uso de substâncias em qualquer idade possa levar a uma adição, pesquisas mostram que quanto mais cedo as pessoas iniciarem o uso, maior a probabilidade de desenvolver problemas sérios (SAMHSA, 2014), devido ao efeito nocivo que as substâncias podem ter sobre um cérebro em desenvolvimento (Lynskey et al., 2003). Também o modo como a substância é tomada influencia o desenvolvimento da adição. Fumar uma droga ou injetá-la numa veia aumenta seu potencial aditivo (Squeglia et al, 2009).

1.2 Perturbações pelo uso de opióides

A heroína é uma droga ilegal e altamente viciante processada a partir da morfina, uma substância natural extraída da vagem de sementes de certas variedades de plantas de papoila. O seu uso tem repercussões que vão muito para além do utilizador individual. As consequências médicas e sociais do seu uso - como hepatite, HIV/AIDS, efeitos, crime, violência e rupturas na família, no local de trabalho e em ambientes educacionais têm um impacto devastador na sociedade e custam bilhões de dólares cada ano (Volkow, 2012). Estima-se que 4 em cada 1000 habitantes tenham consumido opiáceos recentemente em Portugal Continental. São, principalmente, do sexo masculino, com idade entre os 35 e os 54 anos, não vivem maritalmente, mas com ascendentes ou irmãos, com uma baixa escolarização e cerca de metade (ou mais, no caso dos indivíduos internados), em situação de desemprego. Consomem também outras substâncias ilícitas, principalmente a canábis, a cocaína ou o ecstasy. Cerca de um terço consumiu recentemente por via endovenosa e cerca de 10% ou menos partilhou seringas recentemente (SICAD, 2021). Em 2019 encontravam-se em tratamento na Rede Pública de Ambulatório cerca de 14 600 indivíduos em que os opiáceos representavam o consumo mais problemático (SICAD, 2020).

O uso continuado de heroína leva a alterações fisiológicas e neurobiológicas que, por sua vez, levam à dependência física manifestada como abstinência na cessação do uso, e o desejo contínuo predispondo à retomada do uso (Koob & Volkow, 2010). A ativação contínua das estruturas do cérebro pelo uso de opióides causa mudanças nos sistemas neuronais que “conectam” a memória do uso de drogas como fonte de “recompensa” e necessário para a sobrevivência. É essa memória embutida que torna as pessoas heroinodependentes, vulneráveis a recaídas de longo prazo (significando um retorno ao uso problemático) e é a base da natureza recidivante crónica da dependência (Koob & Volkow, 2010).

Para recuperar, a pessoa dependente precisa de superar a compulsão do uso de drogas, os desejos contínuos (craving) e a adaptação física ao uso crónico de drogas. Também tem que lidar com questões psicológicas e sociais que podem incluir tanto as razões subjacentes para o uso de drogas e as consequências de um estilo de vida de uso de substâncias. Quanto mais grave e duradoura a dependência, menos interesses alternativos a pessoa tem para reverter a situação – a exclusão social é comum. Essa complexidade social significa que a recuperação de dependência de drogas é susceptível de implicar substanciais problemas físicos, psicológicos e necessidade de reajustes de estilos de vida – um processo que normalmente requer um longo período de tempo. (AG, 2014). O tratamento assistido por medicamentos da dependência de opióides é uma combinação de medicamentos (metadona ou buprenorfina para tratamento de substituição, ou naltrexona para tratamento de prevenção de recaídas) e apoio psicossocial. Os medicamentos retiram os efeitos da abstinência, controlam e/ou eliminam os desejos ao bloquear

o efeito eufórico de futuros consumos, enquanto o apoio psicossocial refere-se às muitas maneiras pelas quais a saúde e o ambiente social da pessoa podem ser abordados, para ajudar a melhorar tanto a qualidade como a duração da sua vida. A assistência pode ir desde o simples (por exemplo, prestação de alimentação e abrigo) ao complexo (por exemplo, psicoterapia estruturada). O apoio psicossocial deve ser faseado e em etapas para refletir as mudanças de necessidades da pessoa ao longo do tempo, com o estilo e o conteúdo adaptados para se adequar à preparação para mudança e capacidade cognitiva (National Treatment Agency, 2012).

O programa de manutenção opióide com Metadona é o mais habitual nas equipas de tratamento do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). A metadona (princípio ativo - cloridrato de metadona) é um opióide sintético de ação prolongada e foi usada pela primeira vez como tratamento para heroíno-dependentes nos Estados Unidos nos anos 60. É um agonista (estimulador) completo dos recetores opióides do SNC, o que significa que atua de modo similar à morfina e a outras substâncias opióides. Os recetores opióides conhecidos mais relevantes são os recetores μ (miú), K (kappa) e δ (delta) sendo a metadona fundamentalmente um agonista dos recetores μ (miú). A estimulação deste recetor por estas substâncias produz um conjunto de efeitos tais como analgesia, depressão respiratória, euforia, sedação e dependência física (DICAD, 2015).

A experiência clínica e os estudos efetuados ao longo de mais de 40 anos demonstram que as pessoas dependentes de opióides de rua melhoram a sua qualidade de vida quando integradas em programa de tratamento continuado com metadona porque:

- Reduzem ou param de consumir essas substâncias;
- Reduzem ou param os comportamentos de risco para a transmissão de doenças infecciosas (p. ex. VIH, Hepatites e Tuberculose);
- Reduzem ou param os consumos de outras substâncias psicoativas;
- Reduzem ou param os comportamentos delinquentes;
- Reduzem o risco de morte por sobredosagem (overdose) de heroína (por aumento da tolerância dos recetores) ou por outras causas associadas aos consumos.

A estabilização psíquica provocada pela metadona, por redução da “ânsia” ou “craving” (desejo incontroado e compulsivo de consumo de heroína) pode permitir a tomada de consciência da pessoa quanto à realidade da sua situação, possibilitando-lhe uma maior capacidade de escolha sobre o que quer fazer consigo própria e com a sua vida (DICAD, 2015).

O organismo absorve e metaboliza a metadona de modo diferente da heroína. A metadona, por via oral, estimula lentamente os recetores opióides (pico máximo de efeito $\pm 3h$ após a toma) pelo que não provoca euforia (permite a adaptação do sistema opióide à estimulação da substância) e vai-se acumulando no organismo (nomeadamente no fígado) libertando-se lentamente, determinando um tempo de ação muito prolongado (semi-vida de cerca de 24 horas). Para a maioria das pessoas em tratamento continuado, uma vez estabilizadas numa dose diária de metadona

apropriada ao seu caso, uma única dose tem um tempo de ação superior a 24 horas. Esta propriedade reduz ao mínimo a alternância Euforia/Privação. As doses são determinadas pelo metabolismo de cada pessoa, e por isso é necessário começar por uma dose baixa e ir aumentando a dosagem lentamente para se certificar que o organismo se está a adaptar corretamente ao medicamento. A fase de indução da metadona é a que oferece maiores riscos uma vez que, nas doses iniciais, as suas propriedades farmacocinéticas de “acumulação/ libertação lenta” limitam o seu tempo de ação até alcançar o “steady-state”¹, o qual é habitualmente atingido ao fim de cinco semi-vidas de uma substância (o que equivale a cerca de 5 dias no caso da metadona). Assim, nas doses iniciais a intensidade de estimulação dos receptores opióides é sentida de forma mitigada ao fim de algumas horas, o que pode provocar o desejo de fazer aumentos de dose superiores à capacidade de adaptação (tolerância) do organismo e levar ao risco de sobre-dosagem. Este risco acontece quase exclusivamente na 1ª semana de indução (DICAD, 2015).

1.3 Modelo de sistemas de Betty Neuman

O modelo de Sistemas de Betty Neuman adequa-se à temática das perturbações por uso de substâncias devido à sua premissa de stressores ambientais provocando uma reação na pessoa com base, em parte, na sua capacidade de lidar com tais stressores, bem como o objetivo do modelo de que a pessoa atinja o seu mais alto nível de bem-estar possível (Fawcett, 2005) através da retenção, realização, ou manutenção da estabilidade do sistema pessoa (Fawcett, 2005). O bem-estar ideal é considerado o mais alto grau de estabilidade do sistema em qualquer ponto no tempo, e o bem-estar é medido num continuum do mais alto grau de bem-estar a doença grave ou morte (Fawcett, 2005). A pessoa é vista como um sistema aberto e pode se referir a indivíduos, grupos, famílias, comunidades ou sociedades. O sistema da pessoa considera uma perspectiva holística que inclui as seguintes cinco variáveis: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento, e espiritual. O modelo baseia-se no relacionamento contínuo da pessoa e no potencial de reação aos stressores do ambiente. O sistema aberto inclui entrada, saída e feedback e permite que um indivíduo se ajuste aos stressores ambientais internos e externos. A reação ao stressor vai depender da ação das linhas de defesa e de resistência, que são feitas de recursos internos e externos que a pessoa pode estar conscientemente ciente ou não, para se esforçar para proteger a integridade do sistema. A linha de defesa normal denota a estabilidade e integridade do sistema e é dinâmica, à medida que a pessoa enfrenta diferentes stressores em diferentes momentos da vida. As linhas flexíveis de defesa também são dinâmicas e formam uma barreira protetora para evitar que os stressores afetem o estado de estabilidade. Quando tais linhas de defesa não conseguem impedir a penetração de stressores (uso de substâncias psicoativas com forte componente aditivo), o núcleo central é atingido colocando assim

o equilíbrio do sistema em causa - perturbação do uso de substâncias. Métodos de autocontrolo, estilos de vida e desenvolvimento pessoal, espiritual, e fatores culturais influenciam o sucesso ou fracasso das linhas de resistência e defesa (Fawcett, 2005).

2 - APRECIACÃO CLÍNICA

2.1 Identificação

Idade:	42 anos	Nacionalidade:	Portuguesa
Sexo:	Masculino	Diagnóstico:	Perturbação por uso de opióides
Habilitações literárias:	9.ºano	Estado Civil:	Casado há 20 anos
Profissão:	Soldador	Pessoa Significativa:	Esposa
Apoios sociais:	Não tem	Situação Laboral:	Desempregado

2.2 História de vida e de saúde

Infância até pré-adolescência	P.P. nasceu em Setúbal em 1980. Descreve uma infância feliz onde sempre teve um bom ambiente familiar, sem dificuldades económicas ou outras. Refere que tinha sempre mais dinheiro que os amigos. O pai trabalhava e a mãe estava sempre em casa. Tem um irmão 5 anos mais velho.
Adolescência	Em 1992 a família mudou de casa e foi viver para outro bairro na mesma cidade. O motivo da mudança prendeu-se com o facto do irmão ter tido uma relação amorosa conturbada e os pais considerarem que a “mudança de ares” seria benéfica. No novo bairro conheceu e fez novos amigos mais velhos do que ele 8 anos. Em 1993, com 13 anos, fez um 1.º consumo de haxixe com estes novos amigos. Passado pouco tempo experimentou heroína. Foi aumentando progressivamente o consumo até aos 15 anos, idade em que refere que se torna “dependente injetável de heroína”. Em 1995 abandonou a escola, tendo concluído apenas o 9.º ano. Conta o que se passa com ele ao Pai e ao irmão e pede ajuda. O pai e o irmão não tinham conhecimento da problemática dos comportamentos aditivos e procuraram se informar. Começou a ser acompanhado por psicólogos. Em 1996 deu entrada no CAT e ficou em tratamento intermitente (6/7 meses), com regresso aos consumos, até que conheceu a mãe das suas filhas aos 21 anos. Refere que foi a pessoa responsável pela sua recuperação da dependência, que sem ela nunca teria conseguido.
Fase adulta	2001 - Tira o curso de soldador, começa a trabalhar pela Europa e pelos barcos, alternando 3 meses fora, 3 meses em Portugal. 2004 - Nasce a primeira filha. 2007 - Começa a trabalhar nos Países Baixos e gosta muito do país. Por estar a gostar e a receber um bom ordenado pondera a ida da família. 2009 - Retomou consumos por stress emocional intenso 2010 - Faz redução da toma de metadona até à suspensão por sua iniciativa e muda a família para os Países Baixos 2013 - Nasce a 2.ª filha 2010 - 2016 - Vive nos Países Baixos com a família. É o único a trabalhar, entra em conflito com a mulher porque esta também quer trabalhar. Um problema de saúde leva a mulher a Portugal, ela não conta o seu problema ao P.P., o que refere contribuir para a deterioração da relação. 2016-2017 - Passagem de Ano em Portugal, desavença com a mulher, diz que a mulher nunca fala e nunca tenta resolver os problemas e retoma o consumo.

	Consumiu 3 doses no que classifica que foi uma tentativa de chamada de atenção. “Sou muito fraco de cabeça”. Se tiver algum problema “refugio-me na droga” “Se tiver feliz não penso na droga”. 2017 - Gasta tudo o que tem porque aumentou doses de consumo (57 euros dias) e descontrolou toda a sua vida. Cometeu roubos e foi preso por 10 meses. Depois de ser libertado, reatou a relação com a mulher mas por pouco tempo. Passou a “viver o crime”. Não tem residência, pernoita num espaço abandonado nos arredores da cidade. P.P. não tem outras patologias associadas. Durante a fase adulta e após ter conhecido a mulher, P.P. refere que teve longos períodos (de vários anos) sem quaisquer consumos, conseguindo ter uma vida saudável, com bom funcionamento familiar e social e que apenas momentos de intenso stress emocional o levaram de volta aos consumos.
--	--

2.3 Avaliação Familiar e Social

P.P. tem uma relação conflituosa com o Pai, não falou sobre a sua mãe. Refere que atualmente o Pai já “não acredita nele” e não está disposto a recebê-lo em sua casa, por já tê-lo feito antes várias vezes e não ter resultado. Não tem relação com o irmão. Diz ter uma relação de amizade com a mulher (não esclarece se ainda estão casados, mas vivem separados) mas que a mesma também já não acredita nele. Marca periodicamente encontros com a mulher para poder estar com a filha de 9 anos. A filha de 18 anos vive em França com os avós maternos. Refere falar regularmente com a mesma pelo telefone e classifica a sua relação como “boa”, indica que esta filha não tem relação com a mãe desde que teve conhecimento da história de dependência do pai. Acrescentou também que tem uma ótima relação com os sogros e que a sua convicção é que quando estiverem em Portugal de férias irão ajudá-lo a recuperar-se. Refere não ter amigos a quem possa recorrer, sentindo-se “sozinho”, partilha apenas o espaço onde pernoita com outra pessoa que também é seguida na ETETS no programa de manutenção opióide.

Genograma familiar

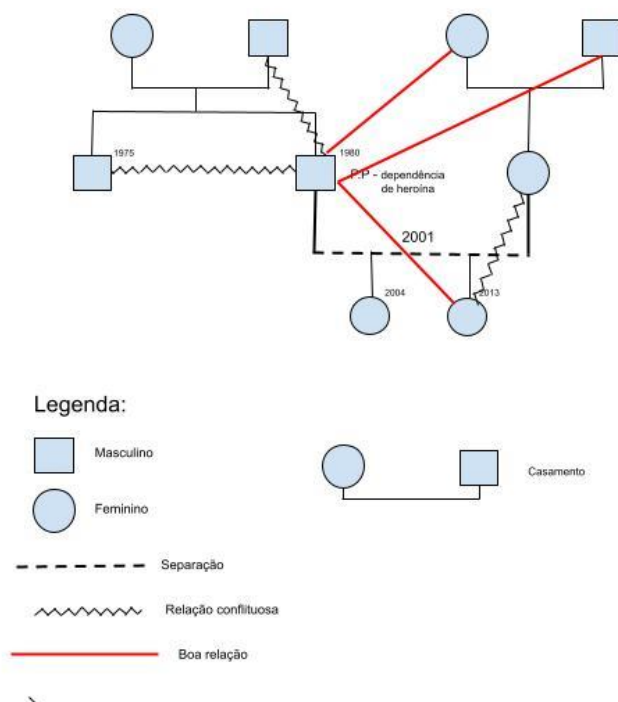


Fig. 1 - Genograma familiar

2.4 História de doença atual

P.P tem mantido consumos de heroína desde que saiu da prisão. Não tem ocupação e socorre-se de múltiplas estratégias para poder financiar o seu consumo. Recorre por sua iniciativa à ETETS com o objetivo de parar os consumos. Após a triagem inicial feita pela psicóloga é marcada a indução de Metadona para uma 2ª feira. É a 4ª vez que inicia um PMO. No dia da indução apresenta-se calmo, cordial, orientado no tempo/espço e pessoa, com discurso e linguagem fluente, elaborada com ritmo regular. Tem algumas falhas de memória de médio e longo prazo que o próprio reconhece. Apresenta idade aparente coincidente com a real, está emagrecido e tem apresentação descuidada, com algum défice nos cuidados de higiene e vestuário, pele corada e desidratada. Estabelece contacto com o olhar por curtos períodos, alternando com olhar para baixo. Tem uma atitude colaborante e mostra-se disponível, com humor predominantemente eutímico, com momentos de alguma labilidade emocional quando fala de episódios mais emocionalmente intensos. Apresenta insight e juízo crítico bastante sólidos, quanto à patologia

e à motivação para o tratamento. Reconhece elementos potenciadores das recaídas, nomeadamente os encontros com outras pessoas consumidoras e a passagem por locais onde já consumiu. Assume que não foi honesto em programas a que foi submetido anteriormente, quando indicava que não estaria a consumir, quando na verdade mantinha consumos. Revela uma baixa auto-estima quando diz "já nem eu acredito em mim". Refere que "se tivesse alguém que o ajudasse/acreditasse seria mais possível recuperar." e que "Sou pessimista". A entrevista clínica que foi conduzida por mim, aconteceu 3 semanas após o dia da indução. Mostrou-se muito motivado e disponível para o encontro, apresentando aparência mais cuidada e refere que teve apenas 1 consumo na primeira semana que começou o programa. Responde a todas as questões de forma completa adicionando mais informação de outros tópicos, sem demonstrar receio ou dúvida em partilhar e verbaliza interesse para uma próxima consulta. Descreve o plano que idealizou para a sua recuperação: Cumprir o PMO, reunir boas condições de higiene e de aparência para que possa submeter-se a entrevistas de trabalho com alguma hipótese de sucesso. Indica que neste momento não tem nenhuma solução de habitação que lhe possa oferecer estas condições - o Pai e a mulher recusaram ajudá-lo e está a aguardar que os sogros venham de férias em Agosto, pois está convicto que o irmão ajudar, quer no espaço para poder cuidar do seu estado geral, quer nos incentivos que lhe poderão dar.

3 - Plano de Cuidados

A partir de toda a informação exposta, e à luz da Teoria dos sistemas de Betty Neuman, apresento os stressores identificados, e utilizo a linguagem CIPE (2011 e 2016) para definir os respetivos diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados esperados .

