

Vasco Borges

Comportamentos
Aditivos

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica**

COMPORTAMENTOS ADITIVOS

**RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Vasco Borges

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Comportamentos Aditivos

Addictive Behaviors

Relatório orientado pela Professora Doutora
Regina Pires e coorientado pelo Professor
Doutor Francisco Sampaio

Autor: Vasco Borges

Porto, 2023

RESUMO

No âmbito da Unidade Curricular (UC), estágio de natureza profissional com relatório – Módulo II, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, preconizou-se a elaboração de um relatório subordinada à temática transversal Comportamentos Aditivos. Este relatório foi realizado com vista a descrever o percurso desde a elaboração do projeto de estágio até a elaboração deste documento final. Foram definidos objetivos principais a cumprir, como a identificação dos diagnósticos de Enfermagem e os focos de cuidados de Enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica, a elaboração do processo de Enfermagem e implementação das intervenções considerados mais pertinentes e a reflexão crítica sobre os resultados obtidos, bem como sobre a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em diversos contextos.

No que se refere à metodologia utilizada para a realização do trabalho, esta construção baseia-se no método descritivo com uma abordagem qualitativa, tendo por base uma revisão bibliográfica, partindo da pesquisa de artigos de investigação atuais, livros e teses de mestrado e de doutoramento, sem esquecer as plataformas digitais e alguns repositórios de várias universidades. Todo o percurso realizado na elaboração deste trabalho revelou-se extremamente enriquecedor, levando-nos a considerar a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica como uma área com um grande potencial de intervenção, sobretudo nos utentes que apresentam comportamentos aditivos.

Concluímos que muito pode ser feito por estes utentes, e que a falta de meios materiais e humanos condicionam muitas vezes o auxílio prestado. Esses défices condicionam também a mobilização de profissionais que possuem competências específicas na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, descritas no Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto 2018 que, devido às suas competências, poderiam aportar contributos únicos, válidos e eficazes para o terreno.

Palavras-chave: Abuso de substâncias; Drogas Ilícitas; Intervenções Terapêuticas; Entrevista Motivacional

ABSTRACT

Within the scope of the Curricular Unit (CU), professional internship with report - Module II, of the Master's Degree Course in Mental Health and Psychiatric Nursing, it was recommended that a report be drawn up on the central theme of Addictive Behaviors. This report was carried out in order to describe the path taken by the student from the preparation of the internship project to the preparation of this final document; The main objectives set from the outset were to identify the nursing diagnoses and the focuses of specialized nursing care in Mental Health and Psychiatry; to draw up the nursing process and implement the interventions that would be most pertinent and to carry out a critical reflection on the results obtained, as well as on the importance of the role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing in various contexts.

With regard to the methodology used to carry out the work, this construction is based on the descriptive method with a qualitative approach, based on a bibliographic review, starting from the research of current research articles, books and master's and doctoral theses, not forgetting digital platforms and some computer repositories from various universities.

The whole process of preparing this work proved to be extremely enriching, leading the student to reflect on Mental Health and Psychiatric Nursing as an area with great potential for intervention, especially with users who display addictive behaviors.

We are left with the conviction that more can be done for these users, and that the lack of material and human resources greatly affects the assistance provided, these deficits also affect the mobilization of professionals who have specific Mental Health and Psychiatric skills described in Regulation no. 515/2018 of 7 August 2018, professionals who, due to their skills, could make unique contributions to the field in a valid and effective way.

Keywords: Substance Abuse; Illicit Drugs; Therapeutic Interventions; Motivational Interviewing.

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DGS - Direção Geral de Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MESMP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SR - Senhor

SR^a - Senhora

UC - Unidade Curricular

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
2. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE UNIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM UTENTES EM FASE AGUDA.....	19
2.1. O contexto de prestação de cuidados em unidade de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda	19
2.2. Quadro teórico sobre a problemática em estudo	21
2.3. Intervenções resultantes de prescrição.....	22
2.4. Domínios em análise	25
2.5. O processo diagnóstico.....	27
2.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	30
2.5.2. Indicadores de resultados.....	32
2.6. Intervenções de Enfermagem	34
2.7. Avaliação do processo de cuidados	37
3. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE UNIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS COMUNITÁRIOS	39
3.1. O contexto.....	39
3.2. Quadro teórico sobre a problemática em estudo	40
3.3. Intervenções resultantes de prescrição.....	43
3.4. Domínios em análise	44
3.5. O processo diagnóstico/os dados.....	45
3.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	47
3.5.2. Indicadores de resultados.....	48
3.6. Intervenções de Enfermagem	48
3.7. Avaliação do processo de cuidados.....	55
4. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS	57
4.1. O contexto.....	57
4.2. Quadro teórico sobre a problemática em estudo	58
4.3. Intervenções resultantes de prescrição.....	60
4.4. Domínios em análise	62
4.5. O processo diagnóstico/os dados.....	64
4.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	68
4.5.2. Indicadores de resultados.....	68
4.6. Intervenções de Enfermagem	70
4.7. Avaliação do processo de cuidados.....	72
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	75
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
ANEXO 1 – AGENDAMENTO DAS SESSÕES DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO	
ANEXO 2 - FOLHETO INFORMATIVO	
ANEXO 3 - 1ª SESSÃO – MC	
ANEXO 4 - 2ª SESSÃO – MC	
ANEXO 5 - 3ª SESSÃO – MC	

ANEXO 6 - AGENDAMENTO DAS SESSÕES DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL
ANEXO 7 - 1ª SESSÃO – ENTREVISTA MOTIVACIONAL
ANEXO 8 - 2ª SESSÃO – ENTREVISTA MOTIVACIONAL
ANEXO 9 - 3ª SESSÃO – ENTREVISTA MOTIVACIONAL
ANEXO 10 - 4ª SESSÃO – ENTREVISTA MOTIVACIONAL
ANEXO 11 - AGENDAMENTO DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO
ANEXO 12 - 1ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO
ANEXO 13 - 2ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO
ANEXO 14 - AGENDAMENTO DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO
ANEXO 15 - 1ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO
ANEXO 16 - 2ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO
ANEXO 17 - 3ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO
ANEXO 18 - 4ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO
ANEXO 19 - 5ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO
ANEXO 20 - CHECKLIST PARA INTEGRAÇÃO DE PROJETO “AS CASINHAS”

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O estágio incidiu sobre a área de Saúde Mental e Psiquiátrica e dividiu-se em três contextos, tendo decorrido no ano letivo 2022/2023, sob orientação da Professora Doutora Júlia Marques.

A realização deste relatório corresponde ao último passo de um percurso de desenvolvimento e aquisição de competências. Este tem como propósito descrever de forma sistemática a aprendizagem desenvolvida nas unidades curriculares que constituem o plano de estudos do Mestrado, o trabalho desenvolvido nos diferentes locais de estágio, e as atividades elaboradas durante os mesmos, sempre procurando estabelecer uma ligação entre teoria e prática.

Quanto à apresentação deste trabalho, o relatório divide-se em três partes que pretendem espelhar o percurso realizado, tendo em conta os três locais de estágio selecionados, as atividades planeadas e desenvolvidas, bem como a consequente reflexão sobre os estudos de caso realizados e os resultados obtidos. Na última parte é descrito o percurso do estudante no sentido de desenvolver e adquirir as competências consideradas fundamentais para o desenvolvimento do seu trabalho futuramente enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP).

Para a elaboração deste trabalho foram definidos objetivos principais a cumprir durante os momentos de estágio, como sejam a identificação dos diagnósticos de Enfermagem e os focos de cuidados de Enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica; a elaboração do processo de Enfermagem, a implementação das intervenções consideradas mais pertinentes e a realização de reflexão crítica sobre os resultados obtidos, bem como sobre a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em diversos contextos.

Um relatório consiste num documento definitivo, produto final de um trabalho, com duas principais finalidades: fornecer um relato permanente, de um estudo, ou de um trabalho de

pesquisa; fornecer informação, tomada de decisões, e responsabiliza quem o apresenta (Ribeiro, 2011).

Quanto à organização do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), este contempla a realização de estágio em três contextos diferentes, uma unidade de prestação de cuidados comunitários, uma unidade de prestação de cuidados a utentes em fase de descompensação aguda da sua patologia, e, finalmente, uma unidade de respostas diferenciadas.

No que diz respeito à escolha da temática transversal, foi essencial fazer uma introspeção no sentido de chegar a um tema que se afigurasse relevante, pertinente e aliciante. Optamos pelo tema “comportamentos aditivos” pelo contacto diário que tivemos com utentes que padecem desta patologia antes de iniciar este curso, o que despoletou curiosidade e ânsia de aprofundar o tema.

Contribuiu também para esta escolha a forte incidência de utentes que padecem desta perturbação e manifestam alterações de comportamento tão drásticas que culminam, muitas vezes, no afastamento de tudo e todos quantos os rodeiam. Trata-se de uma perturbação com forte impacto negativo na pessoa e na sociedade em que estão inseridos (Townsend, 2011).

No que se refere à metodologia utilizada para a realização do trabalho, esta baseia-se no método descritivo com uma abordagem qualitativa, tendo por base a revisão bibliográfica, partindo da pesquisa de artigos de investigação atuais, livros, teses de mestrado e de doutoramento, plataformas digitais e repositórios informáticos de várias universidades.

Não deve ficar esquecido que foram também realizados estudos de caso, nomeadamente um por cada local de estágio onde o estudante desenvolveu as suas competências.

Todo o percurso realizado na elaboração deste trabalho revelou-se extremamente enriquecedor, levando o estudante a refletir sobre a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica como uma área com um grande potencial de intervenção, sobretudo nos utentes que apresentam comportamentos aditivos.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos da temática em estudo. Trata-se de um processo que começa pela escolha de um tema e culmina com a definição dos aspetos que poderão ficar por estudar e/ou que poderão carecer de mais investigação.