Fatores de stress intrapessoais:

- Dependência de substâncias psicoativas
- Baixa auto-estima

Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem por stressores intrapessoais

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Dependência de substâncias psicoativas (P.P. já teve várias recaídas da sua dependência desde que começou a ser acompanhado aos 15 anos)	-Avaliar o consumo de substâncias (teste de urina); - Vigiar Comportamento Aditivo (dados do Teste Sócrates); -Executar intervenção psicoeducativa ((Informar e esclarecer sobre os efeitos do consumo de heroína, a possibilidade de recuperação e capacitar para a gestão de sintomas durante a abstinência); - Executar Entrevista Motivacional; - Executar Modificação do Comportamento; - Executar Reestruturação Cognitiva; - Vigiar Manifestações de Privação de Heroína	Que P.P. reduza ou elimine por completo o uso de heroína
Baixa auto-estima (verbalizou em vários momentos não acreditar nele próprio)	- Disponibilizar presença; - Oferecer escuta ativa; - Estabelecer a confiança; - Providenciar apoio emocional; -Executar Entrevista Motivacional; - Promover a expressão de sentimentos e emoções; - Promover a auto-estima; - Incentivar a utilização de afirmações positivas; - Oferecer o reforço positivo.	Que P.P. melhore a sua auto-estima

Fatores de stress interpessoais

- Ligação distante com mulher
- Relação conflituosa com o Pai e irmão
- Dificuldade em estabelecer novas relações

Tabela 2 - Diagnósticos de enfermagem por stressores interpessoais

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Processo familiar comprometido	-Averiguar disponibilidade da família (pai, irmão, mulher e sogros) para a realização de entrevistas para informar dos objetivos específicos do programa terapêutico promovendo o seu envolvimento; -Executar Intervenção Familiar -Dar à família um papel ativo no processo terapêutico. -Encorajar a expressão de sentimentos sobre a situação de abuso ou dependência de substâncias; -Facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos entre P.P. e a família; -Informar sobre a dependência de heroína;	Que P.P. tenha algum apoio da família para que o PMO seja eficaz e permita a sua recuperação
Isolamento Social Presente (verbalizou sentir-se sozinho, isolado)	-Encorajar o desenvolvimento de inter-relações; -Incentivar a participação em atividades de grupo; -Executar técnica de modificação comportamental; -Orientar sobre comportamento interativo; -Negociar um contrato terapêutico; -Executar escuta ativa; -Incentivar o contato social;	Que o isolamento social seja diminuído

- Desemprego
- Condição de sem abrigo

Tabela 3 - Diagnósticos de enfermagem por stressores extrapessoais

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Gestão do regime terapêutico comprometida (reconhece a necessidade de cumprir o PMO para conseguir ter emprego e ter uma residência)	- Avaliar gestão do regime terapêutico; - Assistir na gestão do regime terapêutico; - Gerir regime medicamentoso; - Promover a consciencialização relativamente ao regime medicamentoso; - Ensinar sobre padrão alimentar, regime medicamentoso, complicações do regime terapêutico ineficaz; - Encorajar e apoiar na tomada de decisão para comportamento de adesão; - Incentivar a adesão ao regime terapêutico e aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão do regime terapêutico.	Que P.P. cumpra o PMO que foi definido para a sua situação
Auto-cuidado higiene comprometido (reconhece a necessidade de cuidar da sua aparência para ter hipótese de conseguir um emprego)	- Incentivar o auto-cuidado higiene; - Referenciar a situação social sem abrigo do P.P. à assistente social, para validar possíveis soluções de habitação; - Validar outros recursos na comunidade que permitam que P.P. cuide da sua higiene	Que o auto-cuidado higiene deixe de estar comprometido

CONCLUSÃO

A partir deste estudo de caso clínico foi possível compreender melhor a problemática da perturbação por uso de opióides. De acordo com o que foi descrito na fundamentação teórica, P.P. teve vários fatores de risco que o predispueram para a dependência por uso de substâncias, nomeadamente:

- A falta de supervisão dos pais. Quando mudou de bairro passava bastante tempo fora de casa em atividades com os amigos numa idade muito precoce;
- Pouca habilidade para recusa aos pares. Aceitou as sugestões dos amigos para experimentar os consumos;
- Disponibilidade de drogas no bairro para onde se mudou aos 13 anos;
- O início do consumo na adolescência, devido ao efeito nocivo que as substâncias podem ter sobre um cérebro em desenvolvimento.

Também foi possível entender a natureza recidivante da PUO, o motivo porque é considerada uma doença crónica e que é possível ser gerida, que o facto de haver recaídas não significa que o tratamento tenha falhado ou que não seja possível retomá-lo. A característica de exclusão social nesta dependência também se verificou neste caso. P.P. teve períodos de vários anos sem consumos, onde se verificou a presença de vários fatores de proteção, nomeadamente:

- Relacionamentos positivos. A relação com a mulher foi o que lhe permitiu recuperar e manter-se sem perturbação durante vários anos;
- Atividades. O facto de ter tirado o curso de soldador, já depois de ter sido acompanhado a primeira vez devido à sua PUO, permitiu-lhe ter um emprego sem dificuldade;
- Recursos da comunidade. A existência da ETET onde já cumpriu 3 PMO.

Foram identificados os principais problemas e necessidades do P.P., ficando explícitos no plano de cuidados apresentado. A maior dificuldade sentida foi em como poder abordar e envolver a família de P.P., uma vez que atualmente está totalmente desestruturada. Isto é, o P.P. foi sozinho procurar ajuda na ETET, vive sozinho sem a família e o único apoio que considera poder vir a ter será dos seus sogros, que apenas estarão 1 mês de férias em Agosto para o poder ajudar.

P.P. encontrava-se motivado para a sua recuperação, mostrando-se disponível para cumprir o PMO e para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o enfermeiro de referência. Para a primeira entrevista que foi marcada o P.P. compareceu no horário marcado, com uma aparência mais cuidada do que no primeiro dia de indução e falou sobre a sua história sem qualquer dificuldade, revelando bastante insight sobre as suas dificuldades e necessidades, e aceitou a marcação de uma segunda entrevista. Um dos objetivos que tinha traçado para a segunda entrevista seria ajudar o P.P. a gerir melhor as suas expetativas relativamente à vinda dos sogros, procurando em conjunto com ele a procura de soluções alternativas para o ajudar. Esta segunda entrevista não chegou a acontecer por falta do P.P. e não foi possível encontrá-lo para



marcar uma nova data. A pessoa que partilha o local de pernoita com o P.P. deu-nos a informação que P.P. teria retomado os consumos. Penso que, para o caso do P.P., seria fundamental que o EEESMP conseguisse desde logo estabelecer uma relação de confiança que depois pudesse evoluir para uma relação de ajuda como intervenção de enfermagem; que proporcionasse uma melhor gestão dos seus recursos interiores. A entrevista motivacional seria muito importante para que P.P. melhorasse a sua auto-estima, demonstrando que já tinha superado as mesmas dificuldades em momentos anteriores. P.P. foi muito claro quando assumiu que apenas a relação com a sua mulher permitiu que recuperasse em momentos anteriores e que atualmente se tivesse alguém que acreditasse nele seria mais fácil.

Provavelmente, para esta fase, o estabelecimento e manutenção de uma relação de ajuda com o EEESMP devidamente estruturada, em parceria com os outros terapeutas de referência da equipa multidisciplinar, seria essencial para que ocorresse a mudança de comportamentos, assistindo na recuperação e otimização da sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Association, American Psychiatric (2013). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora, Lda.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>

Australian Government, Department of Health and Age care (2014). National guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence
<https://www.health.gov.au/resources/publications/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence>

Bevilacqua, L., & Goldman, D. (2009). Genes and addictions. Clinical pharmacology and therapeutics, 85(4), 359–361. <https://doi.org/10.1038/clpt.2009.6>

Cerqueira, G. (2015). Fatores de influência dos efeitos das substâncias psicoativas no organismo. https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0920

Chalk R, Phillips DA. Youth Development and Neighborhood Influences: Challenges and Opportunities. National Academies Press; 1997.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE).

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2015. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE).

DICAD (2015). Procedimentos para administração de metadona.
<https://drive.google.com/file/d/1CQZMJCWtQccZEUYWVZbJiUP5OiajJyoz/view?usp=sharing>

DiClemente CC, Fairhurst SK, Piotrowski NA. Self-efficacy and addictive behaviors. In: Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment: Theory, Research, and Application. The Plenum series in social/clinical psychology. New York, NY, US: Plenum Press; 1995:109-141.

Duncan GJ, Wilkerson B, England P. Cleaning up their act: The effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use. Demography. 2006;43(4):691-710. [doi:10.1353/dem.2006.0032](https://doi.org/10.1353/dem.2006.0032)

Fawcett J. (2005). Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories.(2Eds.) F.A. Davis Company.

Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications.Nat Rev Neurosci. 2011;12(11):652-669. <https://www.nature.com/articles/nrn3119>

Guo J, Hawkins JD, Hill KG, Abbott RD. Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. J Stud Alcohol. 2001;62(6):754-762.

Hawkins JD, Arthur MW, Catalano RF. Preventing substance abuse. Crime Justice. 1995;19:343-427. doi:10.1086/449234

Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, Abbott RD, Guo J. Family influences on the risk of daily smoking initiation. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. 2005;37(3):202-210. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.08.014

Lynskey MT, Heath AC, Bucholz KK, Slutske WS, Madden PAF, Nelson EC, Statham DJ, Martin NG. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. JAMA 289:427-33, 2003.

National Institute on Drug Abuse. Preventing Drug Use Among Children and Adolescents, A Research-Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders Second Edition, 2003. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2003.
https://nida.nih.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2_1.pdf

National Treatment Agency for Substance Misuse (2012). Medications in recovery: Reorientating drug dependence treatment.<https://www.drugsandalcohol.ie/18123/>

Kazemi, D. M., & Levine, M. J. (2018). Expanding nursing approaches to address addiction: Mobile health technology. Journal of Addictions Nursing, 29(1), 1–3.
<https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000208>

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology Reviews, 35, 217-238.

National Institute on Drug Abuse (2022). Drugs and the Brain. <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drugs-brain>

Organização Mundial de Saúde (2004). Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Genebra: WHO.

Seabra, P., Amendoeira, J., Sa, L., & Capelas, M. (2018). Clinical validation of the Portuguese version of “substance addiction consequences” derived from the nursing outcomes classification. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(9), 779–785.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1462870>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2021). Enquadramento epidemiológico: situação nacional
<https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/Documents/2021/EnquadramentoEpidemiologicoPN2021.pdf>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2020b). Relatório Anual 2019. A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências (SICAD: Coleção Relatórios). Lisboa: SICAD

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. SICAD.

Sher KJ, Rutledge PC. Heavy drinking across the transition to college: predicting first-semester heavy drinking from precollege variables. *Addict Behav.* 2007;32(4):819-835.
doi:10.1016/j.addbeh.2006.06.024

Squeglia LM, Jacobus J, Tapert SF. The influence of substance use on adolescent brain development. *Clin Neurosci Soc ENCS.* 2009;40(1):31-38.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Mental and Substance Use Disorders (SAHMSA). <https://www.samhsa.gov/disorders>.

Volkow, ND (2012) . Heroin. Research and report series
https://nida.nih.gov/sites/default/files/heroinrrs_11_14.pdf



Zucker RA, Donovan JE, Masten AS, Mattson ME, Moss HB. Early developmental processes and the continuity of risk for underage drinking and problem drinking. *Pediatrics*. 2008;121 Suppl 4:S252-S272. doi:10.1542/peds.2007-2243B



APÊNDICE 2

Proposta de estrutura de conferência de caso

6.º Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Instituto Politécnico de Setúbal - Estágio I - Junho 2022

Aluno: Luis Ricardo Loureiro Patrão Soares

PROPOSTA DE ESTRUTURA DE CONFERÊNCIA DE CASO

Uma conferência de caso é um evento multidisciplinar formal, planeado e estruturado, distinto da rotina dos contactos coordenados regulares da instituição. Tem o objetivo de providenciar serviços holísticos, coordenados e integrados por parte dos profissionais, reduzir a duplicação de intervenções (DH, 2022) e garantir que as necessidades de cuidados multidisciplinares dos utentes sejam atendidos através de uma abordagem planeada e coordenada (AG, 2013). Este modelo colaborativo tem benefícios comprovados no fornecimento de recomendações de tratamento mais indicadas, avaliação multidisciplinar e adesão às diretrizes clínicas das instituições, sendo adotado em múltiplos contextos clínicos, desde cardiologia, saúde mental, até a neurologia, oncologia, entre outros (Raine, 2014). Desta forma, as decisões tomadas para os utentes são baseadas em todas as informações disponíveis e evidências científicas, onde cada participante pode fornecer a sua expertise específica (Horlait et al., 2019). A estrutura da apresentação do caso varia de serviço para serviço, entre subespecialidades e entre ambientes, mas tipicamente envolve:

1- A apresentação da história da pessoa à equipa multidisciplinar por parte do profissional de saúde que completou a triagem e avaliação de um modo eficiente, tendo em conta o tempo disponível (UC San Diego, 2022), onde inclui os:

- recursos individuais;
- objetivos da pessoa (AHS, 2020);

2 - A identificação das necessidades de cuidados multidisciplinares do utente, com discussão das melhores abordagens e terapias para ajudar a pessoa e a sua família a atingir os seus objetivos de recuperação (AHS, 2020);

3 - A identificação dos resultados a serem alcançados por cada membro da equipa e das intervenções que precisam ser realizadas para alcançar esses resultados, alocando-as a cada participante (AG, 2013);

4 - avaliação de objetivos anteriormente traçados (se houver) se foram alcançados ou não (AG, 2013).

Para otimização das conferências de caso da Equipa Técnica Especializada de Tratamento, apresento uma sugestão de documento de apoio que terá em conta as especificidades deste serviço:

- Duração da reunião: ____ min.
- A apresentação de cada caso será feita de forma rotativa entre cada grupo profissional.
- Tempo de apresentação do caso: ____ minutos.
- Após a apresentação do caso, cada terapeuta de referência dá o seu parecer.
- No final é feita a discussão em grupo e definido o plano de intervenção.

Bibliografia

Alberta Health Services (2020). Enhancing Concurrent Capability (ECC) Toolkit.
<https://www.albertahealthservices.ca/info/Page14889.aspx>

Australia Government (2013). Department of Health. Multidisciplinary case conferences.
<https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mbsprimarycare-caseconf-fact-sheet.htm>

Horlait M, Baes S, Dhaene S, Van belle S, Leys M. (2019). How multidisciplinary are multidisciplinary team meetings in cancer care? An observational study in oncology departments in Flanders, Belgium. J Multidiscip Healthc.12:159-167.

New York State (2022). Department of Health. Case Coordination and Case Conferencing
https://www.health.ny.gov/diseases/aids/providers/standards/casemanagement/case_coordination_conferencing.htm

Raine R, Xanthopoulou P, Wallace I, et al.(2014). Determinants of treatment plan implementation in multidisciplinary team meetings for patients with chronic diseases: a mixed-methods study. BMJ Qual Saf. ;23(10):867-76.

1.1. UC San Diego (2022). Overview and General Information about Oral Presentation
<https://meded.ucsd.edu/clinicalmed/oral.html>

**Equipa Técnica Especializada de Tratamento - C.R.I
Conferência de Caso**



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Nome: Idade: N.º processo:		Medicina	Psicologia	Enfermagem	Serviço Social
		Médico:	Terapeuta:	Enfermeiro:	Assistente Social:
História:	Problemas identificados				
	Objetivos a atingir				
	Plano de intervenção				
Objetivos da Pessoa:					
Recursos:	Indicadores de avaliação				

APÊNDICE 3

Reflexões críticas sobre o estágio I

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



6.º Mestrado em Associação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Instituto Politécnico de Setúbal

Junho de 2021/2022

Enfermeiro Orientador: Enfermeira S.

Discente: Luis Soares

Reflexão 1 estágio I

Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Setúbal (ETET)

Centro de Resposta Integradas

Terminei o curso de Licenciatura em Enfermagem em Junho de 2002. O que significa que passaram 20 anos desde a minha última experiência de estágio. Durante este período exerci funções exclusivamente em contexto hospitalar, pelo que encarei o início do estágio I com foco na comunidade com muito interesse e alguma ansiedade. Desde o início do curso de mestrado que tenho sentido a vantagem de ser exposto a outras perspetivas da profissão. Readquiri parte do espírito crítico e de análise da minha ação e dos outros à minha volta, que considerava estar ausente nos últimos anos, fruto de estar no mesmo local de trabalho há muito tempo. Para conseguir ter uma visão mais aprofundada da profissão, das equipas multidisciplinares onde estamos inseridos e do próprio sistema de saúde, é mesmo fundamental sair da zona de conforto e estar exposto a outras realidades. A área da Saúde Mental e Psiquiátrica sempre foi a minha área de eleição, mesmo apesar de estar num serviço de Especialidades Médicas. Acredito que em cada serviço há sempre focos que precisam ser atendidos pelas competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), e tenho vindo a confirmar esta convicção ao longo do curso. Foi com essa visão que iniciei esta experiência: verificar quais as competências que o EEESMP coloca em prática na ETETS para que as possa desenvolver também. Antes de começar o estágio enumerei várias premissas:

- Regresso a um contexto de estágio, agora como profissional com 20 de anos de experiência e ao mesmo tempo como aluno de mestrado;

- Regresso a um contexto de cuidados de saúde na comunidade, onde apenas tinha estado enquanto estudante da licenciatura;
- Contacto com a temática dos comportamentos aditivos com a qual também não tinha tido qualquer experiência.

Fui muito bem recebido no local de estágio e senti um serviço muito acolhedor, disponível e habituado a receber alunos. Após a primeira semana de integração, fiquei com uma ideia geral do funcionamento da equipa multidisciplinar e da equipa de enfermagem mais em pormenor. A maior dificuldade que senti nas primeiras semanas foi em aprofundar os conhecimentos dentro da área por ao mesmo tempo estar a terminar 2 trabalhos de avaliação para outras 2 unidades curriculares. Após a conclusão dos mesmos, consegui avançar para o estudo teórico necessário e consegui entender e enquadrar melhor a ação da Enfermeira Orientadora e restante equipa.

Os utentes que são acompanhados na ETET, na sua grande maioria no programa de manutenção opióide, passam muito pouco tempo dentro da unidade. O contacto com a equipa de enfermagem é feito no momento da toma e entrega da medicação, pelo que essa micro-interação se revela essencial para a avaliação da pessoa. Esta foi para mim uma grande descoberta, pois foi possível presenciar e observar a ação de cada profissional que é feita sempre com muito critério. No meu contexto profissional, com o utente internado, há mais tempo para esta avaliação. No entanto, é sempre uma avaliação condicionada, a pessoa está retirada temporariamente do seu dia-a-dia e, muitas vezes, está numa situação aguda da sua doença, com uma alteração repentina da sua capacidade de autonomia para as atividades de vida diária e não é possível conhecer a pessoa noutro contexto, como é que funciona habitualmente. Essa foi a primeira grande diferença que senti ao acompanhar os cuidados feitos ao utente com os comportamentos aditivos. Quando o utente chega à unidade é possível formar uma imagem do que é habitualmente o seu dia. É possível avaliar o cuidado que tem com a sua higiene e com a sua aparência geral, se se apresenta sereno, ou agitado e ansioso. Se está sempre com pressa ou está apenas a evitar as perguntas da enfermeira. Se se senta e está disponível para conversar, ou se responde apenas com monossílabos e quer logo sair. Considero que este exercício que é efetuado diariamente no programa de manutenção opióide é um ótimo treino para o raciocínio clínico em que temos que estar preparados para recolher o máximo de informação possível num curto espaço de tempo, ter muito critério nas perguntas que são feitas, e, proceder na mesma interação, a intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente em ações psicoeducativas. É também a partir desta avaliação num curto espaço de tempo que se detetam outras necessidades da pessoa e se marcam consultas de enfermagem onde há mais tempo para uma intervenção mais longa, ou que também se encaminham para os outros técnicos da equipa multidisciplinar, caso seja necessário.