Conceptualizar refere-se a um processo ou a uma forma ordenada de formular e documentar ideias acerca de um assunto preciso com a finalidade de chegar a uma conceção clara e organizada do objetivo em estudo (Fortin et al., 2009).

Como tal, durante este documento tentaremos explicar as aprendizagens e atividades desenvolvidas durante o estágio sustentadas em pesquisas bibliográficas subjacentes ao tema transversal que, como referimos, incide sobre os comportamentos aditivos.

Quanto ao tema, é sabido que “Em todos os tempos, e em todas as culturas, o ser humano procurou consumir substâncias que lhe permitissem uma evasão, um refúgio, uma superação. Esse consumo converteu-se, por vezes em dependência, tornando-se uma realidade preocupante em determinadas épocas e sociedades” (Santos, 2002, p. 4).

Importa também referir que, nos anos 60 do século XX, a Organização Mundial da Saúde apresentou os termos farmacodependência e dependência, abrangendo os comportamentos de dependência sem substância (Castro, 2004). Atualmente, considera-se aditivo um comportamento repetitivo face a um objeto, substância ou atividade, algo que se transforma no foco principal da vida de um indivíduo, excluindo-o de outras atividades e/ou rotinas diárias, como o convívio social, trabalho, escola, família, entre outras (Instituto Português da Juventude, 2021).

Os comportamentos aditivos podem ser divididos consoante estamos na presença ou ausência de consumo de substâncias lícitas ou ilícitas. Os comportamentos aditivos com presença de consumo de substância mais frequentes entre os jovens são o consumo de substâncias psicoativas, como o álcool, o tabaco e a *cannabis*. Entre os comportamentos aditivos sem presença/consumo de substância, estão o jogo e do uso da internet (Instituto Português da Juventude, 2021).

Segundo o Comissário Europeu responsável pela Migração, os Assuntos Internos e a Cidadania, Dimitris Avramopoulos, a “Europa enfrenta um problema crescente com as drogas. A procura e a oferta de novas substâncias psicoativas, estimulantes, heroína e outros opiáceos continuam elevadas, com impactos significativos para a saúde pública” (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2016, p. 1).

Não menos importante é “referir que o aparecimento da pandemia COVID-19 veio, de certa forma, alterar os padrões de consumo e as formas de aquisição das substâncias e, também, a forma como lhe foram prestados os cuidados de saúde mínimos para a sua segurança enquanto consumidores” (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2022, p. 21).

Em 2021, no Inquérito Anual de Comportamentos Aditivos, realizado aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional com idade de 18 anos, as prevalências de consumo de qualquer droga foram de 32% ao longo da vida, 25% nos últimos 12 meses, e de 15% nos últimos 30 dias. É de assinalar que, entre 2019 e 2021, apesar da tendência global de diminuição ou estabilidade dos consumos, houve um aumento expressivo da experiência recente de problemas relacionados com o consumo de substâncias ilícitas (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2021).

O *European Web Survey on Drugs: Patterns of Use* realizado, em 2021, a consumidores de substâncias ilícitas, mostra que, em Portugal, com exceção da heroína, houve mais consumidores a reduzirem os consumos com a pandemia do SARS-CoV-2 do que o inverso (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2021).

Estima-se que “em 2020, tenham ocorrido na União Europeia, pelo menos, 5800 mortes por overdose, envolvendo drogas ilícitas, o que representa uma taxa de mortalidade estimada devido a overdoses de 16,7 mortes por milhão na população adulta” (Relatório europeu drogas, 2022, p. 14).

Os problemas resultantes dos consumos de substâncias lícitas ou ilícitas são vistos, a nível psiquiátrico, como uma grave e incapacitante perturbação do comportamento, com consequências para a família do utente, bem como para toda a comunidade envolvente (Mendes, 2015). "Na rede pública e licenciada de Portugal em 2021, registaram-se 440 internamentos relacionados com o uso de drogas em Unidades de Desabilitação e 1980 em Comunidades Terapêuticas, estes internamentos aumentaram face a 2020, ano em que houve

decréscimos relevantes devido à pandemia, após a tendência de estabilidade entre 2016-2019" (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2021, p. 21).

Em suma, poderá concluir-se que as diversas definições de droga e tipos de comportamentos aditivos existentes complementam-se, na medida em que cada uma reflete pontos de vista e aspetos diferentes, sendo todos eles pertinentes para definir conceitos tão complexos.

Como tal, torna-se essencial que os profissionais de saúde e, em particular, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, desenvolvam e atuem de acordo com as suas competências neste campo de intervenção tão vasto, de forma a auxiliar os seus utentes/utentes/utentes da forma mais eficaz possível para que se caminhe em cada vez mais em direção à diminuição de pessoas que padecem deste tipo de perturbação/patologia.

2. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE UNIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM UTENTES EM FASE AGUDA

Nesta parte do relatório, proceder-se-á à descrição física da unidade de prestação de cuidados em utentes em fase aguda, da equipa multidisciplinar, bem como de todo o trabalho realizado neste local de estágio, desde a sua conceção e idealização, até à sua aplicação e desenvolvimento, em colaboração estreita com a equipa multidisciplinar que aí desenvolve todos os dias o seu trabalho em prol dos utentes internados.

2.1. O contexto de prestação de cuidados em unidade de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda

O ciclo de aprendizagem que agora termina teve como parte integrante a realização de um estágio sobre o qual nos propomos refletir.

Enquanto estudante fica a convicção de que o estágio é um momento fulcral do processo de aprendizagem, porque permite pôr em prática e implementar o que foi adquirido na componente teórica do curso, ou, mais genericamente, ao longo do percurso pessoal, académico e profissional.

Para Abreu (2008), o estágio clínico é um momento fundamental e diferenciado de formação, com forte impacto nas esferas pessoal e profissional dos formandos, ajudando-os a aumentar os seus conhecimentos e obterem diversas vivências enriquecedoras do seu trajeto enquanto estudantes e futuros Enfermeiros.

O estágio decorreu, como referido, em três locais diferentes em termos de estrutura física, bem como ao nível do tipo de utentes acolhidos, acompanhados e tratados. Devido às suas diferenças e especificidades, cada um desses contextos tornou-se um local rico e propício para a

aprendizagem, facilitador do desenvolvimento de novas competências enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Deter-nos-emos agora numa breve descrição de cada um desses contextos.

Um dos contextos onde se desenvolveu o estágio foi numa unidade de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda, ou seja, um estabelecimento de internamento que acolhe utentes com patologias Psiquiátricas em fase aguda. Esta instituição é considerada uma das unidades de referência no nosso país nesta área e, por conseguinte, um local de aprendizagem por excelência. Esta unidade é dividida em várias enfermarias e é composta por uma equipa multidisciplinar constituída por vários profissionais de saúde que trabalham em conjunto com o objetivo de proporcionar as melhores soluções para cada um dos utentes internados.

A instituição está estritamente ligada a uma unidade de acompanhamento e prestação de cuidados em ambulatório aos utentes que, não obstante terem tido alta médica, ainda necessitam de acompanhamento, tendo por base a informação transmitida pelos profissionais da unidade de internamento. Nessa unidade também são propostas, para os utentes que assim o desejem, atividades diárias com vista à terapia ocupacional. Muitas vezes os utentes ali internados beneficiam de cuidados de saúde diferenciados devido à fácil e estreita colaboração entre os profissionais de saúde que desenvolvem o seu trabalho na instituição. Os profissionais que compõem essa equipa multidisciplinar são médicos, Enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e auxiliares de ação médica, que, por sua vez, em caso de necessidade comprovada dos utentes internados neste serviço, recorrem a outros profissionais de saúde de outros serviços ou instituições.

Alguns destes profissionais de saúde estão habilitados a realizar intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais. A utilização destas ferramentas por profissionais acreditados, afigura-se uma mais-valia para os utentes.

Durante o estágio, constatámos que os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes foram diagnósticos relacionados com alterações do pensamento com presença de atividade delirante, alterações de comportamento com manifestações de inquietação e agressividade, e comportamentos aditivos com presença de consumo de substâncias lícitas ou ilícitas que, possivelmente, serviram como fator espoletante para todos os restantes.

No que diz respeito aos diagnósticos médicos mais presentes ou que mais vezes foram diagnosticados e tratados nesta unidade, aquando da realização deste trabalho, foram a psicose tóxica com presença de consumo de substâncias lícitas e ilícitas.

2.2. Quadro teórico sobre a problemática em estudo

Para compreender o tema transversal e as suas implicações na vida de cada utente, de cada família e da sociedade em geral, foi realizado em cada local de estágio um estudo de caso que, por sua vez, serviu para desenvolver uma análise mais aprofundada desta problemática (comportamentos aditivos). Deve ser referido que, de forma a ressaltar os participantes nos estudos de casos, a informação apresentada é bastante genérica, protegendo ao máximo a sua identidade.

No que toca ao primeiro caso de estudo relativo a esta instituição, foi internada e tratada uma utente bastante jovem com comportamentos aditivos com presença de substância ilícita, tendo também apresentado alterações do pensamento com presença de atividade delirante. A utente trabalhava, embora em condições pouco estáveis, e tinha baixa escolaridade. Importa notar que, do ponto de vista familiar, o quadro era complexo pois, segundo relatou, o seu companheiro consumia diariamente substâncias ilícitas. No momento do seu internamento, a utente em causa apresentava alterações do pensamento, tais como falsos reconhecimentos e atividade delirante.

Segundo Avramopoulos citado pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) (2016, p. 1), a “Europa enfrenta um problema crescente com as drogas. A procura e a oferta de novas substâncias psicoativas, estimulantes, heroína e outros opiáceos continuam elevadas, com impactos significativos para a saúde pública”.

Aquando do contacto com a sua progenitora, esta referiu que tinha dificuldades em viver com a filha devido aos seus comportamentos, acrescentando que não queria que esta regressasse a casa sem estar “curada”. Esta postura foi confirmada pela utente que referiu que a sua mãe revelava relutância ao seu regresso a casa.

Esta postura da sua progenitora também poderia estar relacionada com o facto de a utente nos informar que, por vezes, apresentaria atividade delirante perante a sua progenitora e que esse tipo de manifestação lhe causava receio, medo do que poderia acontecer.

É sabido que um dos potenciais efeitos do consumo de drogas lícitas ou ilícitas é o aparecimento de atividade delirante ou alucinatória, dando aos utilizadores falsas sensações e reconhecimentos, com consequências graves para o seu estado de saúde (Ramirez, 2020).

Sobre o delírio, importa notar que se trata de uma alteração do conteúdo do pensamento, uma vez que a pessoa acredita fortemente numa ideia irreal, mesmo quando se argumenta que esta não é verdadeira. Os delírios surgem normalmente em pessoas que padecem de outras patologias Psiquiátricas, mas também podem manifestar-se em pessoas com comportamentos aditivos, como o abuso de álcool e drogas. Nestas situações, as pessoas necessitam de tratamento psiquiátrico (Ramirez, 2020).

Após o primeiro contacto com a utente ficou evidente que a mesma poderia beneficiar de uma intervenção por parte de um profissional de saúde capacitado e motivado no sentido de reduzir o seu estado de dependência relativamente ao consumo de substâncias aditivas. Em diálogos informais, a utente referiu que tinha a expectativa de num futuro próximo recuperar e não voltar a consumir, manifestando vontade de refazer a sua vida e mudar atitudes, por forma a não reincidir nos mesmos erros que a levaram a ser internada e, segundo a própria, a destruir parcialmente a sua vida.

2.3 Intervenções resultantes de prescrição

Nesta parte do relatório serão explicadas as intervenções de Enfermagem desenvolvidas tendo em atenção as prescrições efetuadas pela equipa médica para a utente em causa.

A utente foi alvo de um plano terapêutico elaborado por um médico psiquiatra, que realizou a prescrição tendo em conta a sintomatologia observada. A medicação prescrita para a utente foi a Paliperidona, descrita como um medicamento antipsicótico que terá influência sobre a

diminuição da sintomatologia psicótica da utente, neste caso a atividade delirante, tal como a Olanzapina, que terá o mesmo efeito. Posteriormente, a utente ficará com uma monoterapia de Paliperidona em associação com o antidepressivo Sertralina, para uma melhor estabilização do seu estado de humor.

A administração de Paliperidona requer vigilância do possível aparecimento do síndrome maligno dos neurolépticos (febre, taquicardia, convulsões, hipotensão), efeitos extrapiramidais, tais como acatisia, pseudoparkinsonismo, ou aparecimento de discinesia (movimentos musculares involuntários) (Vallerand et al., 2016).

Como medicação antidepressiva, a Sertralina vai, neste caso, atuar como regulador do estado de humor visto a utente em causa se apresentar por vezes ansiosa devido à vontade de consumir substâncias ilícitas e ao facto de estar pela primeira vez hospitalizada. É indicado para a patologia de perturbação de ansiedade generalizada, atuando como inibidor da recaptação neuronal da serotonina, e efeito antidepressivo. Pode provocar cefaleias, tonturas, tremores, boca seca, náuseas e fadiga nos primeiros dias após iniciar a sua toma.

Aquando da administração desta terapêutica o Enfermeiro deve avaliar a possível existência de ideação suicida por parte do utente e ajustar comportamentos e atitudes terapêuticas se necessário. Deve também ser avaliado o apetite e a evolução do estado nutricional do utente.

Deve ser vigiado o possível aparecimento da síndrome de serotonina que tem como manifestações alterações do estado mental, taquicardia ou hipertensão, náuseas, vômitos ou diarreia. Deve ser dada atenção especial às utentes de sexo feminino, procurando-se monitorizar frequentemente as alterações de humor, o estado de ansiedade e as tendências suicidas (Vallerand et al., 2016).

O Lorazepam (benzodiazepinas) funciona como terapia adjuvante para manter os níveis de ansiedade da utente estáveis. Esta medicação requer vigilância sobre o estado de ansiedade da utente. Uma vez que este tipo de terapêutica pode causar dependência deve ser prescrita com cuidado acrescido neste tipo de utentes. É também necessário avaliar os efeitos desta terapêutica sobre o sistema nervoso central de forma a verificar ou não um aumento do risco de queda, sabendo que esta terapêutica pode provocar sonolência, lentificação psicomotora, tonturas e letargia (Vallerand et al., 2016).

O Tramadol foi utilizado nesta utente para combater dores numa articulação e alguns efeitos de *craving* (vontade de consumo). Aquando da administração desta terapêutica existem cuidados inerentes que os Enfermeiros devem ter, tais como:

- Vigiar a presença de efeitos secundários;
- Vigiar tonturas, sonolência, letargia, excitação paradoxal, cefaleias, depressão respiratória, dependência (física e psicológica), monitorizar estado mental da utente (orientação, estado de humor, comportamento);
- Vigiar alterações gastrointestinais, tais como náuseas, vômitos, diarreia ou obstipação;
- Monitorizar a tensão arterial e frequência cardíaca, o aparecimento da síndrome maligna dos neurolépticos (febre, dificuldades respiratórias, taquicardia, convulsões, perda de controlo de esfíncteres, rigidez muscular, hipertensão ou hipotensão) (Vallerand et al., 2016).

É sabido que a maioria dos medicamentos utilizados no tratamento das doenças mentais são compostos por substâncias que tem a capacidade de atuar no nosso cérebro, diminuindo ou eliminando os sintomas provocados pelas doenças mentais.

Deve ser sempre facultada informação ao utente e/ou à sua família/cuidadores, sobre a toma da medicação e a sua importância, quais os sinais a vigiar e a procurar ajuda se necessário. Deve ser salientado que a terapêutica é sempre incompatível com consumos de substâncias lícitas ou ilícitas. Para além da vigilância dos sintomas acima descritos, será sempre de salientar que o Enfermeiro deve vigiar os cinco certos (medicação certa, utente certo, dose certa, via certa, hora certa, para se certificar que não ocorrem erros de administração.

Todas estas intervenções e vigilância foram desenvolvidas com o objetivo de melhorar o quotidiano e condição de vida da utente em causa. No entanto, neste capítulo, não podemos deixar de referir as intervenções mais específicas desenvolvidas, nomeadamente aquelas que visaram a melhoria da sua saúde mental e Psiquiátrica desta utente.

2.4 Domínios em análise

Para melhor descrever a forma como foi realizada a identificação dos domínios de Enfermagem a intervir neste estudo de caso, é necessário, em primeiro lugar, compreender em que consiste o processo de Enfermagem. Ora, tal processo implica planear a forma de abordar o utente em causa, e iniciar contacto com este para que se consiga criar uma relação terapêutica sólida, que sirva de ponto de partida para outros encontros formais ou informais de forma a identificar diagnósticos de Enfermagem válidos e pertinentes. Assim, pode dizer-se que o processo de Enfermagem é a base científica que dá sustentação às ações de Enfermagem, sendo considerado uma forma ordenada e sistemática do agir do Enfermeiro para identificar e resolver problemas identificados junto dos utentes (Almeida, 2011).

Por essa razão, foi essencial planear a forma de abordar e atuar junto da utente antes da realização da entrevista clínica, preparando tudo aquilo que se considerou necessário e essencial para o bom desenvolvimento da mesma, de forma a que a relação terapêutica pudesse começar, ou iniciar-se de forma adequada.

Após este planeamento foi então possível realizar a entrevista clínica com a utente. Esta abordagem pode ser descrita como um encontro planeado entre duas pessoas, limitado no tempo, dirigida por um Enfermeiro Especialista com competências adquiridas, utilizando um conjunto de técnicas e de conhecimentos adquiridos e específicos numa relação profissional, com o intuito de clarificar, identificar ou excluir um diagnóstico de Enfermagem. A entrevista tem como objetivo descrever e avaliar aspetos pessoais, relacionais ou sistémicos, num processo que tem como fim último a proposta de recomendações e encaminhamento ou proposta de intervenção em benefício da pessoa entrevistada (Phaneuf, 2001). A entrevista clínica é, por estas razões, considerada essencial para a identificação dos possíveis diagnósticos de Enfermagem e para o início de uma possível relação terapêutica estável.

Através da realização da entrevista clínica e na sequência da recolha de dados foi possível identificar domínios e diagnósticos de Enfermagem pertinentes para este estudo de caso e relacionados com a temática transversal que optámos por desenvolver.

Com efeito, os domínios tidos como pertinentes a trabalhar com esta utente, e que do ponto de vista do estudante se tornaram mais evidentes de serem submetidos a trabalho específico e

especializado, foram o abuso de drogas. Este domínio foi identificado de forma simples e rápida visto que a utente em causa afirmou que, até ao momento da hospitalização, consumia substâncias aditivas ilícitas todos os dias, várias vezes por dia.

O termo adição tem a sua origem no latim, mais especificamente na palavra *addictus*, que significa constrangimento pelo corpo, e pode ser definida como uma obsessão compulsiva para consumir qualquer tipo de droga que modifique o comportamento, atitudes e relacionamentos sociais. De facto, o termo adição abrange todo o conjunto de perturbações comportamentais associadas a hábitos, dependências ou excessos (Nunes & Jólluskin, 2007).