Já por várias vezes tive utentes internados no meu serviço que eram acompanhados pela ETET e era feita a articulação para a distribuição das tomas. Nunca tinha imaginado todo o trabalho de



acompanhamento que é feito pela equipa, para além da preparação da medicação. Como referi anteriormente, no meu trabalho tenho mais tempo para conhecer a pessoa num determinado turno, ou durante parte do internamento. Mas muitas vezes este é um conhecimento limitado porque, não chega a haver oportunidade para o estabelecimento de uma relação. Com os utentes da ETET percebi que muitos deles, que já são acompanhados há muito tempo, conseguiram efetivamente estabelecer uma relação terapêutica com os elementos da equipa de enfermagem, em que se sentem à vontade para descreverem o que sentem e de que ajuda precisam. Foi útil para perceber que é preciso tempo para o estabelecimento da relação, mas que ela é possível e é eficaz. Muitos dos utentes que já conheci e acompanhei com a enfermeira orientadora conseguiram recuperar a sua vida de relação e manter-se funcionais em sociedade com empregos estáveis. Foi muito importante também conhecer o caso de um utente que foi acompanhado durante muitos anos na ETET e que a Enfermeira Helena ter referido ter uma relação muito forte com o mesmo e de eu ter acompanhado esta pessoa também durante vários meses no meu serviço. Foi uma mais valia ficar com a perspetiva do funcionamento do sistema e dos recursos existentes que funcionaram nesta situação e que também fiz parte do mesmo. é por vezes com estes exemplos que ficamos com uma visão mais alargada e sustentada de todo o funcionamento da rede de cuidados.

Vivo e trabalho na mesma cidade desde sempre. Tenho consciência de que, pelo facto de ter conhecido muitas pessoas ao longo do meu percurso, a probabilidade era grande de encontrar alguém na qualidade de utente da ETET. Antes de iniciar o estágio causou-me alguma apreensão por não saber como iria reagir alguém que me conhecesse, se tivesse que partilhar a informação da sua dependência comigo. Até agora ainda não aconteceu, mas o facto de ter discutido esta questão com a enfermeira orientadora, tranquilizou-me e fiquei certo de que, se de facto ainda acontecer, serei muito claro em explicar à pessoa qual é o meu papel na unidade, a minha obrigação de confidencialidade, e que estaria igualmente disponível para ajudar a pessoa se assim ela o entender. De todos os casos que já acompanhei é possível perceber que os comportamentos aditivos estão muito próximos de cada um de nós, e não estamos totalmente imunes aos mesmos. Muitas vezes são razões circunstanciais que levam ao início do comportamento e, pela descrição de muitos dos utentes, a dificuldade em eliminá-los é muito grande, o que está de acordo com a literatura que descreve a fisiopatologia dos comportamentos aditivos, em que no caso dos opióides acontece mesmo alterações das estruturas neuronais e que, para que haja um sucesso duradouro na recuperação da pessoa, a intervenção farmacológica tem que sempre de ser acompanhada pela intervenção psicoterapêutica, evitando recaídas.

Também tem sido proveitosa a presença nas reuniões de equipa multidisciplinares, para relembrar a sua importância e também porque é algo que nunca é feito no meu serviço, onde as equipas funcionam de forma muito isolada e a comunicação entre as mesmas é muito deficitária.



Até agora, os momentos de maior aprendizagem foram durante as consultas de enfermagem que fiz com a enfermeira orientadora. Primeiro ao observar a Enfermeira a conduzir as duas entrevistas em que fui participando pontualmente, e depois nas outras duas que conduzi, onde senti que coloquei em prática muito do conhecimento que obtive nas Unidades Curriculares de Relação de Ajuda e de Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica. Pensava inicialmente que iria ter muito mais dificuldade nesta ação. O local e o ambiente foram preparados de forma adequada. Os passos da entrevista foram todos seguidos. A clareza da proposta apresentada à pessoa, a necessidade de esclarecimento do tempo de estágio; a garantia de confidencialidade, o ambiente acolhedor para estabelecimento de confiança. A demonstração de interesse, o manter-me calmo mantendo também o contacto visual. A técnica de exploração para maior colheita de dados e esclarecimento do pedido de ajuda. O toque, a motivação e validação dos recursos da pessoa, demonstrando a partir das suas palavras que tem realmente recursos para recuperar. Os pedidos de clarificação, repetindo e/ou reformulando as ideias expressas pelo utente para confirmar se a ideia estava correta. A prestação de apoio emocional e o estabelecimento de contrato para as sessões seguintes.

Sinto-me cada vez mais integrado na equipa e nas dinâmicas do serviço, consigo imaginar que seria um local onde gostaria de trabalhar no futuro. Até agora não houve nenhuma situação com nenhum utente que sentisse que pudesse condicionar a minha ação, alguma forma de estar, alguma personalidade que prejudicasse a minha avaliação, o meu julgamento, tendo conseguido estabelecer uma boa relação com todos eles. Ainda assim, faço um exercício mental em cada dia de estágio para a tomada de consciência de como me estou a sentir, e penso que isso tem contribuído para, logo à partida, evitar que algum fator me influencie e também para melhorar a minha ação. Penso que também os momentos de diálogo com a enfermeira orientadora têm sido muito elucidativos e favorecedores da aprendizagem e do desenvolvimento de competências.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



6º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO 2021-2022

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

REFLEXÃO 2 SOBRE O ESTÁGIO I

Equipa Técnica Especializada de Tratamento

Centro de Respostas Integradas

Docente orientadora: Prof. Lucília Nunes

Enfermeira orientadora: Enf.^a S.

Discente: Luis soares

Julho, 2022

Encarei o início do estágio I na comunidade com muito interesse e alguma ansiedade. Desde o início do curso de mestrado que tenho sentido a vantagem de ser exposto a outras perspetivas da profissão. Readquiri parte do espírito crítico e de análise, quer da minha ação, quer dos outros à minha volta, que considerava estar ausente nos últimos anos, fruto de estar no mesmo local de trabalho há muito tempo. Para conseguir ter uma visão mais aprofundada da profissão, das equipas multidisciplinares onde estamos inseridos e do próprio sistema de saúde, é mesmo fundamental sair da zona de conforto e estar exposto a outras realidades. A área da Saúde Mental e Psiquiátrica sempre foi a minha área de eleição, mesmo apesar de estar num serviço de Especialidades Médicas. Acredito que em cada serviço há sempre focos que precisam ser atendidos pelas competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), e tenho vindo a confirmar esta convicção ao longo do curso.

Terminei o curso de licenciatura em enfermagem em Julho de 2002, o que significa que passaram 20 anos desde a minha última experiência como aluno em estágio. Com tanto tempo de experiência profissional, foi difícil no início reverter a minha posição para uma de apenas aprendizagem, mesmo que num contexto diferente, agora como aluno de mestrado, onde é esperado que tenha uma visão crítica sobre tudo o que é observado, e onde não é esperado que tenha a mesma autonomia e que proceda a intervenções que vão para além das que habitualmente são realizadas pelo enfermeiro orientador. Compreendi que há determinadas competências que são transversais a cada contexto profissional, mas que, na chegada e adaptação a um novo local, e no contexto de aprendizagem, não é possível apresentar o mesmo nível de perito (Benner, 2001) que apresento no meu local de trabalho, nem é esse o objetivo, para além do estágio I ser um estágio relativamente curto. Após todo o conhecimento adquirido durante as várias Unidades Curriculares (UC), comecei por desenvolver um projeto de estágio demasiado focado naquilo que desejava aprender e nas competências que pretendia desenvolver, em vez de explorar melhor quais as oportunidades de aprendizagem que o campo de estágio oferecia. Acabei por formular um novo projeto mais adaptado à realidade que encontrei, o que me permitiu observar também melhor quais as competências que a Enfermeira Orientadora utiliza no seu desempenho na Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET). Foi uma aprendizagem que irei colocar em prática no início do estágio II e formulação do respetivo projeto.

O facto de este ter sido um estágio na comunidade foi particularmente interessante, pois melhorou a minha perceção, quer a nível:

- Individual - Em contexto hospitalar a pessoa de quem estou a cuidar está num contexto desconhecido e está numa fase aguda da sua doença, pelo que nunca é possível perceber como é que funciona no seu dia-a-dia;
- Sistema - de como os serviços se articulam para dar resposta às diferentes necessidades da mesma pessoa.

Isto foi particularmente visível quando, em reunião com a equipa de enfermagem, foi possível identificar casos de utentes que eram acompanhados na ETET que depois estiveram internados no meu serviço e de quem também tive a oportunidade de cuidar. A articulação que é feita entre os serviços resume-se habitualmente aos pedidos de metadona e a ETET não é encarada como recurso para a resolução de outros problemas e/ou para obtenção de mais informações relevantes. Tenho agora a certeza que, no futuro, perante as mesmas situações, irei contar com a ETET como um recurso efetivo de quem acompanha de forma multidisciplinar estas pessoas e em que os elementos de referência mantêm relações terapêuticas aprofundadas e que poderá ser fundamental para a prestação de melhores cuidados no internamento e uma melhor preparação para a alta.

Foi também uma oportunidade para aprofundar os conhecimentos sobre os comportamentos aditivos. Entendi a comorbilidade que existe entre as adições e outras perturbações da saúde mental, que estão fortemente ligadas e que se influenciam mutuamente. Inicialmente pensei que iria ter oportunidade de acompanhar utentes com diferentes tipos de comportamentos aditivos, com e sem substância, de modo a enriquecer a minha experiência. A verdade é que, apesar da maioria dos utentes ter uma primeira consulta de enfermagem quando começa a ser seguido na ETET, apenas as pessoas com dependência de opióides têm um acompanhamento efetivo por parte da equipa de enfermagem. Pontualmente são feitas consultas de enfermagem a pessoas com dependência de álcool, a partir da articulação que é feita com a psicóloga de referência para algum tipo de ensino - acompanhei a enfermeira orientadora em duas destas consultas, onde o objetivo principal era a psicoeducação para uma alimentação adequada, mas que felizmente foi possível progredir para a exploração de outras dificuldades que a pessoa sentia, ajudando-a no processo de transição para a sua reabilitação, identificando recursos internos e motivando-a para a mudança de estilos de vida.

Foi possível identificar em muitas pessoas acompanhadas no Programa de Manutenção Opióide (PMO) que as alterações no equilíbrio da sua saúde mental, foram o gatilho para o início da sua dependência e para os episódios de recaídas. Por várias vezes os utentes descreveram momentos de grande stress emocional, de grande ansiedade, de conflitos familiares, como motivadores dos seus consumos, onde procuraram uma sensação de “alienação”, de “refúgio”. A grande questão é, perante a mesma exposição, porque motivo algumas pessoas ficam dependentes e outras não. Não existe uma resposta simples e direta a esta questão - continua a ser feita muita investigação neste sentido, como acontece no National Institute of Drug Abuse nos Estados Unidos, como refere a sua diretora neste vídeo:

[Dr. Volkow Explains the Basics of Drugs & Addiction](#)

Mas a partir de toda a evidência já existente e que referi no estudo de caso apresentado, quantos mais fatores de risco e menos fatores de proteção a pessoa tiver, maior a probabilidade



da pessoa desenvolver uma perturbação por dependência de substâncias. Isto levou-me a refletir bastante sobre a proximidade dos comportamentos aditivos para cada um de nós. Que a relação de cada um com as substâncias não está assim tão longe de quem acaba por desenvolver uma dependência. A diferença por vezes pode mesmo ser o tipo de substância, que quanto maior a sua característica aditiva e quanto maior a sua capacidade transformadora dos mecanismos neuronais, maior a dificuldade da pessoa em ter controle sobre o seu uso. Tomei consciência do meu consumo de café. Bebo 2 cafés por dia. Sei que se interromper o meu consumo, no final do dia tenho uma cefaleia intensa e tenho que de imediato repor a dose de cafeína habitual. Não condiciona o meu funcionamento social, pessoal e profissional e sinto que tenho controle sobre a substância, mas, ainda assim, não produz o efeito que produzia nos primeiros tempos que comecei a consumir café, e tenho muita dificuldade em deixar de beber. Esta tomada de consciência contribuiu para formar uma empatia maior com as pessoas com dependência que ainda sofrem de uma grande estigmatização e exclusão social. Também o facto de ter tido um maior insight de como as substâncias chegam às pessoas, de como muitas vezes são aliciadas com ofertas por parte dos traficantes e de como a adulteração das próprias drogas é uma realidade cada vez mais alarmante, me levou a concluir que estas pessoas são sobretudo vítimas, reconhecendo também que é esperado do EEESMP que atue na redução do estigma associado, promovendo a inclusão social destas pessoas.

Fui muito bem recebido no local de estágio e senti um serviço muito acolhedor, disponível e habituado a receber alunos. Após a primeira semana de integração, fiquei com uma ideia geral do funcionamento da equipa multidisciplinar e da equipa de enfermagem mais em pormenor. O acompanhamento diário que fiz do programa de manutenção opióide permitiu-me observar duas competências que os elementos da equipa de enfermagem têm sempre presentes:

- Quando o utente entra no gabinete de enfermagem para efetuar a toma presencial da metadona e receber as doses programadas para o domicílio, é feita uma avaliação global da pessoa naquela micro-interação. É possível avaliar o cuidado que tem com a sua higiene e com a sua aparência geral, se se apresenta sereno, ou agitado e ansioso. Se está sempre com pressa ou está apenas a evitar as perguntas da enfermeira. Se se senta e está disponível para conversar, ou se responde apenas com monossílabos e quer logo sair. Considero que este exercício é um ótimo treino para o raciocínio clínico em que temos que estar preparados para recolher o máximo de informação possível num curto espaço de tempo, ter muito critério nas perguntas que são feitas, e, proceder na mesma interação, a intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente em ações psicoeducativas. É também a partir desta avaliação num curto espaço de tempo, que se detetam outras necessidades da pessoa e se marcam consultas de enfermagem onde há mais tempo para uma intervenção mais longa, ou que também se encaminham para os outros técnicos da equipa multidisciplinar, caso seja necessário. De acordo com Benner (2001) esta

prática configura-se no nível de especialista onde há uma habilidade altamente apurada para combinar habilidades técnicas e existenciais para soluções inovadoras para os problemas clínicos. Foi muito enriquecedor poder ver em ação esta competência e perceber a sua eficácia, mas que só é possível por já estar subjacente outra intervenção de enfermagem - a relação de ajuda;

- A maioria dos utentes no programa de manutenção opióide são acompanhados há vários anos pela equipa de enfermagem, pelo que foi possível constatar o nível de relação de confiança que muitos deles têm com o seu enfermeiro de referência. Isto foi bastante manifesto quando acompanhei a Enfermeira H. - coordenadora da equipa de Enfermagem. Muitos utentes, assim que percebiam que era a Enfermeira H. que estava no gabinete, ficavam de imediato muito mais disponíveis para conversar e para transmitir as suas necessidades. Foi possível entender que era a relação estabelecida de há vários anos que permitia esta abertura, e que esta abertura era fundamental para se poder clarificar as necessidades de cada um e poder intervir de imediato. Isto vai ao encontro de toda a aprendizagem que fiz na UC de Relação de Ajuda, onde foi demonstrado que a mesma é um instrumento terapêutico (Peplau, 1952) e que num processo colaborativo, o enfermeiro é capaz de promover na pessoa a força necessária para o seu crescimento e maturação (Phaneuf, 2005).

O modelo de organização dos cuidados na ETET pressupõe a existência de um gestor de caso. Este papel fica habitualmente atribuído à psicóloga que acompanha o utente. A otimização deste modelo foi feita há cerca de 3 meses e passou a incluir um profissional de referência de cada área profissional. De acordo com a Enfermeira S., esta alteração era algo que já vinha a reivindicar há vários anos. A articulação entre os vários grupos profissionais e a definição das intervenções de cada grupo profissional era algo que também tinha interesse em verificar como é que se procedia neste serviço. As reuniões multidisciplinares semanais são conduzidas pela diretora do serviço - Dra. D., onde são dadas informações gerais na primeira parte. Na segunda parte é feita a distribuição de novos utentes e discutidos alguns casos pertinentes. A percepção com que fiquei foi que esta discussão de casos era feita de forma pouco estruturada e que não ficava clara a ação de cada profissional para dar resposta a determinadas necessidades. Foi por esse motivo que sugeri e apresentei na última reunião em que estive presente, um novo documento de apoio para as conferências de caso, de modo que ficasse explícito os problemas identificados e as intervenções propostas por cada profissional. O feedback da equipa foi positivo relativamente a este novo documento, considerando que era pertinente, perante o modelo recentemente adotado do profissional de referência de cada área. Ainda assim, percebi que ainda há muito caminho pela frente na afirmação e demonstração do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica junto da restante equipa multidisciplinar. Exemplo disto foi quando, em visita à consulta de adolescentes da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

no Instituto Português da Juventude, reuni com a Psicóloga responsável que pertence à ETET e que faz esta consulta, lhe questionei sobre que tipo de articulação que faz com a enfermeira S. na mesma, ao que me respondeu que apenas pede o seu apoio quando é necessário fazer algum despiste de consumos, não contando com a sua contribuição para outras áreas. Esta visita permitiu-me ficar com uma ideia da realidade atual dos comportamentos de risco mais habituais nos jovens, como são referenciados e porque motivos, percebendo que, a partir da opinião e experiência da Psicóloga, que muitos dos problemas que surgem estão relacionados com dinâmicas familiares muito disfuncionais e que o foco da sua ação está sempre na família e no envolvimento desta na resolução dos problemas identificados. Presenciei ainda por uma vez a reunião mensal de intervenção desta consulta, em que foram discutidos alguns casos acompanhados e em que também fiquei com a perceção que, apesar dos vários elementos darem os seus contributos para a discussão, a mesma beneficiaria de um modelo mais estruturado.

Particpei em 2 reuniões online que me deram uma visão mais alargada de todo o trabalho que é efetuado pela Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), nomeadamente:

- Reunião clínica mensal da DICAD, onde estão presentes elementos de Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento de várias unidades da área de Lisboa e Vale do Tejo;
- Reunião da equipa de Redução de Riscos e Minimização de Dados para preparação da intervenção no evento Rock in Rio, da qual faz parte a enfermeira S.

Assisti ainda a webinars sobre:

- Salas de consumo na Europa, promovido pelo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction;
- Fenómeno de sexting, promovido pela Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Almada;

que consolidaram ainda mais os meus conhecimentos na área.

A minha integração na equipa foi feita de forma paulatina, também condicionado pela interrupção a que fui obrigado devido à necessidade de isolamento. Nas últimas 2 semanas de estágio senti-me bem integrado e tive a oportunidade de assegurar o acompanhamento das pessoas com dependência opióide no programa de manutenção opióide em vários turnos. Foi um desafio exigente porque o facto da maioria das pessoas já terem uma relação de confiança com a enfermeira orientadora, significava que quando entravam no gabinete dirigiam-se naturalmente para quem conheciam, tendo eu que encontrar sempre o momento certo para tomar a iniciativa e conduzir a interação, o que se revelou num exercício exigente mas que me permitiu algum treino nesta capacidade.