Outro domínio de Enfermagem selecionado foi o pensamento, nomeadamente a presença de delírios, ou seja, alteração do pensamento. Com efeito, o delírio é uma alteração do pensamento relacionada com a formação de juízos, sendo considerado um erro do processo de ajuizar que tem origem na doença mental (Dalgalarondo, 2000). Pode também ser visto como o desenvolvimento de um conjunto de juízos falsos como consequência de uma ou várias condições patológicas preexistentes e que não se corrigem por meios racionais (Paim, 1986).

De facto, nos primeiros dias, a utente apresentou atividade delirante de prejuízo em relação à sua família e amigos, facto que impossibilitou por alguns momentos a interação adequada entre a utente e a equipa de Enfermagem.

Outro dos domínios selecionados estará relacionado com a alteração das emoções demonstrada pela utente ao longo da sua hospitalização, manifestada através da presença de sintomas que nos conduzem ao diagnóstico de ansiedade. Esta alteração estava, segundo descrição da utente, relacionada com a vontade de consumir, e com o facto de ser a sua primeira hospitalização. Segundo Hollander e Simeon (2008) citados por Townsend (2011, p. 584), “as perturbações da ansiedade são as mais comuns de todas as doenças Psiquiátricas e originam incapacidade funcional e sofrimento considerável para os utentes”.

De acordo com o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (2013-2020), as dependências de substâncias psicoativas induzem um desejo intenso de consumo, um descontrolo sobre o uso de substâncias, e manutenção de consumos independentemente das consequências, a prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações e o aumento da tolerância aos sintomas. Os sintomas deste tipo de perturbação passam por ansiedade proeminente, ataques de pânico, fobias ou compulsões. A prestação de cuidados de Enfermagem a utentes com perturbação de ansiedade induzida por

substâncias "deve ter em consideração a natureza da substância e o contexto em que os sintomas ocorrem, ou seja, a intoxicação ou abstinência" (Townsend, 2011, p. 600).

Foi também selecionado o domínio do autoconceito comprometido, uma vez que a utente afirmou na entrevista clínica que, apesar de nunca ter tido problemas de autoestima ou autoconfiança, nem nenhum tipo de complexo com a sua aparência, se sentiu constrangida no momento da sua hospitalização, aquando da sua "entrada" no serviço de internamento de psiquiatria, por corresponder à sua primeira hospitalização e devido ao preconceito das pessoas em seu redor no que diz respeito à palavra "psiquiatria".

Estes foram os domínios que conduziram à identificação de diagnósticos de Enfermagem e a intervenções tidas como pertinentes com o objetivo de melhorar a condição de saúde mental e Psiquiátrica da utente.

2.5. O processo diagnóstico

Importa referir que os diagnósticos foram identificados durante a realização da entrevista clínica com recurso a várias ferramentas, como a consulta bibliográfica e da plataforma *nursingontos* da Escola Superior de Enfermagem do Porto, assim como pela mobilização de conhecimentos adquiridos e consolidados ao longo do percurso enquanto estudante.

Os dados recolhidos durante a entrevista clínica estavam em linha com os diagnósticos identificados e foi evidente que a qualidade de vida da utente piorou a partir do momento em que encetou o consumo de substâncias aditivas e desenvolveu comportamentos aditivos, ficando claro que estas foram tomando um lugar tão central na sua vida, ao ponto da paciente reconhecer ter "perdido tudo para as drogas", referindo-se consciente das complicações de saúde que lhe foram aparecendo e da sua ligação aos consumos.

Com efeito, a utilização de vários instrumentos de avaliação, e a interpretação dos dados recolhidos, levaram-nos a concluir que os comportamentos aditivos assumiram uma parte

importante da vida da utente num sentido negativo, tendo-a conduzido a uma situação de difícil resolução.

Refira-se que foram vários os diagnósticos de Enfermagem identificados para esta utente, nomeadamente o comportamento aditivo (abuso de drogas). Este diagnóstico foi identificado de forma simples e rápida visto que a utente em causa afirmou que, até ao momento da hospitalização, consumia substâncias aditivas ilícitas várias vezes por dia e que o consumo dessas substâncias alterava o desenvolvimento do seu quotidiano. Nos dias em que não existisse consumo a mesma sentia-se mais agitada, irrequieta e ansiosa. Referiu ainda que sentia que quando consumia em demasia tinha noção que o seu discurso e ideias (pensamentos) ficavam alterados. Assim, na sequência da entrevista, pareceu lógico avaliar o pensamento da utente, tendo sido diagnosticado delírio. Este diagnóstico resulta não só do facto de a utente ter referido que a sua progenitora por vezes achava o seu discurso incoerente, mas também porque aquando da realização da entrevista clínica a utente evidenciou um discurso incoerente, nomeadamente com presença de atividade delirante de prejuízo relacionado com a sua família.

Como dissemos antes, considera-se delírio uma alteração do conteúdo do pensamento relacionada com a formação de juízos, sendo considerado um erro do processo de ajuizar que tem origem na doença mental. Pode também ser visto como o desenvolvimento de um conjunto de juízos falsos como consequência de uma ou várias condições patológicas preexistentes e que não se corrigem por meios racionais (Paim, 1986).

De acordo com Cheniaux (2011), o delírio corresponde a uma convicção extraordinária e inabalável, com um conteúdo impossível (realidade distorcida) e não suscetível à influência. Assim, o delírio ou ideias delirantes são juízos patologicamente falsos da função cognitiva.

Outro dos diagnósticos identificados está relacionado com a alteração das emoções demonstrada pela utente ao longo da sua hospitalização que se evidenciou em sintomas que nos levaram à identificação do diagnóstico de ansiedade. Segundo a descrição da utente a ansiedade estava relacionada com a vontade de consumir (*craving*), e com o facto de ser a sua primeira hospitalização.

De acordo com o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (2013-2020), as dependências de substâncias psicoativas induzem um desejo intenso de consumo, um descontrolo sobre o uso de substâncias, e manutenção de consumos independentemente das consequências, a prioridade dada aos consumos em detrimento de

outras atividades e obrigações e o aumento da tolerância aos sintomas. Os sintomas deste tipo de perturbação passam por ansiedade proeminente, ataques de pânico, fobias ou compulsões. A prestação de cuidados de Enfermagem a utentes com perturbação de ansiedade induzida por substâncias "deve ter em consideração a natureza da substância e o contexto em que os sintomas ocorrem, ou seja, a intoxicação ou abstinência" (Townsend, 2011, p. 600).

Algo que foi também abordado durante a entrevista clínica foi o facto de a utente parecer insegura, visto que manifestou sentimentos de desvalorização de si própria pelo facto de ter sido hospitalizada naquela unidade. A mesma afirmou que nunca teve problemas de autoestima ou autoconfiança, nem nenhum tipo de complexo com a sua aparência. O único momento em que se sentiu menos segura foi aquando da sua entrada no serviço de internamento de Psiquiatria, por ser a sua primeira hospitalização e ter receio do preconceito que afirmou existir.

Durante as primeiras horas de hospitalização, a utente apresentou um comportamento agressivo, dirigindo palavras menos próprias à equipa de Enfermagem e de auxiliares. Por vezes também demonstrou alguma tensão que se pode explicar pelo aparecimento dos sintomas e sinais de privação e, consequentemente, da vontade de consumir (*craving*). Estes comportamentos foram-se dissipando com a introdução do plano terapêutico, e a postura adequada da equipa multidisciplinar.

Sabe-se hoje que a relação entre o uso de drogas e a violência é complexa. Não há uma causa única que determine ou indique que o consumo de drogas gera comportamentos agressivos. Em rigor, não existe evidência clara e inequívoca de que a agressividade desencadeia o consumo das drogas. É possível que ambos sofram influência do contexto social para coexistirem (Laranjeira et al., 2005). Aquilo que se sabe é que os problemas que aparecem associados ao consumo de drogas, e que levam à disfuncionalidade, são vistos, a nível psiquiátrico, como uma grave e incapacitante perturbação do comportamento com consequências nefastas para a família e comunidade envolvente (Mendes, 2015).

Tendo em conta o estado de saúde da utente, esta teve um plano terapêutico desenvolvido numa primeira fase para diminuir a sua atividade psicótica, a sua vontade de consumir, assim como os sinais e sintomas de abstinência decorrentes da ausência de consumo. Para além de medicação, o plano terapêutico englobou atitudes e comportamentos desenvolvidos pela equipa multidisciplinar de forma a auxiliar a utente o melhor possível.

No decorrer da hospitalização o plano terapêutico foi sendo adaptado segundo as avaliações da equipa multidisciplinar de forma a que o mesmo se tornasse o mais próximo possível daquele que a utente teria aquando da alta médica.

2.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Neste quadro e no que diz respeito aos objetivos e prioridades no planeamento de cuidados, foi sempre tido em conta quais seriam os objetivos da utente relativamente a esta hospitalização. Tentou-se perceber o significado da hospitalização para a utente, e o que a mesma pretendia obter ou mudar durante a sua permanência na instituição.

Algo que também se revelou necessário e fundamental, foi a verificação do estágio de motivação da utente, visto que se a utente não se encontrar motivada para a mudança, ou se a utente não sentir que deve alterar algo, torna-se difícil, para não dizer quase impossível, para a equipa multidisciplinar atuar de forma adequada.

Os estádios de motivação para a mudança podem ser classificados e descritos como pré-contemplação, contemplação, preparação e ação.

A pré-contemplação é um estágio no qual não se verifica qualquer tipo de intenção de mudança de comportamento num futuro próximo. O utente ignora ou nega todos os aspetos negativos decorrentes da dependência, dizendo não possuir nenhum problema. O utente não tem consciência do comportamento que deve mudar. Nesta fase o mais importante é sensibilizar e informar sobre o problema (Prochaska & DiClemente, 2003).