Os momentos de maior aprendizagem aconteceram quando tive a oportunidade de conduzir 2 entrevistas clínicas com dois utentes diferentes. Durante as aulas de Relação de Ajuda e de Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica foi surgindo a dúvida se, aquilo que estava



a ser aprendido em contexto simulado poderia ser transposto para o contexto real e se a minha ação iria ser positiva para a pessoa. Pensava inicialmente que iria ter muito mais dificuldade nesta ação. Fiz a preparação das entrevistas de acordo com a aprendizagem que foi feita. O local e o ambiente foram preparados de forma adequada. Os passos da entrevista foram todos seguidos. A clareza da proposta apresentada à pessoa, a necessidade de esclarecimento do tempo de estágio; a garantia de confidencialidade, o ambiente acolhedor para estabelecimento de confiança. A demonstração de interesse, o manter-me calmo, mantendo também o contacto visual. A técnica de exploração para maior colheita de dados e esclarecimento do pedido de ajuda. O toque, a motivação e validação dos recursos da pessoa, demonstrando a partir das suas palavras que tem realmente recursos para recuperar. Os pedidos de clarificação, repetindo e/ou reformulando as ideias expressas pelo utente para confirmar se a ideia estava correta. A prestação de apoio emocional e o estabelecimento de contrato para as sessões seguintes. Uma dessas entrevistas foi feita com uma utente que tinha manifestado estar sobre uma grande tensão emocional, tendo sido marcada a consulta a partir da identificação deste problema. Durante a consulta foi dada oportunidade para que pudesse exprimir os seus sentimentos, promovendo uma escuta ativa, ao que mostrou disponível e confortável para tal. Depois efetuei a intervenção psicoterapêutica de relaxamento aprendida nas aulas do Prof. Lino na Unidade Curricular de Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica, em que posteriormente a pessoa revelou ter sido muito eficaz e sentir-se mais calma. Infelizmente, as 2 pessoas a quem realizei a entrevista clínica acabaram por não comparecer às segundas consultas que tinham sido marcadas.

Foi possível verificar que a missão da ETET de promover a reabilitação da pessoa com comportamentos aditivos com ou sem substância psicoativa, envolvendo a família, tem sido eficaz. Constatei esta realidade através da observação de utentes que são acompanhados há bastante tempo e que conseguem desenvolver as suas habilidades pessoais, lidar com os stressés da vida, e que trabalham de forma produtiva. É visível que o programa funciona para a recuperação da pessoa e do seu equilíbrio, reinserindo-a socialmente e no seu contexto familiar. Ficou claro também que o papel da equipa de enfermagem e do EEESMP é fundamental nesta recuperação e manutenção de bem-estar, que as relações terapêuticas desenvolvidas são de elevado valor para esta equação. Vários utentes chegaram a verbalizar esta importância, dizendo que as enfermeiras se “preocupam muito com eles e que isso faz toda a diferença”.

Em nenhum momento senti qualquer constrangimento na abordagem às pessoas que são acompanhadas pela ETET, nem houve qualquer fenómeno de transferência. Não senti que houvesse qualquer interferência com o meu sistemas de valores, mas tive sempre presente esta necessidade de questionar-me de como me estaria a sentir, para ter sempre presente uma boa consciência de mim e do que estava a acontecer. Antes de começar o estágio e por viver e trabalhar em Setúbal desde sempre, tinha alguma apreensão de como poderia reagir alguém

que me conhecesse e que fosse utente, se tivesse que partilhar a informação da sua dependência comigo. Não chegou a acontecer, mas o facto de ter discutido esta questão com a enfermeira orientadora, tranquilizou-me e fiquei certo de que, se tivesse acontecido teria sido muito claro em explicar à pessoa qual era o meu papel na unidade, a minha obrigação de confidencialidade, e que estaria igualmente disponível para ajudar a pessoa se assim ela o entender.

Este foi um ano particularmente exigente para mim, em que acredito ter tido um grande crescimento pessoal e profissional que procurei colocar em prática neste estágio I. Adquiri um melhor conhecimento de mim mesmo e percebi a forma como os fatores circunstanciais podem interferir na relação terapêutica, pelo que estou convicto que estarei melhor preparado para o início do estágio II.

BIBLIOGRAFIA

Benner, P. (2001). De iniciado a perito (AA Queirós, B. Lourenço, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original inglês From novice to expert, 2001, SI,

Peplau H. Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing. New York: G.P. Putnam; 1952.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Loures, Lusociência.



APÊNDICE 4

Plano de sessão de grupo

6. Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Estágio Final
U.I.D.A.

Plano de Sessão de Grupo

Feitas entrevistas individuais a cada pessoa, avaliado estado de cognição e nível de ansiedade a partir das escalas MMSE e Hamilton respetivamente, estando todos com critérios de inclusão para participar na atividade.

Foco: Ansiedade

Intervenção: na ansiedade (também se irá intervir na sua capacidade de autocontrolo)

Data: 02.12.2022 Hora: 12H Duração: 30 min.

Equipa: Enf.º Luis e Enf.ª C.

Atividade: Musicoterapia + Alongamentos corporais + Exercícios Respiratórios

Objetivos	Recursos	Descrição
Redução da ansiedade Promover escuta ativa Promover sensação de bem-estar Proporcionar ambiente calmo e relaxado Promover distração Como mediador expressivo proporcionar a partilha de emoções Introduzir técnicas de relaxamento respiratório Educar para as técnicas de autocontrolo na ansiedade	Enfermeiros, Espaço Físico (sala ECT, Leitor de música: música calma de relaxamento)	A Sala de ECT será preparada de modo a que fique menos luz e um ambiente tranquilo para a CV. Será colocada a música definida pelo enfermeiro. Serão indicados alongamentos corporais+ exercícios respiratórios para realizar ao mesmo tempo que ouvem a música.

Passos da sessão:

Passo	Objetivos	Descrição	Du- ra- ção	Método	Recurso
introdução	Apresentação os elementos dinamizadores, Definir normas da sessão o tema e a sua pertinência	Na sala indicada é criado ambiente confortável com luz adequada A sessão tem tempo definido e a escolha das músicas não é opcional	5 min	Expositivo	
Aquecimento	Ensino da técnica respiratória e suas vantagens e da musicoterapia e suas vantagens		5 min.	Expositivo/ativo	
Desenvolvimento	Promover a consciencialização do grupo sobre o seu processo de respiração; Aprender a técnica de relaxamento para utilizar no dia-a-dia	é proposto o grupo acompanhe as indicações dadas ao nível das mobilizações e dos movimentos respiratórios	15 min	expositivo/ativo	Coluna, Leitor,
Partilha	Refletir sobre o momento Encorajar a partilha	Partilhar o que experienciou durante a atividade	5 min	activo	
Avaliação	Avaliar o resultado da sessão	Agradecer a participação Incentivar para próxima sessão			

GUIA DA SESSÃO DE GRUPO (Sequeira et al., 2020)

Introdução

Fazer a apresentação do enfermeiro e do projeto.

Informar que se surgir algum desconforto durante a sessão, o participante deve parar e comunicar ao enfermeiro. Pedir para descrever os sintomas que podem estar associados a hiperventilação (p.ex. tonturas, dores de cabeça, perturbação visual, formigueiros, dores no peito, palpitações, entre outras), para ajustar o exercício, no ritmo e na intensidade e que caso aconteça, informa que deve parar o exercício e descansar.

Aquecimento

Enunciar os objetivos e as vantagens da técnica:

- melhoria significativa na redução dos níveis de ansiedade,
- redução do uso de medicação,
- melhoria do autocontrole, capacidade de depois realizar a técnica de forma autónoma
- remissão dos sintomas relacionados com as PA

Desenvolvimento

Coloquem-se numa posição o mais confortável possível. Fechar os olhos e concentrem a vossa atenção na vossa respiração... Sintam a respiração tranquila... Inspirar profunda e suavemente pelo nariz e expirar tranquilamente pela boca... inspirem... expirem...(repetir 3 vezes)... Agora coloquem as mãos, uma de cada lado apoiadas no colo, com as pontas dos dedos afastada uns centímetros. Sintam o corpo a ficar mais relaxado à medida que o ar entra, e deixem o ar sair naturalmente... ao ritmo de cada um. De seguida imaginem que com o ar que vão expirando, vão brincando com a chama de uma vela, sem que ela se apague. Agora imaginem-se num local tranquilo muito confortável no exterior, deitados na relva ou na areia da praia. Reparem no que acontece por debaixo das vossas mãos quando respiram, ao vosso ritmo natural... Quando o ar entra sentem uma brisa nas mãos, depois nas pernas e depois em todo o corpo... uma brisa agradável, quente, confortável.... Agora, coloquem os braços ao longo do corpo ou poísem as mãos suavemente sobre o abdómen... concentre-se no vosso ritmo respiratório, calmamente sem o tentar alterar... Tomem nota como a parte superior da vossa barriga expande e quando o ar sai... reparem como se vai afundando. Imaginem um balão dentro da vossa barriga. Quando o ar entra (inspira), viaja para dentro e enche o balão, fazendo com que barriga dilate... quando o ar sai (expira), o balão esvazia-se e a barriga recolhe (4 minutos) Por fim, ouçam o som que a vossa respiração faz, sem alterar o padrão normal, calmamente... O corpo está livre de qualquer desconforto, de qualquer tensão. Quando o ar sai, saem também todas as tensões i.... Imaginem elas a saírem suavemente em cada expiração... e agora imaginem que todas as vezes que deixam o ar entrar, estão a inspirar paz, um bocadinho por cada inspiração... expire tensão... inspirar paz... e respirar calmamente... sentindo a paz a chegar a todo o corpo também... mantendo sempre a vossa respiração normal. (4 minutos) Sentem-se muito bem e sabem que... quando abrirem os olhos... vão continuar a sentir-se muito bem... em paz e tranquilos... livres de qualquer desconforto... sentem-se agora a acordar e podem começar a espreguiçar-se.... acordam... e sentem-se agora muito bem.

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

INSTRUÇÕES		CONCENTRAÇÃO				CAPACIDADE EM RELAXAR					
cum-pre	dificuldade em cumprir	muito difícil	di-fi-cil	ra-zoável	ele-vada	ador-mece	sinais de tensão muscular	movimentos constantes de vá-rias partes do corpo	frequência respi-ratória progressi-vamente mais baixa	sinais de re-laxamento muscular	expressão facial tran-quila

QUESTIONÁRIO

1. Como é que se sentiu durante a atividade?
2. Como é que sente agora após a realização da atividade?
3. O que é que aprendeu?
4. Considera esta sessão uma atividade do seu interesse?
SIM
NÃO
5. Gostou do modo como foi realizada?
SIM
NÃO
6. Sentiu alguma dificuldades na realização da atividade?
SIM
NÃO
7. Considera que esta atividade lhe proporcionou momentos agradáveis e de relaxamento?
SIM
NÃO
8. A sensação de ansiedade manteve-se, aumentou ou diminuiu com a atividade?

APÊNDICE 5
Planos de sessões individuais

6. Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Estágio Final
U.I.D.A.

Plano de Sessão individual – 2.º Encontro

Após avaliação diagnóstica no primeiro encontro, a pessoa apresenta ansiedade moderada ou grave.

Foco: Ansiedade

Intervenção: na ansiedade (também se irá intervir na sua capacidade de autocontrolo)

Data: 13.10.2022 Hora: 10H Duração: 30 min.

Equipa: Enf.º Luis e Enf.ª M.

Atividade: Musicoterapia + Alongamentos corporais

Objetivos	Recursos	Descrição
Redução da ansiedade Promover escuta ativa Promover sensação de bem-estar Proporcionar ambiente calmo e relaxado Promover distração como mediador expressivo proporcionar a partilha de emoções Introduzir técnicas de relaxamento respiratório Educar para as técnicas de autocontrolo na ansiedade	Enfermeiros, Espaço Físico (sala de refeições), Cadeiras, Papel Vegetal, Adesivo, Coluna, Leitor de música: calma, de ritmo lento e melodia agradável, apaziguadora	A Sala de refeições será preparada de modo a que os vidros fiquem tapados para o exterior para permitir maior privacidade e evitar distrações por parte da CV. Será colocada a música escolhida (calma e relaxante). Serão indicados exercícios respiratórios e de alongamentos para a pessoa realizar ao mesmo tempo que ouve a música.

PASSOS DA SESSÃO (Sequeira et al, 2020)

1.º Apresentação dos intervenientes e do projeto. Referir quais as vantagens da técnica Questionar como pessoa se sente.

2.º Ensinar técnica respiratória

3.º Mantendo a técnica respiratória, avançar para mobilizações vagarosas:

- movimento dos pés: fletir/estender
- movimento das pernas: afastar/juntar
- movimento das ancas: rodar lentamente
- movimentos dos braços: afastar/juntar. fletir/esticar
- movimentos do pescoço: rodar, para a frente/para trás/para esqda/para dta
- movimentos dos braços: para cima/para baixo/espreguiçar
- movimento rotativo de tronco com braços
- movimento tronco para baixo com braços esticados para tocar nos pés

4.º proporcionar momento para a pessoa partilhar como se sentiu durante o exercício e como se sente agora após o exercício. Aplicar questionário e preencher grelha de observação.

6. Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Estágio Final
U.I.D.A.

Plano de Sessão individual - 3.º encontro

Terceiro encontro com a pessoa que apresenta ansiedade moderada a grave

Foco: Ansiedade

Intervenção: na ansiedade, na capacidade de autocontrole da ansiedade

Data: 14.10.2022 Hora: 10H Duração: 30 min.

Dinamizador: Enf.º Luis e **co-terapeuta:** Enf.ª Z.

Atividade: Sessão de relaxamento com exercícios de respiração + imaginação guiada

Objetivos	Recursos	Descrição
Redução da ansiedade Promover escuta ativa Promover sensação de bem-estar Proporcionar ambiente calmo e relaxado Promover distração Como mediador expressivo proporcionar a partilha de emoções Introduzir técnicas de relaxamento muscular Educar para as técnicas de autocontrole na ansiedade	Enfermeiros, Espaço Físico (sala ECT, Cadeiras, Papel Vegetal, Adesivo, Coluna, Leitor de música: música calma de relaxamento	A Sala de ECT será preparada de modo a que fique menos luz e um ambiente tranquilo para a pessoa. Será colocada a música definida pelo enfermeiro. Serão indicados exercícios respiratórios e de relaxamento muscular para a pessoa realizar ao mesmo tempo que ouve a música escolhida

Passos da sessão:

Passo	Objetivos	Descrição	Du- ra- ção	Método	Recurso
introdução	Apresentação os elementos dinamizadores, Definir normas da sessão o tema e a sua pertinência	Na sala indicada é criado ambiente confortável com luz adequada A sessão tem tempo definido e a escolha das músicas não é opcional	5	Expositivo	
Aqueci- mento	Ensino da técnica respiratória e suas vantagens		5	Exposi- tivo/activo	
Desenvolvi- mento	Promover a consciencialização da pessoa sobre as técnicas de relaxamento; Aprender a técnica de relaxamento muscular para utilizar no dia-a-dia	é proposto a CV que se deite na cama e siga as orientações que irão ser dadas	15 min	exposi- tivo/activo	Coluna, Leitor, Cama
Partilha	Refletir sobre o momento Encorajar a partilha	Partilhar o que experienciou durante a atividade	5 min	activo	
Avaliação	Avaliar o resultado da sessão	Agradecer a participação Incentivar para próxima sessão			



Foque-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. A cada respiração deixe-se levar mais fundo, ficando o corpo cada vez mais relaxado e tranquilo. Relaxe e sinta a paz dentro de si... Liberte a sua mente e livre-se de todo o desconforto e de todas as complicações do mundo exterior. Enquanto respira, sinta a sensação de relaxamento a chegar aos músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, os músculos das costas...da barriga...dos braços...das pernas...e repare que a sua respiração está agora mais leve, mais espaçada e a sensação que tem...é de serenidade e de paz...que tem agora todo o corpo relaxado e a mente relaxada também. Concentre-se agora nos músculos da testa, esquecendo todos os outros do corpo que estão agora a dormir..... Enrugue a sua testa subindo-a para cima... sinta a forte tensão na ponta do nariz e à volta das sobrancelhas, agora pode relaxar lentamente...muito lentamente..., é como se os músculos se tivessem diluído, ficando agora completamente relaxados. Esforce-se para fazer um sorriso...e todos os músculos da face ficando tensos, muito tensos...agora...lentamente vá sentindo-os a relaxar...cada vez mais...até que se apagam e relaxam (Seguir os mesmos passos para todas as regiões do corpo: olhos, pescoço, pernas, braços, costas, peito, abdómen)

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Estágio Final
U.I.D.A.
Plano de Sessão individual - 4.º encontro

Quarto encontro com a pessoa que apresenta ansiedade moderada a grave

Foco: Ansiedade

Intervenção: na ansiedade (também se irá intervir na sua capacidade de autocontrolo)

Data: 16.10.2022 Hora: 10H Duração: 30 min.

Dinamizador: Enf.º Luis e **co-terapeuta:** Enf.ª M.