A contemplação é um estágio no qual o utente se esforça para compreender a sua problemática e reflete acerca das possíveis soluções. No entanto, encontra-se numa fase de ambivalência, não estando preparado para a mudança. Não obstante existir uma consciencialização, não se verifica envolvimento no processo de mudança. Segundo Sequeira (2016), nesta fase deve reforçar-se a motivação, dando a conhecer as vantagens da mudança.

A preparação é um estágio no qual o utente se sente preparado para a mudança e assume um compromisso relativamente à mesma. Nesta fase, o indivíduo já desenvolveu a consciencialização, está envolvido e mentalmente iniciou uma preparação para o início do processo, sendo importante clarificar as estratégias a adotar para a mudança, as vantagens e as desvantagens (Sequeira, 2016).

Na fase da ação, o utente modifica os seus comportamentos, experiências e como lida com o meio ambiente. A finalidade é superar a dependência, pelo que é necessário rever o plano de ação, avaliar o potencial de eficácia e resolver problemas associados à sua implementação (Sequeira, 2016).

A fase de manutenção é quando o indivíduo trabalha nos seus ganhos em saúde para não ter uma recaída. Nesta etapa é necessário reforçar o plano de ação, orientando o paciente para a utilização de vários recursos. Nesta fase não se deve assumir uma ausência de mudança, mas uma continuidade da mesma.

A recaída pode verificar-se em qualquer altura do processo de mudança, não tendo necessariamente de corresponder a uma regressão total. Para a debelar, deve ser reforçada a necessidade de mudança de comportamento.

Assim sendo, aquando da realização da entrevista clínica e durante a realização das várias sessões de intervenção que foram desenvolvidas com a utente, o principal objetivo traçado pela utente foi a promoção e recuperação de abuso de drogas, alterar os seus comportamentos, ou seja, diminuir ou, se possível, cessar o consumo de substâncias lícitas ou ilícitas. A utente foi internada devido a complicações de saúde que surgiram no seguimento de comportamentos aditivos de longa data, pelo que esta indicou que era seu objetivo principal deixar de consumir, mudar o seu tipo de comportamentos de forma a mudar a sua vida e o seu quotidiano.

Como tal, e visto que o objetivo principal traçado pela utente seria mudar os seus comportamentos, a meta primordial da intervenção do estudante foi fazer com que a utente se sentisse motivada, e capacitada para enfrentar a problemática que a afetava, de forma a que renunciasse aos comportamentos aditivos que a conduziram à hospitalização. Esta ação está em linha com o que se espera dos profissionais de saúde junto de utentes com presença de comportamentos aditivos, que se deve centrar na valorização da motivação dos utentes para a mudança de comportamento, na dissuasão dos consumos, na promoção da saúde, num

incentivo à maior adesão aos apoios especializados disponíveis, sejam eles de prevenção, tratamento ou reinserção (Direção Geral da Saúde [DGS], 2014).

Outro dos objetivos do planeamento de cuidados junto da utente foi o de diminuir a ansiedade e promover o autocontrolo da mesma. Para tal, foram adotadas medidas e desenvolvidos alguns comportamentos e atitudes de forma a auxiliar a utente neste processo, nomeadamente disponibilizar a presença, planear e implementar a escuta ativa, oferecer suporte emocional, manifestar interesse pelo que a utente diz, demonstrar uma atitude de aceitação, ouvir as suas preocupações, estar fisicamente disponível, permanecendo como suporte e garantia de segurança, facilitando assim redução do medo, encorajar a verbalização de sentimentos, perceções e medos, ajudar o utente na identificação de situações problema geradoras de ansiedade, encorajar a expressar sentimentos de ansiedade, medo ou tristeza, em suma, ajudar a utente a identificar situações que precipitem a ansiedade, para que esta consiga atuar de forma eficaz no sentido de a diminuir.

Também foi importante trabalhar o diagnóstico da autoestima diminuída. Apesar deste diagnóstico não ter tido muito peso durante a hospitalização da utente, já que a mesma referiu que foi algo passageiro, foi necessário planear e atuar de forma a restabelecer a sua autoestima a um grau considerado normal. Para tal, foram desenvolvidas intervenções de forma a valorizar a utente, tais como disponibilizar a presença sempre que necessário, planear e implementar a escuta ativa, promoção e suporte emocional, utilização da técnica do espelho para a auto consciencialização da imagem, encorajar a expressão de sentimentos e a participação em grupos terapêuticos.

Todo o planeamento foi realizado tendo em conta a disponibilidade da utente e a sua motivação para a realização de tais intervenções e atividades.

2.5.2. Indicadores de resultados

Por corresponder ao início do estágio e ao primeiro contacto com este tipo de intervenções, foi difícil definir a ou as intervenções mais adaptadas aos diagnósticos identificados. Estas

dificuldades foram superadas com o auxílio de outros profissionais de saúde e da literatura, viabilizando a sua planificação e implementação.

Após a identificação de diagnósticos de Enfermagem válidos para a utente em causa, foi desenvolvido trabalho de forma a obter informação pertinente para a escolha das intervenções que viriam a ser desenvolvidas com a utente. Os principais objetivos do trabalho a realizar foram, em primeiro lugar, tentar fazer com que a utente reduzisse ou cessasse os consumos de substâncias lícitas ou ilícitas, e, ao mesmo tempo, prepará-la para o momento da sua alta, “educando-a” de forma a que no futuro e já no exterior conseguisse dizer “não” aos incentivos e estímulos ao consumo com que se iria confrontar.

Numa fase preparatória, antes da implementação das intervenções, foram utilizados alguns instrumentos e ferramentas, como um instrumento de avaliação da capacidade cognitiva, que permitiu aferir que a utente não tinha défices a esse nível. Foi também utilizado um instrumento para avaliar o grau de ansiedade, cujo resultado mostrou que a utente estaria num grau de ansiedade moderada. Foi também avaliado o consumo diário de álcool, concluindo-se que havia um consumo excessivo. Utilizou-se ainda um instrumento de determinação do estágio de motivação para a mudança, que permitiu apurar que a mesma estaria num estágio de contemplação. Por fim, foi utilizado um instrumento que possibilitou fazer a triagem de uso de álcool e drogas, em que se comprovou que a utente estaria a necessitar de ser encaminhada para tratamento.

Após a utilização dos instrumentos acima mencionados, foram definidas as datas para a realização das várias sessões da intervenção psicoterapêutica, que decorreram conforme a planificação (Anexo 1). Não foi possível utilizar os instrumentos para avaliar o sucesso e impacto, uma vez que a utente teve alta médica inesperada. Não obstante, durante a realização das sessões, percecionámos que houve progressos efetivos. A utente referiu que, pela primeira vez, alguém a tentou ajudar a ultrapassar a patologia de que padecia, que sentia mudança ao nível dos pensamentos e, consequentemente, nos comportamentos. De notar que, numa das sessões, a utente referiu que regressaria ao domicílio onde iria encontrar as mesmas pessoas e mesmos estímulos ao consumo, o que a deixava ansiosa e curiosa para perceber o que iria conseguir fazer com os conhecimentos que lhe tinham sido transmitidos.

Neste local de estágio constatámos que existiria espaço para melhorar e desenvolver a informação disponível para os utentes ali internados no momento da alta. De facto, muitos utentes, famílias ou cuidadores, após a alta médica, não sabem como procurar ajuda

diferenciada a não ser o serviço de urgência hospitalar mais próximo. Para colmatar esta lacuna e de forma a ajudar os utentes e o serviço, foi criado um documento onde se discriminaram e detalharam os sinais e sintomas a vigiar, os comportamentos a ter após alta hospitalar e a quem procurar em caso de necessidade (para além do serviço de urgência) (Anexo 2). Este documento serviu para ajudar e auxiliar alguns utentes, nomeadamente a paciente alvo do estudo.

2.6 Intervenções de Enfermagem

Perante os diagnósticos de Enfermagem identificados na utente, as intervenções de Enfermagem desenvolvidas foram diversificadas, colocando ênfase na orientação para a obtenção de informação válida e pertinente, proporcionar acesso a essa informação, vigiar e orientar a utente sobre os sinais ou sintomas que poderiam aparecer devido à abstinência pela qual estaria a passar. Contudo, o diagnóstico que mereceu maior interesse e intervenção foi o comportamento aditivo (abuso de drogas). Nesse sentido, procurámos trabalhar a parte comportamental da utente para que esta ficasse o mais preparada possível para o momento da alta clínica, no qual teria de enfrentar de novo o grupo em que estava inserida, tendo como objetivo principal a mudança de comportamento.

Tentou-se atuar de forma a consciencializar a utente sobre os riscos de consumos, incentivá-la a assumir o problema que teria, e, sobretudo, consciencializá-la sobre a necessidade de seguir um tratamento adequado mesmo após alta clínica. Todos estes passos foram dados sem nunca esquecer de elogiar e incentivar a utente sempre que a mesma adotava uma postura adequada e pró-ativa durante o período de internamento.

Uma das formas de intervir junto da utente foi através da utilização da técnica de modificação de comportamento que se revelou uma intervenção adequada e produtiva (Anexos 3, 4 e 5). Esta intervenção é um processo no qual um determinado comportamento observado é modificado por meio da aplicação sistemática de técnicas alicerçadas na teoria da aprendizagem e em estudos experimentais. Para isso, o agente que conduz essa mudança deve ser hábil para avaliar a eficácia da técnica que está a ser utilizada, assim como as características do

comportamento a ser modificado. Tais características dizem respeito à frequência, razão, intensidade, duração ou padrão de comportamento (Carvalho & Moncaio, 2009). Optou-se por esta intervenção depois de consultada a literatura e por se considerar a evidência científica da eficácia da técnica de modificação de comportamento em casos de dependências (alcoolismo, tabagismo, drogas de abuso) (Cordioli, 2008).