Atividade: Sessão de relaxamento com técnica de Jacobson + imaginação guiada

Objetivos	Recursos	Descrição
Redução da ansiedade Promover escuta ativa Promover sensação de bem-estar Proporcionar ambiente calmo e relaxado Promover distração Como mediador expressivo proporcionar a partilha de emoções Validar as técnicas de relaxamento respiratório abordadas e introduzir imaginação guiada Educar para as técnicas de autocontrolo na ansiedade	Enfermeiros, Espaço Físico (sala ECT, Cadeiras, Papel Vegetal, Adesivo, Coluna, Leitor de música: música calma de relaxamento	A Sala de ECT será preparada de modo a que fique menos luz e um ambiente tranquilo para a pessoa. Será colocada a música definida pelo enfermeiro. Serão indicados exercícios respiratórios e de imaginação guiada para a pessoa realizar ao mesmo tempo que ouve a música escolhida

Passos da sessão:

Passo	Objetivos	Descrição	Du- ra- ção	Método	Recurso
introdução	Apresentação os elementos dinami- zadores, Definir normas da sessão o tema e a sua pertinência	Na sala indicada é criado am- biente confortável com luz ade- quada A sessão tem tempo definido e a escolha das músicas não é opcional	2, 5 min	Expositivo	
Aqueci- mento	Validação da téc- nica respiratória		2,5	Exposi- tivo/activo	
Desenvolvi- mento	Promover a consciencialização da pessoa sobre a técnica; Aprender a téc- nica de relaxamento ima- ginação guiada para utilizar no dia-a- dia	é proposto à pessoa que se deite na cama e siga as orien- tações que irão ser dadas	20 min	exposi- tivo/activo	Coluna, Leitor, Cama
Partilha	Refletir sobre o momento Encorajar a parti- lha	Partilhar o que experienciou durante a atividade	5 min	activo	
Avaliação	Avaliar o resultado da sessão	Agradecer a participação Incentivar para próxima sessão			

GUIA DA SESSÃO

Coloquem-se numa posição o mais confortável possível. Fechar os olhos e concentrem a vossa atenção na vossa respiração... Sintam a respiração tranquila... Inspirar profunda e suavemente pelo nariz e expirar tranquilamente pela boca... inspirem... expirem...(repetir 3 vezes)... Agora coloquem as mãos, uma de cada lado apoiadas no colo, com as pontas dos dedos afastada uns centímetros. Sintam o corpo a ficar mais relaxado à medida que o ar entra, e deixem o ar sair naturalmente... ao ritmo de cada um. De seguida imaginem que com o ar que vão expirando, vão brincando com a chama de uma vela, sem que ela se apague. Agora imaginem-se num local tranquilo muito confortável no exterior, deitados na relva ou na areia da praia. Reparem no que acontece por debaixo das vossas mãos quando respiram, ao vosso ritmo natural... Quando o ar entra sentem uma brisa nas mãos, depois nas pernas e depois em todo o corpo...uma brisa agradável, quente, confortável.... Agora, coloquem os braços ao longo do corpo ou poísem as mãos suavemente sobre o abdómen... concentre-se no vosso ritmo respiratório, calmamente sem o tentar alterar... Tomem nota como a parte superior da vossa barriga expande e quando o ar sai... reparem como se vai afundando. Imaginem um balão dentro da vossa barriga. Quando o ar entra (inspira), viaja para dentro e enche o balão, fazendo com que barriga dilate...quando o ar sai (expira), o balão esvazia-se e a barriga recolhe (4 minutos) Por fim, ouçam o som que a vossa respiração faz, sem alterar o padrão normal, calmamente... O corpo está livre de qualquer desconforto, de qualquer tensão. Quando o ar sai, saem também todas as tensões i.... Imaginem elas a saírem suavemente em cada expiração... e agora imaginem que todas as vezes que deixam o ar entrar, estão a inspirar paz, um bocadinho por cada inspiração... expire tensão... inspirar paz...e respirar calmamente... sentindo a paz a chegar a todo o corpo também... mantendo sempre a vossa respiração normal. (4 minutos). Começa a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que tente, não consegue levantá-las do chão. As ondas vão chegando calmamente aos seus pés, às pernas, vão subindo pelo corpo...até que entra na água e começa a boiar à superfície de um mar tranquilo, o corpo está leve, tão leve que parece uma bóia em cima da água. A boiar nesta imensidão azul, o dia vai anoitecendo e agora é a luz da lua que ilumina o seu rosto , o único ruído que ouve é o ondular suave do mar e, ao longe, o som despreocupado dos mergulhos que mergulham alegremente. O tempo passa e a corrente vai arrastando o seu corpo levemente...já se sentem os primeiros raios de sol a aquecerem delicadamente o seu corpo, está a amanhecer...o mar leva-o devagarinho até à praia e deixa-o sobre a areia fina à beira-mar...continua de olhos fechados, a dormir suavemente, e à medida, que o sol vai aquecendo mais o seu rosto...começa



agora a despertar... mantendo a sua respiração tranquila, vai lentamente começando a sentir o peso do corpo a voltar até si, os músculos começam agora a funcionar novamente...e vai sentindo cada vez mais energia....Sente-se muito bem e sabe que...quando abrir os olhos...vai continuar a sentir-se muito bem...em paz e tranquilo...livre de qualquer desconforto..sente-se agora a acordar e pode começar a espreguiçar-se....acordou e sente-se agora muito bem.

APÊNDICE 6

Estudo de caso clínico Estágio II

Perturbação Afetiva Bipolar I

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



VI Curso de Mestrado em Enfermagem em associação

Unidade Curricular Estágio Final
2ºano/1º semestre

Perturbação Afetiva Bipolar I

Estudo de caso clínico

Docente: Prof. Paula Leal

Enfermeira Orientadora: M.

Discentes: Luís Soares
nº210531023

Setúbal, Janeiro de 2023

Ano letivo 2022/2023

ÍNDICE

Introdução

1- Enquadramento teórico

4

1.1 Perturbação Afetiva Bipolar

4

clxiv

1.2 Modelo de sistemas de Betty Neuman	6
2 - Apreciação clínica	7
2.1 Identificação	7
2.2 História de vida e de saúde	7
2.3 História de Doença Atual	8
2.4 Avaliação familiar	10
2.5 Exame Estado Mental	11
3 - Plano de cuidados	13
Conclusão	16
Referências Bibliográficas	17

Introdução

Este estudo de caso insere-se na aprendizagem do estágio final do 6.º curso de mestrado de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica em associação que decorre numa Unidade de

Internamento de Doentes Agudos de um Centro Hospitalar. Pretende-se demonstrar a aquisição de determinadas unidades de competência, nomeadamente:

- 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 um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

através da identificação dos problemas da pessoa e da família e da elaboração de um plano de cuidados. Com a elaboração deste estudo pretende-se ainda alcançar uma melhor compreensão da perturbação afetiva bipolar.

1.Enquadramento teórico

1.1- Perturbação Afetiva Bipolar

As perturbações afetivas bipolares (PAB) são classificadas ao longo de um espectro de perturbações depressivos unipolares a perturbações bipolares tipos II e I (Vieta et al, 2018).

A principal característica que separa as perturbações afetivas bipolares de outras perturbações afetivas é a presença de episódios maníacos ou hipomaníacos recorrentes que podem se alternar com episódios depressivos, com períodos livres de sintomas entre esses episódios (Saraiva et al, 2014). Qualquer dos dois tipos pode sobressair na mesma pessoa sendo a sua frequência bastante variável. Estes episódios podem ser graves, moderados ou leves e apresentam um impacto importante nas sensações, emoções, ideias e comportamento da pessoa afetada, com perda significativa de qualidade de vida e de autonomia. As flutuações de humor, de energia e de níveis de atividade interferem com todas as tarefas quotidianas (Van Bergen et al., 2019). A perturbação bipolar I é definida pela presença de episódios maníacos com uma variedade de manifestações, incluindo excesso de confiança, grandiosidade, loquacidade, extrema desinibição, irritabilidade, diminuição da necessidade de sono, e humor altamente elevado. Sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, ocorrem em até 75% dos episódios maníacos, e episódios de qualquer gravidade podem também ocorrer (Vieta et al, 2018). Os delírios são, habitualmente, de temática grandiosa, persecutória ou mística e, na maioria dos casos, congruentes com o humor. As alucinações auditivo-verbais podem estar presentes, ainda que com menor frequência do que noutras perturbações psicóticas. Estão normalmente relacionadas com o conteúdo do delírio e tendem a ser congruentes com o humor (Carvalho et al, 2020). Na PAB II ocorrem episódios de hipomania alternados com episódios de depressão e períodos livres de sintomas entre os episódios.

Alguns elementos disponíveis relativos à realidade nacional estimam que existam cerca de 200 mil casos de PAB em Portugal (Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares, 2020). A idade média de início da doença a nível mundial situa-se nos 25 anos e na Europa nos 29 anos (Carvalho et al, 2020) podendo começar mais cedo ou em fases mais tardias da vida (Saraiva et al, 2014). A PAB I ocorre com a mesma frequência em homens e mulheres, enquanto que a PAB II é mais frequente no sexo feminino.

No episódio maníaco ocorre alteração de (Pereira et al, 2022):

- Humor - elação do humor, humor expansivo ou irritável. A elação pode ser descrita pela pessoa como uma sensação de “plenitude e bem-estar”, podendo ser acompanhada de um otimismo desmesurado ou de um estado de exaltação e transcendência
- Energia/atividade - aumento da energia perceptível por gesticulação excessiva, dificuldade em a pessoa se sentar, necessidade de se mexer, forma acelerada com o que fala e interrompe o discurso dos outros. A diminuição da necessidade de dormir sem cansaço subjetivo ou sonolência diurna e a participação em múltiplos projetos e atividades em simultâneo são uma consequência do aumento de energia que, em casos mais graves pode levar à exaustão física;

- Pensamento - a auto-estima está habitualmente aumentada. A pessoa tende a sobreavaliar as suas capacidades, saúde e competências, começando trabalhos complexos e colocando-se em situações de risco que considera ser capaz de lidar com facilidade. Este sentimento pode configurar-se em delírios em que a pessoa acredita ter capacidades especiais e ter sido escolhida para uma missão especial

Para o tratamento não farmacológico da PAB I está indicado (Yatham et al, 2018):

- Psicoeducação;
- Terapia cognitivo comportamental;
- Terapia focada na família;
- Terapia interpessoal e do ritmo social
- Terapia interpares

Para o tratamento farmacológico são usados:

- estabilizadores de humor:
 - Lítio
 - Ácido Valpróico
 - Lamotrigina
 - Carbamazepina
- Antipsicóticos - escolha preferível em pessoas muito agitadas e desorganizadas tendo em conta o seu rápido início de ação
- Benzodiazepinas - para diminuir a agitação e a hiperatividade ou ajudar no sono

1.2 Modelo de sistemas de Betty Neuman

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman tem dois principais componentes, o stress e a reação ao mesmo e apresenta quatro pressupostos fundamentais, sendo estes o ambiente, o ser humano, a saúde e a enfermagem, onde o ser humano se encontra em constante interação

com o ambiente (com os stressores tanto internos como externos) e podem afetá-lo de forma positiva ou negativa (George, 2000).

O modelo de Sistemas de Betty Neuman adequa-se à temática das perturbações por uso de substâncias devido à sua premissa de stressores ambientais provocando uma reação na pessoa com base, em parte, na sua capacidade de lidar com tais stressores, bem como o objetivo do modelo de que a pessoa atinja o seu mais alto nível de bem-estar possível (Fawcett, 2005) através da retenção, realização, ou manutenção da estabilidade do sistema pessoa (Fawcett, 2005). O bem-estar ideal é considerado o mais alto grau de estabilidade do sistema em qualquer ponto no tempo, e o bem-estar é medido num continuum do mais alto grau de bem-estar a doença grave ou morte (Fawcett, 2005). A pessoa é vista como um sistema aberto e pode se referir a indivíduos, grupos, famílias, comunidades ou sociedades. O sistema da pessoa considera uma perspectiva holística que inclui as seguintes cinco variáveis: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento, e espiritual. O modelo baseia-se no relacionamento contínuo da pessoa e no potencial de reação aos stressores do ambiente. O sistema aberto inclui entrada, saída e feedback e permite que um indivíduo se ajuste aos stressores ambientais internos e externos. A reação ao stressor vai depender da ação das linhas de defesa e de resistência, que são feitas de recursos internos e externos que a pessoa pode estar conscientemente ciente ou não, para se esforçar para proteger a integridade do sistema. A linha de defesa normal denota a estabilidade e integridade do sistema e é dinâmica, à medida que a pessoa enfrenta diferentes stressores em diferentes momentos da vida. As linhas flexíveis de defesa também são dinâmicas e formam uma barreira protetora para evitar que os stressores afetem o estado de estabilidade. Quando tais linhas de defesa não conseguem impedir a penetração de stressores (uso de substâncias psicoativas com forte componente aditivo), o núcleo central é atingido colocando assim o equilíbrio do sistema em causa - perturbação do uso de substâncias. Métodos de autocontrole, estilos de vida e desenvolvimento pessoal, espiritual, e fatores culturais influenciam o sucesso ou fracasso das linhas de resistência e defesa (Fawcett, 2005).

2- Apreciação clínica

2. 1 - Identificação

Idade:	27	Nacionalidade:	Portuguesa
Sexo:	Feminino	Diagnóstico:	Perturbação Afetiva Bipolar tipo I
Habilitações literárias:	12ºano	Estado Civil:	Solteira, sem filhos
Profissão:	Operadora linha montagem Jogadora Voleibol	Pessoa Significativa:	Mãe
Apoios sociais:	Não tem	Situação Laboral:	Ativo

2. 2 - História de vida e de saúde

4 anos	fica a viver com os tios no país natal, quando a mãe vem para Portugal trabalhar
5 anos	morte do pai
10 anos	vem para Portugal para viver com a mãe
17 anos	Obtém contrato com Federação Portuguesa de Voleibol, passa a viver sozinha perto dos treinos
25 anos	Começa a trabalhar como operadora em linha de montagem, faz turnos (7h-15-30h; 15.30h -0h; 0h-7h)
26 anos	Diagnosticada com anemia, inicia toma regular de ferro Volta a viver com a mãe para dar apoio à mesma após cirurgia
27 anos	Episódio de doença atual
21-27 anos	Concorre uma vez para a força aérea e várias vezes para a GNR sem sucesso

2.3 - História de doença atual

A L deu entrada no serviço de urgência de forma voluntária após episódio delirante em que foi a uma esquadra da polícia, primeiro para fazer uma denúncia de um indivíduo “procurado mundialmente- o rei dos aspiradores”, afirmando depois estar a ser perseguida por várias pessoas por reconhecimento do seu acto de heroísmo, regressando no dia seguinte à mesma esquadra para fazer um agradecimento. A mãe terá sido contactada na altura e foi buscá-la, levando-a de seguida para o hospital. Referiu ter uma especialidade em pessoas, desde que leu um livro. “tenho de escrever um livro, porque fiz uma promessa a uma senhora da esquadra... vai-se chamar isto é de doidos”(sic).

A mãe refere que desde há 6 meses que dorme menos, com diminuição do apetite e perda de 8-10 Kg, envolvendo-se em cada vez mais atividades para além do seu trabalho, jogando muitas vezes voleibol, participando em ações de voluntariado, entre outras. Concomitantemente foi tendo perdas de memória, esquecendo-se dos códigos de multibanco e telemóveis, com necessidade de substituição dos mesmos. Uma semana antes do internamento, após uma saída à noite com amigos em que não terá dormido, passa a falar muito e a dormir cerca de 3h por noite. Não há história de episódios anteriores e não existe história familiar de doença psiquiátrica.

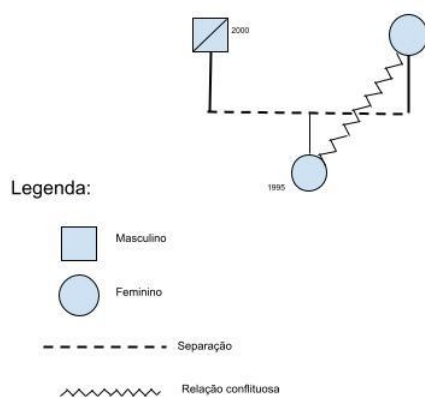
Ficou internada com o diagnóstico de PAB I com episódio maníaco inaugural com sintomatologia psicótica, iniciando a seguinte medicação:

Princípio ativo, dosagem, via de administração	Indicações	Efeitos secundários	Características
Olanzapina 10 mg, PO (oro-dispersível) 1 x dia	antipsicótico atípico, usado em episódios maníacos, esquizofrenia	Agitação, tonturas, cefaleias, obstipação, xerose, taquicardia, sonolência	escolha preferencial em doentes agitados e muito desorganizados pelo seu rápido início de ação.
Lítio 800mg, PO, 1 x dia	estabilizador de humor, aprovado formalmente para o tratamento dos episódios agudos de mania	Risco de toxicidade renal e tiroideia	Escolha preferencial nos quadros de elevação do humor, expansividade e ausência de características mistas ou sintomas psicóticos

			Permite monitorização da adesão terapêutica Início de ação lento
Clonazepam, 2mg PO, 1 x dia	ansiolítico, propriedades anti-maníacas	sonolência, tontura, cansaço, depressão, problemas de memória, ou dificuldade para coordenar movimento ou caminhar	benefício no controlo rápido da insónia. risco de tolerância, abuso ou dependência
Haloperidol 5mg/1ml, IM SOS	Antipsicótico Sedativo	Tremores, rigidez, secura ocular, visão turva, obstipação, xerostomia	
Prometazina 2ml, IM SOS	Anti-histamínico utilizado para atividade hipnótica Sedativo para indução do sono	Sonolência, xerostomia, obstipação, retenção urinária, confusão, cefaleias, tonturas, palpitações, arritmias, pesadelos	



2.4 - Avaliação Familiar



L nasceu no estrangeiro. Ficou a viver apenas com os tios aos 4 anos, quando a mãe veio trabalhar para Portugal. Não forneceu dados relevantes sobre o pai, apenas que não teve relação com o mesmo e que faleceu quando ela tinha 5 anos. Aos 10 anos juntou-se à mãe em Portugal passando a viver com a mesma. Refere que sempre teve facilidade em criar amigos, o que aconteceu assim que começou a frequentar a escola em Portugal, o que foi corroborado pela mãe. Indicou que a mãe sempre teve vários trabalhos para poderem subsistir financeiramente o que fez com que passasse muito tempo sozinha e dificultasse o estabelecimento de uma relação saudável entre as duas. Diz que “a minha mãe não me conhece, não me ouve, é difícil comunicar com ela”(Sic) e “estamos em desacordo em relação a tudo, ela é o motivo pelo qual eu estou internada” (sic). A restante família continua a residir no país Natal de L e não têm um contacto regular.

2.5 Exame do estado Mental

Consciência e orientação	Consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa
Aparência	Idade aparente igual a idade real. Cabelo louro, comprido, penteado. Aspeto cuidado com bom cuidado de higiene. Vestida com calças e casaco de internamento de forma adequada. expressão facial tranquila.
Postura e movimento	Com postura hiperfamiliar, mantendo contacto visual durante a entrevista de colheita de dados. Sem agitação e/ou inquietação psicomotora.
Comportamento na entrevista	mostrou disponibilidade e interesse na entrevista do início ao fim, linguagem corporal congruente com a verbal. Contacto sintónico, cordial.
Atenção	Captável e mantida.
Discurso	Espontâneo e fluente, perceptível, organizado e elaborado, com aumento do débito. Coprolalia, com várias piadas
Humor	Elacionado, expansivo. Demonstra muito entusiasmo por já ter escrito o seu livro em folhas de rascunho durante o internamento com fâcias de muita felicidade. Mostra a capa procurando validação de que está muito bem feita.
Pensamento	Organizado na forma com fuga de ideias pontual. Conteúdo de ideias delirantes de grandiosidade. Verbaliza ter uma missão especial “de fazer o bem” “aqui já todos gostam de mim e precisam de mim”(sic).
Percepção	Não se apuram alterações da percepção
Cognição	Não apresenta alterações ao nível da cognição, aplicado Mini-Mental State examination pontuando 27.
Ansiedade	Verbaliza sentir muita ansiedade, aplicada escala de ansiedade de Hamilton pontuando 19.
Memória	Não se apuram alterações ao nível da memória

Insight	Sem insight à data da entrada, referido em diário clínico que verbalizou “eu sei perfeitamente porque motivou aqui estou...tenho ansiedade..mas também quem não tem ansiedade nos dias de hoje?”, com renitência para a medicação. Posteriormente na entrevista de colheita de dados reconhece o diagnóstico de PAB I descrevendo-o, com crítica parcial para o episódio que motivou o internamento, reconhecendo que a medicação lhe “está a fazer bem”(sic)
----------------	---

3. Plano de Cuidados

A partir de toda a informação exposta, e à luz da Teoria dos sistemas de Betty Neuman, apresento os stressores identificados, e utilizo a linguagem CIPE (2011 e 2016) para definir os respectivos diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados esperados.