A aplicabilidade da técnica de modificação de comportamento implica determinados pré-requisitos, nomeadamente a motivação para o tratamento, a ausência de défice cognitivo, boa capacidade de interação, disponibilidade e interesse, diagnóstico de Enfermagem de natureza comportamental (Sequeira, 2006). O número de sessões é variável, mas pressupõe a existência de pelo menos cinco, que podem ser desenvolvidas individualmente ou em grupo (Sequeira, 2020).

Para melhor se compreender como se desenvolveu este processo de intervenção junto da utente, serão enumeradas alguns dos processos desenvolvidos e com que diagnóstico de Enfermagem se relacionam.

Assim, para o diagnóstico de Enfermagem de ansiedade que a utente verbalizou e manifestou, as intervenções consistiram em ensinar estratégias de redução da ansiedade (nomeadamente relaxamento respiratório), proporcionar apoio emocional e vigiar a manifestação de ansiedade, sensibilizar para as vantagens de cumprir o plano medicamentoso. Poderiam ter sido realizadas outras intervenções, mas não foi necessário, visto que o conjunto destas intervenções proporcionou a obtenção do resultado pretendido, ou seja, a diminuição do estado da ansiedade da utente.

No que diz respeito ao diagnóstico de delírio, as intervenções consideradas pertinentes pelo estudante e por alguns elementos da equipa multidisciplinar foram conduzir a utente para a realidade, informá-la sobre o que poderia provocar os delírios e como evitar a sua reprodução, nomeadamente a importância de respeitar o seu plano terapêutico e medicamentoso. Foram facultadas informações à utente sobre possíveis estratégias de como lidar com os delírios. Todas estas intervenções foram produtivas na medida em que, de acordo com o relato da utente em momentos de diálogo ou durante a realização das sessões de psicoterapia, a atividade delirante durante o período do internamento foi inexistente.

Continuando na senda de explicar as intervenções desenvolvidas, importa notar que o diagnóstico de Enfermagem comportamentos aditivos (abuso de drogas) foi selecionado de uma

forma muito rápida, uma vez que a utente foi admitida com o diagnóstico médico (psicose tóxica-consumos de substância lícita/ilícita). Sobre as intervenções desenvolvidas no âmbito deste diagnóstico, além da entrevista clínica e várias sessões de modificação de comportamento, a utente foi informada sobre os malefícios dos consumos e quais as patologias que poderiam estar associadas, foi consciencializada sobre as alterações físicas que pode sofrer devido ao consumo, e foi realizada educação sobre o tema de forma a que a utente possuísse toda a informação pertinente para se preparar o melhor possível para a realidade de reintegração que a esperava.

No âmbito do diagnóstico de Enfermagem comportamento agressivo que a utente manifestou nos primeiros momentos do seu internamento, as intervenções consideradas como mais adequadas pela equipa multidisciplinar, e, sobretudo pelo estudante, foram desde logo utilizar um tom de voz baixo e falar calmamente de forma a que a utente se acalmasse e percebesse que estava num local seguro. Também foi explicado à utente que todo o tipo de comportamento agressivo e respetivas consequências seriam da sua responsabilidade de forma a consciencializá-la do impacto dos seus comportamentos. Tentou-se desde o início da intervenção direcionar a atenção da utente para outros pensamentos e ideias não relacionados com o facto de estar internada/contida no espaço, no sentido de diminuir a sua agressividade. Também foram clarificadas as possíveis medidas a utilizar caso a utente optasse por continuar com o mesmo tipo de comportamento, nomeadamente os vários tipos de contenção, física/mecânica/medicamentosa. Após diálogo com a utente e recurso às intervenções acima mencionadas, a utente acabou por abandonar os comportamentos agressivos e adotou uma postura e comportamento adequados ao local de internamento em que se encontrava. Todas estas intervenções de Enfermagem foram desenvolvidas seguindo indicações presentes em Sequeira (2020).

Deve também ficar descrito que neste local de estágio foi criado como meio de auxílio, um documento, apresentado sobre a forma de panfleto (Anexo 2), que seria distribuído no momento da alta de cada utente. Nesse documento estão descritos alguns comportamentos a vigiar, como se deve comportar o utente após a alta clínica, e, sobretudo, os contactos em caso de necessidade relacionada com a sua patologia Psiquiátrica (comportamentos aditivos). O referido documento foi criado com o intuito de promover alguma literacia aos utentes e a quem os acompanha depois da alta médica. Para a sua realização foram recolhidas informações e

dúvidas junto dos utentes tidos como estáveis, bem como das famílias e equipa multidisciplinar de forma a incluir o máximo de informações consideradas pertinentes.

2.7. Avaliação do processo de cuidados

Durante a realização do trabalho neste local de estágio fica a impressão de que, por vezes, é difícil conciliar, ou fazer com que a equipa multidisciplinar tome decisões de uma forma conjunta. Esta questão revelou-se no momento de dar continuidade à minha intervenção junto da utente, uma vez que a equipa médica optou por dar alta clínica à utente sem articular a decisão com a restante equipa, o que pode ter levado a que a utente em causa ainda não estivesse devidamente preparada para tal decisão e que o seu estágio de motivação para a mudança ainda não fosse o mais indicado para enfrentar o seu dia a dia fora do serviço de internamento. Esta tomada de decisão também impossibilitou, como referimos, a realização de uma avaliação da evolução da utente. Não fosse a decisão tomada de forma abrupta, pensamos que poderíamos ter feito mais pela utente.

3. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE UNIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS COMUNITÁRIOS

3.1. O contexto

O segundo local previsto para o desenrolar do estágio e, por consequência, do desenvolvimento de competências, foi uma unidade de prestação de cuidados comunitários que integra um Agrupamento de Centros de Saúde Local, que abrange uma área bastante densa a nível populacional, onde, segundo a equipa de profissionais de saúde do local, os comportamentos aditivos estão bastante presentes.

Ficou patente que seria pertinente desenvolver trabalho em torno deste tema. A equipa multidisciplinar do local de estágio demonstrou interesse pela temática e a Enfermeira responsável pela orientação desta etapa de estágio partilhou essa visão. Outro aspeto que motivou a realização deste trabalho foi o facto de, de acordo com a equipa desta unidade de prestação de cuidados, o tema transversal não estar suficientemente divulgado na população desta área geográfica. Por estas razões, a missão principal neste local de estágio foi prestar cuidados de saúde e todo o apoio às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco de exclusão, respeitando o tema transversal. Ficou clara a necessidade de trabalhar e atuar na área da educação para a saúde, e de iniciar ou implementar projetos de intervenção e prevenção em diversas áreas relacionadas com a temática transversal.

A intervenção desta unidade na área da saúde mental e psiquiátrica incide principalmente na promoção da saúde mental junto de cuidadores informais e famílias, em utentes com ou sem patologias psiquiátricas, e utentes com necessidades de intervenção psicoterapêutica. Também existem parcerias com escolas, empresas, e outras entidades locais, de forma a abranger o máximo de utentes.

A equipa multidisciplinar é composta por vários Enfermeiros, sendo a maioria especialistas em diversas áreas da Enfermagem, médicos de clínica geral e familiar, assistentes sociais e administrativos, que procuram trabalhar de forma articulada no sentido de maximizar os seus esforços em prol dos utentes inscritos na unidade. Existe também uma estreita colaboração entre esta unidade e vários serviços externos geridos pela câmara municipal e juntas de freguesia locais.

Foi difícil identificar os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes neste local de estágio, visto ser uma unidade que presta serviços bastante diversificados e em várias áreas da Enfermagem, e muitos utentes não serem seguidos de forma contínua e exclusiva nesta unidade de saúde. Na verdade, não só existem muitos utentes como uma grande rotatividade de utentes. Infelizmente, existe também uma elevada taxa de absentismo entre profissionais o que obsta ao desenvolvimento da ação da instituição e, entre outros aspetos, dificultou a recolha de dados.

3.2. Quadro teórico sobre a problemática em estudo

Após a realização de várias entrevistas clínicas com múltiplos utentes que apresentavam comportamentos aditivos, resultantes do uso de substância lícitas e ilícitas, separadamente ou em simultâneo, selecionamos um utente para realização do nosso estudo de caso nesta unidade, e ser alvo de possíveis intervenções e atividades terapêuticas.

Escolhemos um utente com escolaridade, tendo o mesmo referido que decidiu “desistir da escola para ir trabalhar e poder ganhar dinheiro para comprar as suas coisas”. O utente era filho de um casal que teve três filhos, sendo ele o do meio, e experienciou dificuldades financeiras. Com o conhecimento e acordo dos seus pais, o indivíduo em causa iniciou a sua atividade laboral ainda menor de idade, num local próximo do seu local de residência, onde iniciou o consumo de álcool e tabaco devido à falta de conhecimentos e à influência dos colegas de trabalho.

Entretanto conheceu a sua ex-mulher, referindo ter sido um “amor à primeira vista”. No início tudo corria bem e o utente conseguia gerir os seus consumos. No entanto, segundo este, a

situação piorou quando a sua ex-mulher começou a consumir álcool, chegando o casal a consumir vários litros de bebidas alcoólicas por dia.

O utente emigrou e esteve fora do país cerca de dois anos. Regressou com o nascimento do seu filho mais velho, hoje maior de idade, e com o qual não tem contacto há alguns anos. Mais tarde, o casal teve um segundo filho, hoje menor de idade, que se encontra institucionalizado. Após regressar do estrangeiro, o paciente não só manteve como aumentou o consumo de álcool, referindo mesmo que a ex-mulher consumiu durante as gestações. Após o nascimento do segundo filho, o utente começou a apresentar problemas de saúde. Não obstante estes problemas, o comportamento de consumo de álcool e tabaco manteve-se.