Fatores de stress intrapessoais:

- Humor elacionado - Delírios de grandiosidade - Dificuldade em dormir - Experiência de ansiedade

Avaliação	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
Humor elacionado, expansivo, escreve um livro em folhas de rascunho durante o internamento	Humor comprometido (Humor eufórico)	-Avaliar humor -Executar relação de ajuda -Disponibilizar suporte emocional -Ensino sobre humor eufórico -Executar reestruturação cognitiva (Ordem dos Enfermeiros, 2018)	Que a L melhore o seu humor até final do internamento
Ideias delirantes de grandiosidade, verbaliza ter “uma missão especial de fazer o bem”	Processo de pensar comprometido	-Avaliar delírio; - Executar escuta ativa; - Orientar para a realidade; - Executar técnicas de distração; - Ensinar sobre estratégias para lidar com o delírio; - Executar intervenção psicoeducativa: p.e., informar sobre fatores etiológicos e precipitantes do delírio, importância	Que a L melhore o processo de pensar durante o internamento internamento, sendo capaz de reconhecer sinais de comportamento delirante e consiga aplicar estratégias para gerir

		de cumprir a terapêutica; (Ordem dos Enfermeiros, 2018) (Sequeira & Sampaio) 2020	
Renitência inicial na toma da medicação	Gestão do regime terapêutico comprometido	- Avaliar gestão do regime terapêutico; - Assistir na gestão do regime terapêutico; - Gerir regime medicamentoso; - Promover a consciencialização relativamente ao regime medicamentoso; - Ensinar sobre a PAB I, o regime medicamentoso, complicações do regime terapêutico ineficaz; - Encorajar e apoiar na tomada de decisão para comportamento de adesão; - Incentivar a adesão ao regime terapêutico e aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão do regime terapêutico. (Gonçalves in Sequeira & Sampaio, 2020)	Que a L reconheça a importância da medicação e adira à mesma
Verbaliza experiência de ansiedade, pontua 19 na escala de ansiedade de Hamilton	Ansiedade presente em grau moderado	Ensinar Sobre Estratégias de Redução da Ansiedade - Executar Apoio Emocional	Que a L no final do internamento apresente ansiedade melhorada

		- Executar Intervenção Psicoeducativa - Executar Relação de Ajuda - Executar Relaxamento - Treinar Técnicas de Autocontrolo - Treinar Técnicas de Relaxamento - Vigiar Ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2018)	
--	--	--	--

Fatores de stress interpessoais

- Ligação distante com a mãe - Dificuldade em comunicar com a mãe

Avaliação	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
L descreve uma relação distante com a mãe, com dificuldade de comunicação	Processo familiar comprometido	Ensinar Sobre Crise Familiar (inclui Informar Sobre Recursos Comunitários) - Executar Intervenção em Crise - Executar Intervenção Familiar, - Executar Intervenção Psicoeducativa - Executar Técnica de Resolução de Problemas - Treinar Competências Sociais - Treinar Estratégias de Comunicação	Que L e a mãe consigam mobilizar estratégias que melhorem o seu processo familiar

		- Treinar o Comportamento Assertivo - Vigiar Adaptação Familiar (dados do indicador) (Ordem dos Enfermeiros, 2018)	
--	--	--	--

Fatores de stress extrapessoais

- horário de trabalho de L

Avaliação	Diagnóstico	Intervenções	Resultados esperados
L trabalha por turnos, em que um dos turnos é o noturno das 0h às 7h e ficará em ambulatório a fazer medicação indutora do sono	Sono comprometido/gestão do regime terapêutico	Encorajar e apoiar na tomada de decisão para comportamento de adesão; - Incentivar a adesão ao regime terapêutico e aprendizagem de habilidades para otimizar a gestão do regime terapêutico Assistir na gestão do regime terapêutico; - Gerir regime medicamentoso	Que a L no momento da alta consiga manter regime terapêutico e consiga regressar ao trabalho

CONCLUSÃO

A partir deste caso clínico foi possível compreender melhor a problemática associada à perturbação afetiva bipolar numa fase inaugural, de que forma afetou a vida da L e da sua família. À luz do modelo de sistemas de Betty Neuman foi possível perceber que o stressor intrínseco, isto é, o início dos sintomas associados a um episódio maníaco: o aumento da energia, a diminuição da necessidade de dormir, as ideias delirantes de grandiosidade, afetaram o núcleo de L, condicionando a sua funcionalidade: começou a ter perdas de memória, a comer menos com consequente perda de peso e levou a interações sociais desadequadas, nomeadamente com os agentes de autoridade na esquadra da polícia. Em consequência do início da doença foram ativados vários recursos com vista à sua recuperação, nomeadamente:

recursos internos: L aceitou voluntariamente ir ao hospital e ficar internada, demonstrando disponibilidade para a sua recuperação, apesar da renitência inicial em tomar a medicação e de também inicialmente não ter insight para o seu problema;

recursos externos:

- Família (mãe);
- O serviço de urgência e o serviço de internamento e respectivos profissionais, nomeadamente o enfermeiro que foi estabelecendo uma relação de confiança ao longo de várias entrevistas e interações.

Foi possível identificar que o processo familiar estava comprometido e nesse sentido foi contactada a mãe, tendo sido efetuada uma entrevista formal com a mãe, onde se incluiu uma intervenção psicoeducativa a propósito da doença da filha.

Este era um objetivo a que me tinha proposto, o de ativar o recurso família e intervir diretamente com a mesma que considero ter sido atingido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (AADDDB) (2020). Relatório revela que cerca de 200 mil portugueses sofrem de doença bipolar. www.adeb.pt/news/relatorio-revela-que-cerca-de-200-mil-portugueses-sofrem-de-doenca-bipolar

Diana Pereira, Joana Pereira (2022). Raciocínio clínico em Psiquiatria - volume I - principais entidades psiquiátricas. LIDEL

Carvalho AF, Firth, J, Vieta E.(2020). Bipolar Disorder. N Engl J Med. 2020; 383: 58-66.

George, G. (2000). Betty Neuman. In George, G. (Eds.), Teorias de Enfermagem: Fundamentos à prática profissional (pp. 225-240). Artmed Editora

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., McIntyre, R. S., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrão de documentação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros.

Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lidel.

Van Bergen, A., Verkooijen, S., Vreeker, A., Abramovic, L., Hillegers, M., Spijker, A. & Boks, M. (2019). The characteristics of psychotic features in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 49(12), 2036-2048. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002854>

Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., Gao, K., Miskowiak, K. W., & Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18008. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>

Vieta, E., Salagre, E., Grande, I., Carvalho, A. F. Fernandes, B. S., Berk, M., Birmaher, B., Tohen, M., & Suppes, T. (2018). Early Intervention in Bipolar Disorder. *The American journal of psychiatry*, 175(5), 411–426. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17090972>





APÊNDICE 7

Reflexões críticas sobre o estágio II

Novembro 2022

Enfermeira Orientadora: Enfermeira M.

Professora Orientadora: Paula Leal

Discente: Luis Soares

REFLEXÃO I - Estágio II

Unidade de Internamento de Doentes Agudos

A ponte que percorri entre o fim do estágio I e o início do estágio II a 19 de Setembro foi de uma grande exigência mental, pelo que tive consciência que este iria ser um período mais difícil de atravessar. Ainda assim comecei o estágio com muita curiosidade e interesse para conhecer a realidade de um serviço de internamento de Psiquiatria Agudos, uma vez que a única experiência anterior tinha sido durante o bacharelato, num estágio com a duração de um mês. Na primeira semana fiquei a conhecer e acompanhar a enfermeira orientadora - Marta Silva, que, por questões de assistência à família, teve que estar ausente em alguns turnos, pelo que tive a oportunidade de acompanhar outros enfermeiros especialistas, alargando assim o conhecimento de outras visões e formas de trabalhar, o que foi bastante enriquecedor. Percebi quais as rotinas do serviço, e a dinâmica entre as várias unidades do departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar. Uma das características que me chamou de imediato à atenção foi a necessidade de se manter o serviço fechado à chave com porta codificada, dado o risco iminente de fuga de muitas pessoas que estão internadas, estando muitas delas internadas compulsivamente a partir da emissão de mandados de condução. No interior do serviço é também obrigatório manterem-se as portas trancadas dos locais que não estão a ser utilizados por nenhum profissional. Confesso que senti alguma claustrofobia por este facto e que demorei algumas semanas até me habituar e a sentir-me mais confortável. O contexto de internamento hospitalar é-me muito familiar. É onde tenho exercido a minha atividade profissional quase por completo, e o facto de ser tudo semelhante na Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) e, ao mesmo tempo, ter esta limitação, exigiu alguma adaptação da minha parte.

Outro aspeto que desde o início me faz refletir bastante é o facto das pessoas que estão internadas não terem atividades programadas, passando o dia a andar pelo corredor, sentando-se no chão, fazendo pedidos circunstanciais e supérfluos aos enfermeiros. Foi-me explicado que previamente à pandemia havia sempre um enfermeiro escalado para as atividades na parte da manhã e na tarde também. Que atualmente ainda não foram retomadas estas atividades mas que poderão vir a fazê-lo em breve quando houver mais espaço físico para as mesmas. Constatei que o facto de se manterem todo o dia sem ocupação pode contribuir negativamente para os

seus níveis de ansiedade, foco do meu projeto. Entendi que as atividades lúdicas são sempre também terapêuticas, que influenciam o estado mental de cada pessoa, aumentando ou diminuindo os seus níveis de ansiedade.

Num turno da segunda semana de estágio acompanhei a Enfermeira I. que estava responsável pelos utentes que nesse dia iriam ser submetidos a tratamento de eletroconvulsoterapia (ECT). Estas pessoas são acompanhadas em ambulatório e entram no próprio dia ou no dia anterior para serem submetidas ao tratamento, saindo algumas horas após a realização do mesmo. São sempre acompanhados por um enfermeiro do serviço até ao bloco operatório e vice-versa. Após o tratamento, um dos efeitos secundários a curto prazo é uma amnésia temporária, revertendo passado algumas horas (RCP, 2022). A J. foi uma das pessoas que estavam previstas para fazer tratamento neste dia, e tive oportunidade de falar com a mesma no momento em que apresentava um humor deprimido, com choro fácil que tinha sido precipitado pelo facto de se ter enganado no dia de realização do teste SARS -COV, impossibilitando o tratamento neste dia. Para ela, esta foi mais uma demonstração de ainda não estar melhor e de não ser capaz de dar resposta às exigências da sua vida. Prestei-lhe apoio emocional naquele momento e escuta ativa. Contou-me a sua história de doença atual, verbalizando que sofria de uma depressão pós-parto desde há 2 anos, que tinham havido várias complicações durante a gravidez e no nascimento do seu filho, que a criança agora apresenta perturbações no seu desenvolvimento e que toda a sua dinâmica familiar tinha sido afetada. Contou-me que anteriormente a esta situação de doença, que era uma pessoa muito alegre, muito dinâmica, que cuidava de toda a gente, sendo ela a responsável pela organização e realização de todas as tarefas familiares, que o marido não sabia fazê-las e não confiava nele para tal e que também isso era um fator desencadeador da sua ansiedade e desconforto atual. Perante estes dados, de imediato enquadrei-os mentalmente no modelo de sistemas idealizado por Betty Neuman. As linhas de defesa desta pessoa tinham sido atingidas por vários agentes ao mesmo tempo, tendo sido quebradas, levando ao condicionamento do núcleo central e à situação de doença. Falo neste episódio em particular porque, passadas 6 semanas, voltei a ter um turno de acompanhamento dos utentes submetidos a ECTS, desta vez com a Enfermeira M., e a J. era novamente uma das pessoas inscritas para tratamento nesse dia. Assim que me viu, considerou que a minha cara era-lhe familiar mas não se recordava de onde, o que é compatível novamente com o efeito secundário da perda de memória que pode ser de curto a médio prazo, associado aos tratamentos de ECT. A J. tinha entretanto sido submetida a seis sessões de ECT, que, segundo a própria, não tinham surtido qualquer efeito, sentindo-se pior, e que tinha sido informada pelo médico que os parâmetros da terapia iriam ser alterados nas próximas sessões. No regresso do tratamento a J. iniciou um episódio de grande labilidade emocional, com choro intenso, discurso depressivo, polipneica, recordando tudo o que tinha acontecido para estar assim neste momento, e com dificuldade em controlar estas emoções. Nesse preciso momento iniciámos uma intervenção psicoterapêutica,

orientando-a para os exercícios respiratórios de relaxamento, que revelaram terem sido eficazes, conseguindo que a J. passasse para uma respiração eupneica, profunda e suave, reduzisse o choro até parar, passando a conseguir controlar as emoções que a estavam a deixar assoberbada. De seguida iniciámos um diálogo com vista à resignificação da sua experiência e modificação do seu pensamento de modo a combater o pensamento disfuncional e a encorajar pensamentos positivos. A J. referiu que não estava a fazer qualquer acompanhamento psicoterapêutico em paralelo com os tratamentos de ECT, ao que foi incentivada para o fazer, tendo concordado e considerado uma boa ideia. Com o acordo do seu médico assistente, foi-lhe sugerido que, cada vez que viesse para ser submetida ao tratamento que faria uma consulta com um enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria, ao que concordou. Esta intervenção foi muito marcante, pois foi colocado em prática grande parte do conhecimento e da competência que tinha adquirido até ao momento, apesar de não ter sido preparada previamente. A verdade é que a situação o exigia e fomos capazes de atuar. Apesar da amnésia relativa da J., já tinha havido um contacto prévio e o início de uma relação de ajuda. Já tinha as informações anteriores e, de alguma forma, já tinha conceptualizado parte do processo de enfermagem para a J.. Já tinha procedido a intervenções anteriores com outras pessoas para o treino dos exercícios respiratórios de relaxamento. Quando comecei a dar as indicações dos movimentos respiratórios que a J. poderia fazer, de imediato a Enfermeira M. colocou a música que tínhamos utilizado nas sessões anteriores, sem ter sido necessário falarmos sobre isso. Senti que estávamos a fazer uma intervenção mesmo em equipa, e que também a relação estabelecida entre mim e a enfermeira orientadora contribuiu para o sucesso desta intervenção. No final, com a J. muito mais serena, surgiu o tema da música, a J. disse que dantes cantava, questionei-lhe porque não voltava a fazê-lo (estimulação de um recurso interno) e incentivei-a a mostrar-nos a sua voz naquele preciso momento. Cantámos os dois o início da “Oh Laurindinha” e o seu sorriso e humor alegre apareceu, ficando acordado um novo encontro e dueto para o final da semana.

Tenho-me debatido com a produção do meu projeto de estágio. Desde o início que a minha intenção era trabalhar o foco da ansiedade em pessoas com perturbação mental. Para o estágio I acabei por fazer um projeto mais direcionado ao próprio local de estágio, focando-me nas perturbações por uso de substâncias. Obtive um conhecimento mais aprofundado das mesmas e entendi a sua correlação com as perturbações da ansiedade. Muitas vezes estão interligadas, e existem na pessoa em comorbilidade. Uma pessoa com perturbação da ansiedade pode desenvolver mecanismos perversos de coping através do uso de substâncias e em sentido inverso, o uso de substâncias e a dependência das mesmas pode originar e/ou acentuar perturbações da ansiedade. Penso que será dessa forma que, no relatório de estágio, irei enquadrar toda a experiência que tive na Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Setúbal. Para este estágio final propus inicialmente uma abordagem iminentemente psicoeducativa para o controlo da ansiedade nas pessoas internadas com perturbação mental. Observando as características

das pessoas e o tempo de internamento muito imprevisível, percebi que, para uma ação essencialmente psicoeducativa, teria que ter maior previsibilidade da presença das pessoas para uma abordagem de grupo e contínua. Concluí que isso apenas seria possível num contexto de hospital de dia e/ou consulta externa. Assim, orientei a minha intervenção para redução e controlo da ansiedade como sendo psicoterapêutica (que também inclui a psicoeducação), focando-me nas atividades de relaxamento de : Exercícios respiratórios, exercícios de relaxamento muscular (Técnica de Jacobson), exercício de imaginação guiada, tendo sempre como pano de fundo a musicoterapia, fazendo uma escolha adequada da música para cada intervenção, a aplicar quer de forma individual, quer em grupo, quando se justificar. Investiguei sobre que instrumentos poderia aplicar para a recolha de dados que orientassem os critérios de inclusão/exclusão, passando a aplicar o Mini Mental State examination e a Escala de Ansiedade de Hamilton.

No início de Outubro tive o primeiro contacto com a C. . Tinha sido internada por Perturbação Afetiva Bipolar (tipo I) em fase maníaca. Foi a primeira oportunidade de ver uma pessoa em fase aguda desta perturbação e perceber a dificuldade que tem em organizar-se, em ter um discurso fluido. Tinha um humor elacionado, com taquipsiquismo, um discurso de débito muito acelerado e senti muita dificuldade em conseguir acompanhar o seu ritmo e conseguir ter uma comunicação eficaz, que simplesmente não estava a ser possível. Fiz o exercício da avaliação mental da C. e planeamento das atividades a curto/médio prazo, que resultaram num documento de plano de cuidados para a mesma. Posteriormente fui aplicando as atividades propostas. Executei atividades de distração (passear pelo corredor imaginando que estávamos no exterior num local do seu agrado, o que a utente referiu gostar e que lhe reduziu a ansiedade). Ofereci-lhe opções para atividades em papel, e referiu gostar de palavras cruzadas. Fez um exercício com o meu apoio e esse foi o maior período de tempo em que esteve concentrada com foco numa atividade desde que comecei a acompanhá-la. Mais uma vez percebi a importância psicoterapêutica que uma atividade lúdica tem nestas pessoas que estavam em fase aguda da sua perturbação. A capacidade que a atividade teve na melhoria da concentração e do raciocínio da C. foi evidente, e que era necessária para a conclusão do objetivo do exercício. Posteriormente esteve mais calma, com humor menos disfórico até ao momento em que começou a falar da possível visita da mãe. Associava a vinda da mãe com a ideação de alta. Fiz o contacto telefónico com a mãe, e, na altura, senti dificuldade em perceber o que seria melhor para a utente naquele momento, receber a visita da mãe, sabendo que iria potenciar a ideação da alta e eventualmente ficar mais desorganizada, ou não receber a visita da mãe - já estava internada há 1 semana e ainda não tinha recebido qualquer visita, correndo o risco de ficar mais descompensada por não estar com a mãe, sendo esta a sua pessoa de referência. Falei na altura com o Enf. Paulo que me indicou que considerava que se a C. não recebesse a visita nesse dia iria ficar igualmente transtornada, pelo que o melhor seria avançar com a visita, o que aconteceu.

Apesar de algumas dúvidas relativamente à capacidade da C. acompanhar as orientações dadas nos exercícios de relaxamento, por ainda apresentar grande dificuldade de concentração e humor disfórico, considerei com a Enfermeira M. avançar para uma primeira atividade, em que lhe foi dada a possibilidade de escolher duas músicas calmas para ouvir enquanto faria alguns exercícios de alongamentos corporais e movimentos respiratórios. Para nossa satisfação, a C. correspondeu bastante bem à intervenção, cumprindo e seguindo todas as orientações dadas. No final pediu para ouvir uma terceira música, pedido que foi aceite. Contudo, a escolha foi para uma música mais dançável e, por ter dado alguma liberdade para os movimentos que poderia fazer, de imediato a C. começou a dançar de forma mais desinibida, o que não estava de todo à espera. Apesar disso, apercebi-me que não poderia deixar que assim continuasse até ao final da música e assumi de volta a orientação da atividade condicionando a ação da C. apenas para os movimentos respiratórios. Foi uma boa aprendizagem de como é tão necessário estar sempre no controle da intervenção e que as escolhas que são dadas às pessoas terem que estar balizadas, de terem de ser escolhas fechadas e não abertas, porque dessa forma, estarei a abrir a porta para cenários imprevisíveis e potencialmente prejudiciais para o objetivo da intervenção. Em dias seguintes fiz mais duas intervenções de exercícios de relaxamento, primeiro com exercícios de relaxamento muscular e um último de imaginação guiada que exigia mais capacidade cognitiva e de concentração por parte da C. . C. referiu que a última sessão, mais exigente a nível mental, foi a que mais gostou e a que fez sentir melhor e “mais leve” a “voltar a ser eu própria”, e que lhe aliviou mais a ansiedade. Foi um acompanhamento muito interessante, pois no início acreditávamos que iria ser muito difícil para que a C., na fase aguda em que se encontrava, poder acompanhar estes exercícios e beneficiar dos mesmos. Grande parte da evidência científica para este tipo de intervenção, está mais direccionada para pessoas que estão numa fase mais controlada e num contexto diferente do hospitalar. Com esta situação, foi possível perceber que também há vantagem a serem aplicadas numa fase mais precoce do seu tratamento.

Concomitantemente acompanhei e fiz duas entrevistas à L. , que estava internada no contexto de ideação suicida com um diagnóstico anterior de perturbação da personalidade Borderline. Com um humor eutímico e cognitivamente preservada, a comunicação com a L. foi bastante diferente da realizada com a C. , e que foi interessante acompanhar estas duas pessoas ao mesmo tempo, com capacidades de discurso muito distintas. L. tem um histórico de abuso de substâncias, que contribuiu também para os sintomas que motivaram o internamento. Na primeira entrevista, foi confrontada pela Enfermeira Z. que já a conhecia há vários anos de internamentos anteriores e do acompanhamento que já teve na consulta externa. O motivo da confrontação prendia-se com o facto de, na entrevista, a L. estar a dar informações contraditórias sobre os seus consumos e a forma de os obter. Foi-me explicado pela Enfermeira Z. que a L. tem habitualmente um discurso muito manipulador e que tem a capacidade de perceber qual é a



informação adequada que tem de dar para que a considerem recuperada e lhe ser dada a alta e que, apenas conhecendo-a melhor (a importância da colheita permanentemente de dados a partir de várias fontes e de várias observações) é que é possível chegar a um diagnóstico mais adequado à realidade. L. tinha realmente um registo adequado, com discurso orientado, na forma e no conteúdo, falando sempre de forma serena com ritmo adequado também. No dia em que recebeu a informação que iria ter alta a L. parecia uma pessoa diferente. Mostrou-se ansiosa e impaciente com o tempo que teria que aguardar para sair. Manifestou vontade de fazer alguma atividade para passar o tempo até ter alta. Propôs uma atividade e fez comigo um jogo de damas. Através desta atividade a L. demonstrou um comportamento eufórico, competitiva, um discurso muito mais desinibido, estava divertida, animada, quase em contexto de “festa”. Quando questionada pela equipa de enfermagem sobre se estaria em condições de ter alta, verbalizou que já não havia problema, que a alta já estava assinada pelo que já não havia hipótese de ficar internada mais tempo. Foi possível verificar que esta seria provavelmente a forma de estar da L. no seu dia-a-dia, e que ficava demonstrado o que a Enfermeira Z. tinha referido acerca da atitude manipuladora e astuciosa que tinha apresentado anteriormente.

Depois de ter feito um acompanhamento individual, escolhi com a Enfermeira M., fazer um intervenção de grupo, considerando que algumas pessoas que estavam internadas poderiam permitir esta ação. Ao longo de uma semana fiz 4 entrevistas individuais, apliquei as escalas definidas, colhi todos os dados possíveis e recebi o acordo de cada um para a participação nas sessões de relaxamento. Tenho experiência na realização deste tipo de atividades mas sempre em contextos diferentes, nunca com pessoas que no momento estão na fase aguda da sua perturbação mental, pelo que senti que seria útil ter esta experiência na condução de um grupo com estas características. No dia da sessão, uma das pessoas propostas recusou fazer a mesma, tendo iniciado a sessão com os outros 3. Passado pouco tempo do início da sessão, que se resumia a alongamentos corporais e exercícios respiratórios com música associada, um dos elementos decidiu sair referindo que estava a sentir muito sono e que provavelmente iria adormecer. O grupo ficou reduzido a duas pessoas. Ainda assim, considero que a experiência foi positiva com estes dois elementos, que verbalizaram terem sentido vantagens com a participação na mesma. M., um dos participantes, estava internado no serviço desde o início do meu estágio. Já reunia, do ponto de vista clínico, condições para a alta mas aguardava uma resolução social. Já várias vezes tinha conversado com o M. apesar de não ter feito previamente um acompanhamento mais aprofundado. A entrevista que lhe fiz de preparação para a sessão acabou por ser a mais longa de entre todos os participantes. M. sentiu-se confortável em partilhar mais dados da sua história de vida, o que me permitiu confrontá-lo com algumas informações que tinha dado antes. M. estava agora com muito mais insight para a sua doença e acompanhei-o a reconhecer alguns elementos que precipitavam as suas recaídas (já tinha tido vários internamentos). M. queria regressar para o seu contexto habitual, onde fica sempre próximo dos amigos que lhe



providenciam as substâncias que consome e que o fazem voltar à fase aguda da sua doença. Entendeu que não poderia repetir esse ciclo e aceitou uma solução social para passar a viver numa terra diferente. No dia seguinte, assim que me viu, o M. fez questão de vir ter comigo e informar-me de que já havia uma solução para a sua alta e que iria viver num local diferente, o que me deixou bastante satisfeito, perceber que para o M. era importante vir dar-me esta informação e perceber que estava realmente motivado para a mudança. Percebo cada vez mais o que é a relação de ajuda. Quando alguém confia em nós, torna-se mais possível que as sugestões que damos para que modifique os seus comportamentos sejam ouvidas e que se traduzam em ações efetivas. Não basta dizer a alguém que deve fazer algo de uma forma ou de outra e esperar que, do outro lado, haja uma reação favorável. É preciso tempo, é preciso profundidade, é preciso conhecimento, é preciso dar-nos. E quando damos, recebemos. Recebemos. Fiz a preparação do M. para a alta, treinando o que deveria dizer à proprietária do quarto onde iria passar a viver (para não correr o risco de perder este lugar), orientando-o para o IFP para se reinscrever e procurar a conclusão de um curso para que tenha uma ocupação. Esperar voltar a ouvir coisas boas do M. no futuro.

A meio de Outubro, próximo do meu aniversário, senti um desgaste emocional maior, que coincidiu com um turno que já estava programado fazer. Tive consciência de que não estava capaz de providenciar a disponibilidade necessária para a relação de ajuda que tenho procurado estabelecer com cada pessoa que acompanho no internamento e acabei por decidir que o melhor era não fazer o turno e assim aconteceu. É raro eu dar uma falta quer a nível profissional quer académico. Tenho a tendência para considerar que sou sempre capaz de contornar as adversidades, e esta foi a primeira vez que tomei consciência da minha limitação e resolvi aceitá-la e não escondê-la, para que pudesse recuperar e ficar melhor.

Nesta última semana refleti sobre o caso do J. - utente que foi internado compulsivamente no contexto de um episódio maníaco com heteroagressividade. J. não tem qualquer insight para a sua doença, refere desconhecer os episódios que resultaram na sua entrada no hospital. Contudo, neste momento apresenta-se com humor ligeiramente expansivo, com discurso lógico e estabilizado. Tem ideias hipervalorizadas grandiosas e persecutórias mas sem impacto no seu funcionamento. Questiona permanentemente porque é que está internado, referindo sentir uma grande injustiça pelo facto. Não tem história anterior de doença e/ou de internamento neste contexto. O caso foi discutido na reunião diária de terça-feira entre a equipa médica e a equipa de enfermagem. A minha dúvida prendeu-se com a aparente subjetividade na avaliação atual do J. . É verdade que não tem insight para o que lhe aconteceu mas desde há vários dias que se apresenta estabilizado, e colocou-se a questão de se as respostas que dava à equipa seriam sinceras ou se estava apenas a tentar obter uma alta mais precoce, apercebendo-se do que seria necessário dizer para convencer o médico assistente. No final da reunião optou-se por



protelar a alta. Ficou por esclarecer de que forma se iriam obter mais dados para uma confirmação de que o J. estaria capaz de ter alta. Acabou por sair no dia seguinte. No seu processo havia informação de entrevistas médicas feitas à sua família, nomeadamente a esposa e o primo, que descreveram episódios de mania anteriores com agressividade do J. mas que não resultaram em qualquer internamento e/ou acompanhamento. Percebi melhor o receio para a tomada de decisão da alta. A necessidade de ponderar o risco para o próprio mas também para os outros com quem J. se relaciona, a responsabilidade que acarreta essa tomada de decisão. Pesquisei sobre a possibilidade de amnésia em episódios de mania para perceber se era válido o J. não se recordar de nada e não encontrei nada de específico associada a esta perturbação. Existe sim a amnésia dissociativa (Mayo Clinic, 2022) que está bem documentada no filme “Fight Club” mas que não entendi ser compatível com a situação do J.

Estou sensivelmente a meio do estágio. Sinto que já aprendi bastante mas ainda tenho um caminho significativo a percorrer. Demorei algum tempo a sentir-me à vontade no serviço e neste contexto tão específico da Saúde Mental. Mas agora estou melhor, tenho gosto em acompanhar estas pessoas que estão internadas e que percebo que têm tanta necessidade que alguém os ouça. Que alguém lhes ofereça tempo. E tenho-as escutado. E tenho estado com elas. Espero poder vir a ajudá-las.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Royal College of Psychiatrists (2022). Eletroconvulsive therapy

<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/ect>

Mayo Clinic (2022). Dissociative disorders.

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dissociative-disorders/symptoms-causes/syc-20355215>

6.º Mestrado em Associação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Instituto Politécnico de Setúbal

Janeiro 2023

Enfermeira Orientadora: M.

Professora Orientadora: Paula Leal

Discente: Luís Soares

REFLEXÃO II - Estágio II

Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA)

“1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”
(DRE, 2018)

Detenho um elevado conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional? Como é que consigo avaliar este grau de conhecimento e de consciência? Sei que, aos 43 anos, já tenho uma razoável experiência de vida, onde se inserem 21 anos de experiência profissional como enfermeiro, sempre na prestação de cuidados, em que inúmeras vivências me permitiram um desenvolvimento pessoal e profissional. Há 7 anos frequentei o curso de hipnose clínica onde me submeti a um processo de reflexão e de autoconhecimento e senti ter evoluído nessa dimensão. Já em 2022, no primeiro ano deste mestrado, especialmente na unidade curricular de desenvolvimento pessoal, vários exercícios recolocaram o meu foco em perceber aquilo que sou, aquilo em que acredito, o que considero correto ou errado, aquilo que sou capaz de fazer e o que não sou capaz e/ou tenho dificuldade e que tenho de melhorar. Mas como é que identifico que obtive uma evolução? A subjetividade inerente a um processo de autoconhecimento leva inevitavelmente a um condicionamento do mesmo. Isto é, eu julgo que me conheço cada vez melhor mas posso apenas estar a querer conhecer uma parte de mim, deixando outras na sombra. Após a entrega da primeira reflexão, a Prof. Paula indicou-me que eu precisava de aprofundar a minha análise, falar mais sobre os meus sentimentos e as minhas emoções em cada situação, e não era essa a impressão com que tinha ficado depois de a ter escrito. Agora voltei a ler a mesma reflexão e percebo melhor o que a professora tinha falado. A reflexão está muito descritiva dos momentos /episódios /intervenções que fui realizando, mas em relação a mim, ao meu autoconhecimento, está apenas à superfície. Daí eu questionar a minha subjetividade sobre a minha autoavaliação. Quando escrevi a primeira reflexão estava convencido que tinha colocado



alguma densidade na mesma e agora volto a ler e a minha percepção sobre a mesma mudou. Assim percebo melhor a importância do processo de escrita que me obrigou a refletir. A reflexão de há 2 meses espelha a forma como me estava a sentir na altura. E na altura estava no pico de um período de grande convulsão, em que fui levado a questionar-me sobre aquilo que sou. Aprendi em vários momentos do curso, que as crises pelas quais a pessoa passa, entre elas um processo de divórcio, condicionam e poderão afetar a sua saúde mental. Acabei por experienciar isso mesmo, e perceber como me pôde afetar. A dado momento, senti uma grande ansiedade, não consegui dormir algumas noites e tinha o coração acelerado antes de iniciar alguns turnos na UIDA. Tive provavelmente 2/3 interações com pessoas que estavam internadas e com sintomatologia depressiva em que, ao mesmo tempo que falava com a pessoa, me questionava como é que eu consigo estar a dar apoio a esta pessoa quando eu não me estou a sentir bem mentalmente... quando eu estou a sentir que estou a precisar de chorar, que eu estou a precisar de algum apoio. Consegui sempre manter uma postura adequada e aquilo que sentia não deixei transparecer para o exterior, não colocando em causa a ajuda que poderia estar a dar naquele momento. Mas foi um alerta muito forte. Percebi que teria que fazer algo de diferente, de outra forma eu não iria aguentar manter uma ação adequada por muito mais tempo. Foi aí que procurei ajuda no exterior e passei a ter um acompanhamento profissional. Ter-me aberto com a Prof. Paula e com a Enf. M. também foi muito importante, não deixar isto guardado dentro de mim. Passadas algumas semanas de estar a ser acompanhado comecei a sentir-me melhor e mais à vontade na UIDA, ganhei mais autonomia e mais confiança também. Não voltei a ter o mesmo tipo de conversa interior enquanto estou a falar com as pessoas que estão internadas. Sinto aliás, uma grande realização quando percebo que estou a conseguir estabelecer uma relação significativa com cada pessoa que escolho e/ou me procura para falar.

Ser capaz de confrontar a minha percepção atual com aquela que tinha há 2 meses é porventura a maior aprendizagem que obtive a nível de autoconhecimento. Perceber que aquilo que sou, apesar de estar assente numa estrutura sólida, tem várias áreas que estão em permanente mutação e são sensíveis aos agentes externos e internos, assim como Betty Neuman nos transmitiu a partir da sua teoria dos sistemas. O meu núcleo foi efetivamente afetado e fui capaz de recorrer aos recursos internos a partir de um autoconhecimento evoluído, sendo capaz de reconhecer que precisava de ativar os recursos externos disponíveis para poder recuperar. Reconheço que tenho passado uma parte deste estágio a tentar “sobreviver”, sem muita dinâmica e energia para a realização de outras atividades e para a produção de um projeto mais robusto. Gostaria que tivesse sido de outra forma, mas tendo em conta as circunstâncias em que decorreu, tenho dificuldade em ver de que outro modo o poderia ter feito. A Enf. M. mostrou-se sempre muito disponível e com vontade de me ajudar na minha aprendizagem, penso que faltou apenas seguirmos uma metodologia mais definida desde o início e haver mais momentos de discussão dos casos entre os dois ao longo do internamento, e que eu deveria ter tido mais iniciativa para

que isso acontecesse. Penso que estive mais focado em tentar manter-me saudável e acabou por faltar dar mais ímpeto ao estágio.

Na segunda metade do mês de Novembro, coincidindo com as férias da Enfermeira M., passei 4 turnos entre a Consulta externa e a Unidade de Transição (UT) do Departamento de Psiquiatria do CHS. Passo agora a refletir sobre essa experiência:

Para o primeiro dia que iria ser passado na UT, preparei uma sessão de movimento inserida na programação mensal desta unidade, mas acabou por não acontecer, tendo-se chegado à conclusão que seria necessário ter um conhecimento prévio do grupo para que pudesse avançar para esta intervenção. Em alternativa assisti à sessão que foi conduzida pela Enf.^a V., onde estive também a colega R. - que está a realizar o seu estágio final nesta unidade. O primeiro impacto que tive foi perceber a diferença nas características do grupo de pessoas inscritas em relação às pessoas que estão internadas na UIDA. Estas são pessoas que já atravessaram uma fase aguda da sua doença e são acompanhadas na consulta externa. A capacidade cognitiva que apresentam, a capacidade de atenção e concentração, a organização do discurso e do pensamento, estão a um nível adequado, o que permite a realização de atividades mais exigentes, trabalhando outras áreas da sua recuperação que não são possíveis durante o internamento numa unidade de doentes agudos. O objetivo desta UT é acompanhar as pessoas com experiência de doença mental que estão numa fase controlada, num processo de reabilitação que promove uma passagem adequada e progressiva para a comunidade, quer a nível laboral, social e familiar, fomentando a sua autonomia e a sua consolidação emocional.

A referenciação para a integração de pessoas na UT pode ser feita internamente pelo médico assistente ou outro técnico do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) ou externamente por técnicos de cuidados de saúde primários e/ou outras estruturas da comunidade. Esporadicamente também acontece uma referenciação diretamente da UIDA para a UT. Existem critérios de inclusão, nomeadamente:

- idade entre os 18 e os 65 anos;
- Doença mental clinicamente estável com razoável adesão terapêutica;
- sem alterações cognitivas severas e irreversíveis;

É feita uma entrevista com a equipa multidisciplinar (psiquiatra, enfermeiro e terapeuta ocupacional), onde é validada a informação disponível e é feita uma avaliação do estado psicopatológico, funcional e social da pessoa e são esclarecidos os objetivos do programa terapêutico, estrutura, conteúdo, duração, horários e conteúdos do contrato terapêutico. Neste contrato estão definidas as regras da UT, incluindo informação sobre as faltas e dias de dispensa. Tem um período máximo de 6 meses, podendo ser terminado antes ou aumentado, de acordo com a avaliação da equipa multidisciplinar. É estabelecido um plano de cuidados individualizado, em conjunto com a pessoa, onde se pretende estabelecer objetivos para a estadia na UT e após a

alta. O acompanhamento individual de cada pessoa é realizado pelos vários elementos da equipa multidisciplinar.

O horário das pessoas inscritas na UT é das 8.30h às 15.30h, e cumprem a sua medicação deste horário com supervisão da equipa de enfermagem, facilitando o treino de competências na gestão terapêutica sempre que se considere necessário. A intervenção terapêutica decorre tanto em grupo como em modo individualizado. As sessões terapêuticas encontram-se programadas mensalmente e o grupo participa ativamente na escolha das mesmas na sessão de planeamento de atividades que acontece no final de cada mês. Existem ainda os ateliers ocupacionais (Carpintaria, Expressão Plástica, Jardinagem e Horticultura) que têm também os seus horários definidos para os subgrupos que são criados. Semanalmente, é realizada a reunião comunitária dirigida por um técnico de saúde e devem estar presentes todas as pessoas que se encontram a frequentar o programa.

A partir desta primeira sessão que assisti, percebi de imediato que teria sido um ótimo local para realizar todo o meu estágio final, que o facto de ter um grupo com estas características e de haver previsibilidade relativamente à sua presença e aos horários, permite a elaboração e execução de um programa de intervenção mais completo. Ainda assim, foi bom ter tido a oportunidade de vir conhecer o local. Participei ativamente na sessão de movimento como se fosse mais um elemento e não senti qualquer constrangimento por parte do grupo pelo facto de ainda não me conhecerem. Acompanhei depois o mesmo grupo em alguns momentos, nomeadamente nos ateliers e nas refeições (Pequeno-almoço/almoço/lanche). Assisti à forma como entram e saem da sala de refeições e como é dada a medicação. Verifiquei que no local mantinham ainda todos os procedimentos de controlo e prevenção de contaminação pelo SARS-COV 2, o que implicava que cada pessoa só podia entrar e sair depois da autorização do enfermeiro que estava a supervisionar. Pareceu-me na altura uma ação menos congruente com os objetivos da Unidade de Transição, isto é, o nível de autonomia que estas pessoas já apresentavam fez-me crer que fossem capazes de discernir o momento adequado para começar a sua refeição e para se levantarem quando terminassem, ou que pelo menos tivesse a ser feita uma intervenção nesse sentido, pois entendi que se pretende proporcionar condições semelhantes às que as pessoas encontram no exterior no contexto social atual e permitir às pessoas uma possibilidade de escolha sempre que possível.