Os problemas de saúde agravaram-se e culminaram num acidente vascular cerebral (AVC), que afetou o hemisfério esquerdo do cérebro. O acidente ocorreu em casa, tendo sido encontrado, caído no quarto. Por estas razões, a relação do casal começou a deteriorar-se, acabando por se separar. Enquanto estava hospitalizado, devido a complicações da sua patologia, o utente sofreu a amputação ao nível inferior do joelho da sua perna direita, o que dificulta parcialmente a sua mobilidade. A sua ex-mulher decidiu sair de casa e o utente, devido aos fracos rendimentos e à pouca autonomia na realização de algumas das atividades diárias, optou por regressar a casa da sua mãe. Neste momento é seguido pelo médico de família e por uma equipa de cuidados comunitários da Unidade de Saúde Familiar (USF) onde é utente.

Durante a entrevista, o indivíduo revelou poucos conhecimentos sobre os comportamentos aditivos e como obter ajuda. Quanto à terapêutica, o utente e a sua mãe referiram que o mesmo não estava a tomar nenhum tipo de medicação (incumprimento terapêutico). Um dos motivos que está na base deste incumprimento é o facto de a reforma de invalidez do utente ser reduzida e o mesmo preferir gastá-la no consumo de álcool e tabaco. Este comportamento foi abordado ao longo da intervenção psicoterapêutica realizada durante o estágio.

No que diz respeito aos consumos, o utente referiu consumir sem grande controlo. A nível do álcool, disse consumir “enquanto tivesse sede”. Quanto ao tabaco, referiu que um maço, ou seja, cerca de 20 cigarros, lhe daria para um dia.

Como tal, e depois de analisar o contexto e desenvolvimento da história familiar e clínica do utente em questão, constatámos que os comportamentos aditivos não são uma doença de uma só pessoa, eles atingem as relações pessoais e profissionais das pessoas com quem o indivíduo se correlaciona, em casa, no trabalho e na comunidade onde está inserido. Estes indivíduos são,

por vezes, considerados disfuncionais, pelo que o termo é usualmente empregue para referenciar as relações no seio de uma família onde existem comportamentos aditivos (Neeb, 2000).

Sabe-se que, atualmente, em termos mundiais, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes. O consumo de álcool causa morte e incapacidade relativamente precoce. Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool. Existe uma relação causal entre o uso nocivo do álcool e uma série de transtornos mentais e comportamentais, além de doenças não transmissíveis e lesões. Além das consequências para a saúde, o uso nocivo do álcool provoca perdas sociais e económicas significativas para os indivíduos e para a sociedade em geral (OMS/OPAS, 2020).

Como tal, considerámos pertinente trabalhar com este utente no sentido de este alterar os seus comportamentos em relação ao consumo de álcool e à sua família. Durante a entrevista clínica, foi dito pela sua mãe que o mesmo, quando estava sob efeito de álcool, se fosse contrariado, ficava agressivo.

Segundo Neeb (2000), devemos ter em conta que quem acompanha uma pessoa com comportamentos aditivos, por vezes, acaba por desenvolver um estado de codependência, tão grave como a utilização e o abuso de substâncias. Neste estado, os membros da família começam a perder o sentido da sua própria identidade e predispõem-se a existir unicamente para o consumidor, gerando na maioria das vezes ambientes insuportáveis. Torna-se, por isso, importante trabalhar a família de forma a combater de forma eficaz as exigências da patologia do utente em causa.

Salientou-se junto do utente a importância de retornar o plano terapêutico de forma a estabilizar o seu estado de saúde física e Mental, dado que o mesmo se encontrava, como dissemos, há algum tempo em incumprimento terapêutico.

3.3. Intervenções resultantes de prescrição

Para melhor descrever a atuação do estudante perante este utente, é imprescindível perceber que o utente em causa se encontra em incumprimento terapêutico já há algum tempo. O utente nega a ingestão de medicação por opção, uma vez que não acredita nos efeitos terapêuticos da mesma, e, por outro lado, segundo a mãe, sua cuidadora, porque este prefere gastar o pouco dinheiro que tem no álcool e no tabaco. Foi solicitada a prescrição terapêutica, mas o utente não a disponibilizou. No entanto, referiu que o seu médico de família lhe tinha prescrito ácido acetilsalicílico, um fármaco do grupo dos anti-inflamatórios não-esteroides, utilizado como anti-inflamatório, antipirético, analgésico, e também como antiagregante plaquetar, pravastatina, um fármaco que pertence à classe dos medicamentos denominados Estatinas, que previne a produção de colesterol pelo fígado, e um medicamento nas palavras do utente para "não ficar triste", ou seja, provavelmente um antidepressivo.

Não foi possível apurar com rigor as substâncias prescritas, nem tão pouco os princípios ativos. O diálogo sobre a terapêutica ficou para mais tarde, quando o utente apresentou sinais de que o seu estágio motivacional para a mudança de comportamento se alterou, e se sentiu à vontade para dialogar ou abordar o tema.

Perante esta postura do utente, foi decidido que seria eficaz realizar alguns ensinamentos sobre a necessidade de cumprir o regime terapêutico que lhe foi prescrito e esclarecer as vantagens do cumprimento do mesmo.

Ficou também claro que este comportamento desadequado teria de ser trabalhado ao longo das sessões da intervenção psicoterapêutica de forma a tentar que o utente recomeçasse o tratamento necessário para as suas patologias.

3.4. Domínios em análise

Tendo como ponto de partida a entrevista clínica realizada e todas as informações transmitidas pelo próprio durante a realização da mesma, foram identificados os domínios de Enfermagem mais pertinentes a trabalhar, como sejam o abuso de substâncias (álcool), atendendo aos consumos diários que o utente referiu ter e que o conduziam a estados de embriaguez, e ao facto de, segundo o próprio, tudo de mau que se passou na sua vida se dever ao consumo excessivo de álcool, o domínio da autogestão do regime medicamentoso, uma vez que o utente referiu estar em total abandono terapêutico já há algum tempo, e o domínio do autoconceito, que se encontrava alterado, tendo o utente verbalizado não gostar do seu aspeto físico atual, e da imagem que transmitia.

O que levou o estudante a optar por avaliar e trabalhar os domínios acima mencionados, foi em primeiro lugar o utente referir que se sentia condicionado pelos mesmos, e o facto destes domínios estarem em estreita ligação com a temática transversal.

No que diz respeito ao abuso de substâncias (álcool), sabe-se que “em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes. O consumo de álcool causa morte e incapacidade relativamente cedo na vida.

Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool. Existe uma relação causal entre o uso nocivo do álcool e uma série de transtornos mentais e comportamentais, além de doenças não transmissíveis e lesões.

Além das consequências para a saúde, o uso nocivo do álcool provoca perdas sociais e económicas significativas para os indivíduos e para a sociedade em geral" (OMS/OPAS, 2020).

Como tal, após o utente verbalizar que teria consumos abusivos e que esses consumos o conduziam por vezes a estados de embriaguez, pareceu lógico avaliar melhor a situação e trabalhar no sentido de tentar modificar o comportamento do utente a esse nível.

No que diz respeito ao domínio da autogestão do regime terapêutico, o que nos levou a optar por avaliar este domínio foi o facto de o utente verbalizar que estaria em incumprimento terapêutico há algum tempo por não sentir necessidade de ingerir medicamentos. Ora, sabemos que as questões relacionadas com a não adesão ao tratamento são complexas e estima-se que

apenas 50% da população com doenças crónicas adere à medicação (Rodrigues & Prates, 2011), sendo as situações de não adesão ao tratamento responsáveis por cerca de 50% dos reinternamentos em pessoas com doença mental (Cardoso & Galera, 2009).

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu alguns fatores que podem interferir com a adesão ao regime terapêutico:

Fatores sociais, económicos e culturais: englobam a pobreza, a literacia, os custos no tratamento e crenças de saúde associadas à etnia e questões culturais;

Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde: os dados sugerem que a relação entre o profissional de saúde e a pessoa melhora a adesão à terapêutica;

Fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades: relacionados com a severidade dos sintomas, a evolução da doença, e a disponibilidade dos tratamentos;

Fatores associados com a terapêutica prescrita: englobam a complexidade do regime medicamentoso, a duração do tratamento e a ineficácia de tratamentos anteriores;

Fatores individuais relativos ao utente: ausência de conhecimento sobre a doença, a falta de motivação e confiança no tratamento, assim como a ausência de *insight*;

Analisando o caso particular em estudo, concluímos que existem vários fatores que se aplicam ao utente em causa, e que podem explicar o incumprimento do seu regime terapêutico.

Como referimos, outro domínio identificado foi o domínio do autoconceito. Segundo o discurso do utente, este encontrava-se comprometido devido a alterações físicas que este foi sofrendo ao longo dos anos e do seu ciclo de vida, mas também decorrente dos consumos de álcool e comportamentos sob o efeito dessa substância.

3.5. O processo diagnóstico/os dados

Importa notar que os diagnósticos de Enfermagem foram identificados durante a realização da entrevista clínica, com recurso a várias ferramentas, assim como pela mobilização de conhecimentos adquiridos e consolidados ao longo do percurso enquanto estudante.

Perante os diagnósticos de Enfermagem identificados neste utente, tais como abuso de álcool e tabaco, autogestão do regime medicamentoso comprometida e autoimagem comprometida, ficou evidente que seria pertinente que a intervenção do estudante fosse no sentido de tentar alterar os comportamentos desadequados do utente.