Passei também um período na consulta de enfermagem onde, para além da observação e avaliação da pessoa e de intervenções psicoeducativas (adesão terapêutica, alterações de comportamento em relação a várias atividades como sono, alimentação, exercício, entre outros) são administrados os Depots - formulações injetáveis intramusculares de libertação prolongada, que podem ser administrados semanal, quinzenal, mensal e trimestralmente (Pereira, 2022) e que em breve também poderão ser semestralmente. Já tinha assistido a tomas iniciais dos De-

pots no contexto da UIDA, mas apenas aqui nesta experiência entendi verdadeiramente as vantagens do mesmo ao conhecer as pessoas que ali são acompanhadas. Encontrei pessoas em diferentes estadios da sua funcionalidade social, laboral e familiar, mas percebi que todas elas estavam com a sua doença controlada, e isso em parte é possível porque este regime garante uma melhor adesão terapêutica, maior controlo da sintomatologia psicótica, manutenção da estabilidade clínica, prevenção de recaídas e da necessidade de internamento hospitalar (Pereira, 2022). Aproveitei para fazer um exame do estado mental de cada pessoa que entrava no gabinete. Ser capaz de avaliar naqueles 5 minutos se existe alguma alteração relevante ao estado habitual da pessoa que mereça uma intervenção, quer por parte da equipa de enfermagem, quer em articulação com o médico assistente, agilizando e intervindo precocemente para evitar que algum eventual problema se agrave. Antes de cada pessoa entrar era aberto o processo clínico no sistema informático e tinha a oportunidade de trocar algumas impressões com a enfermeira que estava a acompanhar sobre a pessoa que iria entrar no gabinete. Acabei por conduzir a maior parte das consultas, administrando a injeção intramuscular ao mesmo tempo que ia conversando com a pessoa e procurando saber em que momento se encontrava. Verifiquei que muitas das pessoas com quem falei estavam plenamente funcionais, com uma boa relação familiar e com um trabalho estável. Foi uma boa demonstração de que cada vez mais é necessário desmistificar o estigma da doença mental e entendê-la da mesma forma que outras doenças crónicas são entendidas. Que, se devidamente medicadas e acompanhadas, as pessoas conseguem lidar com os stresses da vida, trabalhar de forma produtiva e estarem aptas para dar a sua contribuição para a comunidade. Por fim tive ainda a oportunidade de assistir a duas consultas pós-alta com a Enf. C.. Esta consulta é marcada no momento da alta da UIDA para uma semana após a mesma, e é feita por um dos enfermeiros especialistas de saúde mental e psiquiátrica da Consulta externa. É uma atividade de enfermagem especializada com o objetivo de promover a continuidade dos cuidados, fazendo uma avaliação global e pormenorizada próxima do momento da alta hospitalar, verificando como se está adaptar ao seu dia-a-dia, ao regime terapêutico, identificando eventuais necessidades que possam ser atendidas pelo próprio enfermeiro ou encaminhando para outros elementos da equipa multidisciplinar e/ou recursos da comunidade, até que a pessoa tenha a consulta médica que acontece duas semanas após a alta. Felizmente para a minha aprendizagem, eram duas pessoas que acompanhei de perto na UIDA praticamente desde a sua entrada até ao momento da alta. Foi possível assistir à sua evolução desde a fase aguda, em que ambos tiveram momentos de grande agitação psicomotora, com agressividade e necessidade de contenção física e química, um deles com alucinações visuais e auditivas, o outro com delírios persecutórios. Progrediram durante o internamento até reunirem condições para terem alta e, passado uma semana, pareciam estar ainda melhores, com humor eutímico, com um discurso e pensamento bastante organizado, conseguindo formular projetos concretos e exequíveis para o futuro próximo. A Enf.a C. conduziu muito bem estas consultas,

com vários momentos de psicoeducação em que, num dos casos, foi também útil para a familiar que o acompanhava, indicando todos os recursos que estão disponíveis para as pessoas por parte do Departamento, indicando tudo o que iria acontecer nas etapas seguintes dos seus acompanhamentos. Fiz na altura o registo no sistema informático de ambas as consultas.

Assisti ainda a duas sessões conduzidas pela colega R. que estavam inseridas no seu programa de intervenção de MindFullness com o tema "Lembra-se quando é que deixou de dançar". Foi muito interessante esta presença porque o tema foi o mesmo mas a composição do grupo foi distinta. No primeiro grupo estavam presentes 7 pessoas, enquanto que no segundo estavam apenas 3. A colega ficou um pouco apreensiva com a sessão para o segundo grupo, receando que, com um número inferior houvesse menos participação, o que era uma condição necessária para o sucesso da sessão. Acabou por acontecer o contrário. A R. referiu inclusive que um dos utentes que participou costuma ser muito mais reservado e esta foi a vez em que foi mais participativo. O que inicialmente parecia ser um desafio maior e ser mais difícil com um grupo mais pequeno, acabou por ser uma mais valia que permitiu uma maior partilha de experiências. As 3 pessoas acabaram por se sentir muito mais à vontade para partilhar histórias mais pessoais o que contribuiu muito para o sucesso da sessão superando as expectativas e sendo mesmo mais dinâmica do que a primeira para o grupo maior.

Em suma, a passagem por esta parte externa do Departamento de Psiquiatria do centro hospitalar foi muito importante para a minha aprendizagem e para os objetivos do meu estágio. Foi possível compreender a ação do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica em diferentes contextos e diferentes momentos do ciclo de vida da pessoa e da sua família e os recursos que estão disponíveis para dar apoio à pessoa que, no momento da alta, ainda precisa de uma rede de suporte para que continue no seu caminho de recuperação, e que depois se mantenha estável, funcional e evite recaídas. Senti-me bastante bem, tranquilo e até esperançoso, durante estes dias neste local, esperançoso por ter ficado a saber que existem muito mais recursos e soluções para as pessoas que deles necessitam do que pensava, e, consegui também imaginar-me a desempenhar funções nesta unidade num futuro próximo.

De regresso à UIDA comecei a sentir-me cada vez mais à vontade, com maior autonomia. Ao mesmo tempo que me fui focando em acompanhar alguns casos mais de perto, fui-me integrando cada vez mais na equipa e fui intervindo em várias situações no próprio momento, sentindo cada vez mais uma relação de confiança com as pessoas que estão internadas num cada vez menor tempo de interação. Isto é, anteriormente sentia que precisava de alguns dias para que a pessoa se sentisse confortável e confiasse em mim para falar comigo e agora sinto que essa aproximação é mais precoce. Provavelmente demonstro menos receio e mais empatia logo na primeira abordagem e isso faz com que a pessoa se sinta mais segura logo de início também. Ao ler o livro "The Body keeps the score" na mesma altura, encontrei uma explicação interessante sobre esta capacidade na interação. Foi Stephen Porges que avançou em 1994 com a Teoria



Polivagal que nos oferece uma compreensão mais sofisticada da biologia do perigo e segurança, baseada na relação entre as respostas viscerais dos nossos corpos e as vozes e expressões faciais das pessoas à nossa volta (Van der Kolk, 2015). Polivagal refere-se aos vários ramos do nervo vagal que conecta vários órgãos, incluindo o cérebro, pulmões, coração, estômago e intestinos. Explica porque razão uma expressão amigável ou um tom de voz suave pode mudar dramaticamente a forma como nos sentimos. Indica que os seres-humanos estão incrivelmente sintonizados para se aperceberem de mudanças emocionais subtis nas pessoas à sua volta. Que pequenas mudanças na tensão das sobrancelhas, rugas à volta dos olhos, curvatura dos lábios e o ângulo do pescoço depressa nos sinalizam o quão confortável, receosa, relaxada ou assustada a pessoa está. E isso poderá condicionar a outra pessoa também para se sentir mais à vontade ou não, confiando mais ou menos na pessoa que tem à sua frente. Toda esta explicação me fez sentido à luz da minha prática. Algo que sempre entendi de forma empírica está devidamente fundamentado nessa teoria.

Até chegar às férias acompanhei de perto o caso da L, sobre a qual depois tive a oportunidade de elaborar um estudo de caso. Era um objetivo que tinha delineado ainda na reflexão anterior e com a Enf. M., o de poder estabelecer a ponte entre a pessoa e a sua família, dando resposta ao que está preconizado nas competências do enfermeiro especialista, que a nossa ação deve ser sempre direcionada para a pessoa integrada na sua família, grupo e comunidade. Após duas entrevistas não formais de colheita de dados e do estabelecimento de uma relação de ajuda verifiquei que o processo familiar de L estava comprometido. Prontamente foi contactada a mãe que se disponibilizou e se reuniu comigo e com a Enfermeira M., tendo sido benéfico para a evolução de L durante o internamento e, espero que também para depois do momento da alta.

No regresso após as férias precisei de 2 dias para retomar o mesmo estado em que me encontrava antes da pausa e agora continuo a sentir-me bem, tranquilo, compenetrado, com disponibilidade para o outro, estando o serviço agora particularmente exigente, dado haver muitas pessoas internadas com um nível de dependência superior ao que é habitual e para o rácio de enfermeiros em cada turno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diana Pereira, Joana Pereira (2022). Raciocínio clínico em Psiquiatria - volume I - principais entidades psiquiátricas. LIDEL

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Van der Kolk, B. A. (2015). The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma. New York, New York, Penguin Books



APÊNDICE 8

Guia sobre Eletroconvulsivoterapia

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental UNIDADE DE ELETROCONVULSIVOTERAPIA Informação para o utente e família Telefone: 265 549000 Extensão: Piso 0 - Hospital São Bernardo Rua Camilo Castelo Branco, Aptd. 140, Setúbal, 2910-446 Setúbal	O que é a Eletroconvulsivoterapia (ECT) e como é que funciona? É uma terapia que envolve a passagem de uma pequena quantidade de corrente elétrica pelo cérebro, produzindo uma convulsão. É administrada sob anestesia geral pelo médico psiquiatra com o apoio do médico anestesista e do enfermeiro. Promove a libertação de substâncias químicas cerebrais, cuja síntese e disponibilidade foi afetada por vários tipos de perturbação mental grave, mudando a forma como as partes do cérebro envolvidas nas emoções interagem umas com as outras. Em que perturbações mentais está indicada? Depressão grave Perturbação Bipolar Esquizofrenia Síndrome de Agitação Psicomotora ou Catatonia de diferentes causas É considerada quando outras opções de tratamento, como psicoterapia ou medicação, não foram bem-sucedidas ou quando alguém está muito doente e precisa de tratamento urgente. Estudos mais recentes indicam que 7 em cada dez pessoas beneficiam do tratamento com a ECT.	Quantas sessões de ECT são necessárias? Pode levar várias sessões antes de você notar uma melhoria. Não é possível prever, com antecedência, quantos tratamentos precisará. Em média, poderá receber 9 ou 10 tratamentos num programa, embora seja habitual ter mais. Se não houver nenhuma melhoria após 6 tratamentos, o seu plano de tratamento será revisto com o seu médico para discutir se deve continuar ou mudar a forma da ECT. A equipa avaliará a sua evolução e possíveis efeitos secundários, sendo questionado sobre a sua memória. A ECT terminará logo após a recuperação completa ou se você disser que não quer continuar e está bem o suficiente para entender essa decisão. Efeitos secundários a curto prazo: dores de cabeça náuseas dores musculares confusão - durante 30 minutos após o tratamento alterações da memória, afetam cerca de 40 % das pessoas submetidas a ECT e são temporárias e reversíveis, revertendo no máximo até 3 semanas após o fim dos tratamentos a longo prazo: Pesquisas científicas rigorosas não encontraram nenhuma evidência de dano cerebral físico em pessoas que fizeram ECT. Não há risco aumentado de epilepsia, acidente vascular cerebral ou demência após a ECT. Cerca de 7% das pessoas submetidas a ECT têm perdas de memória persistente de alguns eventos 12 meses após o último tratamento
---	---	--

Preparação para ECT Nos dias anteriores ao início da ECT, o seu médico irá pedir alguns testes (análise de sangue, eletrocardiograma e raio-x tórax) para garantir que é seguro receber uma anestesia geral. Não deve comer ou beber nada pelo menos 6 horas antes da ECT para que possa ser anestesiado(a) em segurança. Se toma habitualmente alguma medicação, deverá indicá-lo previamente à equipa de ECT para confirmar se pode tomar ou não. O que acontece no dia do tratamento? Será recebido(a) na unidade pelo enfermeiro que o(a) encaminhará para a sala onde fará o recobro após o tratamento e onde estarão também outras pessoas para o mesmo tratamento. Será avaliado o seu peso, a sua tensão arterial e os seus batimentos cardíacos. Será colocado um catéter numa veia do seu braço por onde será dada a medicação. Quando chegar a hora do seu tratamento será levado(a) numa maca pelo enfermeiro(a) e pelo(a) auxiliar de ação médica até ao bloco operatório, onde irá ser efetuado o procedimento. Será recebido(a) pela equipa do Bloco Operatório responsável pela EC, que o(a) levarão para a sala indicada.	O que acontece enquanto estiver a dormir? Enquanto dorme, será-lhe dado um relaxante muscular. Dois discos de metal serão colocados na sua cabeça, podendo ser um de cada lado ou os dois do mesmo lado. A máquina de ECT fornecerá uma série de breves pulsos elétricos, por três a oito segundos. Isto resultará num ataque epiléptico controlado que dura em média 40 segundos, podendo durar até 120 segundos. O seu corpo ficará rígido e haverá espasmos, geralmente vistos nas suas mãos, pés e rosto. O relaxante muscular reduz o quanto seu corpo se move. A dose dos pulsos elétricos dados é baseada na quantidade necessária para induzir um ataque. A sua resposta será monitorizada e a dose ajustada de acordo com o necessário. O que acontece logo a seguir a acordar? O efeito do relaxante muscular desaparecerá em alguns minutos. Assim que acordar, a equipa de ECT o(a) levará para a sala de recobro. O enfermeiro avaliará a sua pressão arterial e fará algumas perguntas simples para verificar como está. Pode demorar um pouco para acordar completamente e, a princípio, pode não saber onde está. Passado meia hora esses efeitos já deverão ter passado e será-lhe oferecido um lanche. Todo o processo leva geralmente cerca de uma hora e poderá sair quando o seu estado físico estiver estável e se sentir pronto(a) para isso.	Nas 24 horas após cada tratamento, NÃO PODE: • conduzir; • beber álcool; • assinar quaisquer documentos legais; • tomar decisões importantes Deve ter um adulto responsável consigo durante este tempo. Onde posso encontrar mais informação? (Referências) Royal College of Psychiatrists (2023). Electroconvulsive Therapy. https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/ect Ali, S. A., Mathur, N., Malhotra, A. K., & Braga, R. J. (2019). Electroconvulsive Therapy and Schizophrenia: A Systematic Review. <i>Molecular neuropsychiatry</i>, 5(2), 75–83. https://doi.org/10.1159/000497376 Lloyd, J. R., Silverman, E. R., Kugler, J. L., & Cooper, J. J. (2020). Electroconvulsive Therapy for Patients with Catatonia: Current Perspectives. <i>Neuropsychiatric disease and treatment</i>, 16, 2191–2208. https://doi.org/10.2147/NDT.S231573 Mankad M, Beyer J, Weiner R, Krystal (2010). A "Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy"; American Psychiatric Publishing Inc. Arlington 2010. Autores Enfermeiro Luis Soares (Enfermeiro CHS) Enfermeira Marta Silva (Enfermeira Especialista Saúde Mental e Psiquiátrica CHS)
--	--	--

ANEXOS

ANEXO 1
MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)

I. ORIENTAÇÃO Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? _____
6. Em que País estamos? _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? _____
10. Em que andar estamos? _____

II. RETENÇÃO “Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.” As palavras são:

PERA GATO BOLA

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____ Nota: _____

III. ATENÇÃO E CÁLCULO “Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) (27) (24) (21) (18) (15) Nota: _____

IV. EVOCAÇÃO (Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção) “Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____

V. LINGUAGEM (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” Nota: _____

b) Mostrar um lápis.

“Como se chama isto?” Nota: _____

c) Repetir a frase:

“O rato rói a rolha” Nota: _____

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”. (Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____

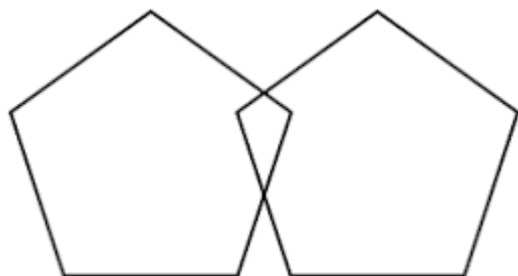
Dobra o papel ao meio _____

Coloca o papel no chão _____

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão.” Mostrar o cartão com a frase: “FECHE OS OLHOS”. (Dar 1 ponto por cada realização correta).

f) “Escreva uma frase.” (A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou com erros de trocas de letras não contam como erros.) Nota: _____

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar.” Mostrar o desenho num cartão. (os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



NOTA TOTAL: _____



ANEXO 2

Escala de avaliação de Ansiedade de Hamilton

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton – Versão de Consenso (TS)

	0 Ausente	1 Ligeira	2 Mode- rada	3 Grave	4 Muito Grave(Incapa- citante)
1. Sinais de Ansiedade: Preocupação, apreensão, sofrer por antecipação, previsão do pior, irritabilidade.					
2. Tensão: Sentir-se tenso, fadiga, incapacidade para relaxar, reação de sobressalto, choro fácil, labilidade emocional, tremores e sensação de cansaço.					
3. Medos: Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insônia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não regenerador associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual/cognitivo: dificuldade de concentração, déficit de memória.					
6. Sinais de depressão: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, sinais de depressão, insônia terminal, alterações do humor.					
7. Nível Somático muscular: Dores musculares e dores de cabeça, espasmos musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz trêmula.					
8. Nível somático sensorial: ruídos auditivos, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueliro.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dispepsia: dor abdominal antes ou depois das refeições, azia, sensação de enfartamento, refluxo, náuseas, vômitos, ruídos intestinais, diarreia, perda de peso, obstipação.					
12. Sintomas Geniturinários: Polaquiúria, urgência urinária, amenorreia, menorragia, disfunção sexual feminina, ejaculação precoce, disfunção erétil, impotência.					
13. Sintomas Autonômicos: Xerostomia, corar, palidez, hipersudorese, vertigens, cefaleias, arrepios.					
14. Comportamento na Entrevista: Tenso (não relaxado), tiques nervosos (apertar os dedos ou mãos), inquietação ou agitação, mãos suadas, testa franzida, expressão facial tensa, aumento da tensão muscular, suspirar, palidez facial, engolir repetidamente, etc.					