Ainda durante a entrevista clínica foram aplicados instrumentos de avaliação de forma a perceber quais seriam as capacidades do utente, e em que estágio de motivação para a mudança o mesmo se encontraria, e uma vez aplicados os instrumentos ficou claro que o mesmo teria baixo potencial cognitivo. Foi também avaliado/determinado o estágio de motivação para a mudança, sendo que o mesmo obteve um resultado compatível com o estágio de pré-contemplação. Também foi aplicado um instrumento de forma a determinar a quantidade de álcool ingerido pelo utente, tendo-se verificado que seriam quantidades elevadas com consequências nefastas para a sua saúde. Por fim, foi realizada uma triagem para tentar perceber se existiam consumos simultâneos de álcool e outro tipo de drogas lícitas ou ilícitas, tendo-se chegado à conclusão de que o utente consumia também grandes quantidades de tabaco.

O plano de atuação foi traçado e explicado ao utente, nomeadamente o número de sessões de entrevista motivacional que previstas, a sua duração e calendarização (Anexo 6), bem como o tema a tratar nas várias sessões a realizar. O utente validou oralmente o plano e afirmou estar de acordo com a realização desta intervenção.

Concluimos que o utente se encontrava no estágio de motivação de pré-contemplação, no qual o utente não apresenta, ou não se verifica em si qualquer tipo de intenção de mudança de comportamento num futuro próximo. Todos os aspetos negativos evidenciados dos seus comportamentos aditivos são ignorados ou negados, podendo mesmo afirmar que não tem nenhum problema. Uma vez que nesta fase, o utente não tem consciência que deve mudar de comportamento nem como deve fazê-lo, ficou determinado que o mais importante seria sensibilizar e informar o utente sobre o problema que o afeta (Sequeira, 2016).

Ficou ainda claro durante a entrevista feita com o utente que a qualidade de vida do mesmo piorou a partir do momento em que encetou o consumo de substâncias aditivas e desenvolveu comportamentos aditivos. Estas foram tomando um lugar tão central na sua vida, ao ponto de o paciente reconhecer ter “perdido tudo para o álcool”, referindo-se, consciente ou inconscientemente, às complicações de saúde, às patologias que lhe foram diagnosticadas, e aos problemas relativos ao autoconceito. Com efeito, a utilização de vários instrumentos de

avaliação durante a entrevista clínica e a interpretação dos dados recolhidos, nomeadamente a qualidade das interações que mantivemos com o mesmo, levaram-nos a concluir que os comportamentos aditivos assumiram uma parte importante da vida do utente num sentido negativo, tendo-o conduzido a uma situação de difícil resolução.

3.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta os diagnósticos de Enfermagem identificados, o estágio de motivação para a mudança em que o utente se encontrava no início da intervenção, e os objetivos que o mesmo tinha descrito durante a realização da entrevista clínica, considerámos pertinente e revelante conduzir o utente a outro estágio de motivação de forma a que existisse alteração dos seus comportamentos, no que diz respeito aos comportamentos aditivos, e conseguir que este retomasse o regime terapêutico, sendo que desde a entrevista clínica o utente demonstrou algum interesse em retomar o contacto com a sua USF e o regime terapêutico, bem como em recorrer aos profissionais de saúde.

Após os dados recolhidos, entendemos que a entrevista motivacional seria a intervenção mais adequada a desenvolver junto deste utente. Como tal, foram preparadas várias sessões, definindo-se os diversos aspetos a abordar, de forma estruturada e sempre com a permissão e acordo do utente.

Num trabalho realizado sobre a “eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool em adultos, os dados recolhidos revelaram que este instrumento assume um papel preponderante na diminuição dos consumos de álcool, quer na redução do número de dias em que o consumo abusivo ocorre, quer na quantidade de consumo de álcool ingerido” (como citado em Rodrigues et al., 2011, p. 43). “Efetivamente, os *follow-up* aos utentes realizados a dois, seis e doze meses depois da intervenção, puseram em evidência a eficácia da entrevista motivacional na diminuição deste comportamento aditivo, ingerido” (como citado em Rodrigues et al., 2011, p. 43). De ressaltar que, neste caso de estudo, não foi possível a realização do *follow-up*, uma vez que este procedimento implicava prolongar o tempo de estágio.

3.5.2. Indicadores de resultados

Face aos dados recolhidos ficou claro que seria difícil conseguir um resultado plenamente satisfatório com este utente. Este, apesar dos esforços realizados e da utilização de várias ferramentas no sentido de o motivar e alterar os seus comportamentos, não evoluiu no seu estágio motivacional para a mudança. Nas visitas ao domicílio fomos várias vezes confrontados com um cenário contraditório com os resultados esperados. Apesar do utente afirmar que tinha diminuído os consumos, constatamos que este consumia álcool e fumava de forma compulsiva, mesmo na presença dos profissionais que lhe faziam visita domiciliária. Apesar de o utente ter manifestado alguma vontade inicial em cooperar, esse ímpeto foi-se esvanecendo, sobretudo quando este se apercebeu que a intervenção era temporária e de curta duração.

3.6. Intervenções de Enfermagem

Como dissemos, o utente encontrava-se no estágio de motivação para a mudança de pré-contemplação, no qual o utente não apresenta qualquer tipo de intenção de mudança de comportamento num futuro próximo, todos os aspetos negativos evidenciados dos seus comportamentos aditivos são ignorados ou negados, podendo mesmo afirmar que não tem nenhum problema. O utente não tem consciência que deve mudar de comportamento nem como deve fazê-lo (Sequeira, 2016). Ficou definido que nessa fase o mais importante seria sensibilizar e informar o utente sobre o problema que o afeta.

Por essa razão, decidimos que a intervenção mais adequada a ser utilizada numa fase inicial junto deste utente seria a entrevista motivacional. Esta intervenção foi desenvolvida nos anos 80 do século XX, nos Estados Unidos da América, como forma de tentar ajudar as pessoas com algumas patologias do foro psiquiátrico a reconhecerem, e a fazerem algo a respeito dos seus problemas presentes ou potenciais, sendo bastante útil com as pessoas que se encontram

renitentes à mudança de um comportamento desadequado e que se demonstram ambivalentes em relação à mudança.

De acordo com Miller e Rollnick (2001), existem algumas ferramentas que podem ser usadas durante a entrevista motivacional no sentido de motivar o indivíduo para a mudança do comportamento. Estas competências são pertinentes quando o indivíduo se encontra na fase de pré-contemplação ou contemplação (Junqueira, 2010).

Assim, durante a entrevista motivacional o terapeuta deve seguir os seguintes princípios:

- Criar empatia - acolher, mostrar compreensão sem fazer juízos de valor. Exercer escuta reflexiva (Junqueira, 2010, p. 45). Implica que o profissional de saúde seja simpático e revele uma atitude de compreensão e respeito, ouvindo o paciente, dando *feedback* e atribuindo significado ao que afirma.
- Criar discrepância - consiste em analisar com o paciente a diferença que existe entre o comportamento prejudicial que este apresenta e as metas que este pretende alcançar. Esta competência pode ser desencadeada pela consciencialização das consequências do comportamento atual (Sequeira, 2016, p. 253). Para tal, devem ser salientadas as consequências da manutenção do comportamento atual de modo a que o paciente encontre em si os motivos para a mudança de comportamento.
- Evitar confrontação e argumentação - o terapeuta deve evitar alegar que o utente tem o problema e que necessita de mudar de comportamento, pois isto pode criar resistências e dificultar, ou até mesmo impedir, o processo de mudança. O terapeuta tem que ser paciente, deixar o tempo agir sobre o utente, pois discutir uma ideia e forçar a mudança cria uma atitude defensiva, sendo por isso desaconselhado (Sequeira, 2016).
- Lidar com as resistências - o terapeuta deve estar consciente de que a decisão é sempre do paciente e entender a ambivalência como processo normal e integrante do processo de mudança. Deve propor novas informações e alternativas e estar consciente de que se as resistências aumentam, então o terapeuta deve rever o processo (Sequeira, 2016).
- Fortalecer a autoeficácia - encorajar e estimular o paciente a cada etapa vencida, isto é, sempre que este realiza uma atividade, implementa uma estratégia com sucesso, deve fomentar-se a sua capacidade e responsabilidade (Junqueira, 2010).

No âmbito da intervenção acima citada, o terapeuta de saúde pode recorrer a ferramentas comunicacionais que aumentem o potencial de consciencialização e de envolvimento do paciente para que o processo de mudança ocorra. Assim, neste âmbito, destacamos a estratégia dos “5As” que se caracteriza por:

- **Abordar** - permite registar as respostas a perguntas simples, identificando os pacientes que apresentam comportamento aditivo e que podem vir a desenvolver dependência ou uma doença relacionada com o seu comportamento (Rebelo, 2011).
- **Aconselhar** - aconselhar o indivíduo a abandonar o comportamento aditivo de modo personalizado e empático, recordando a sua história clínica e valorizando o que pode melhorar no curto e médio prazo com o abandono do comportamento prejudicial. Orientar sobre estratégias facilitadoras do processo de mudança que o mesmo pode implementar (Rebelo, 2011).
- **Avaliar** - determinar o grau de motivação que o paciente apresenta para mudar o seu comportamento. Para tal este deve ser questionado sobre se quer mudar o seu comportamento aditivo e se o quer fazer a curto prazo (menos de um mês), avaliando a motivação e prontidão para a mudança (Rebelo, 2011).
- **Ajudar** - aconselhar sistematicamente e ajudar o indivíduo a alcançar os objetivos a que se propôs. O terapeuta deve auxiliar na implementação do plano de mudança, de forma individualizada e personalizada. Deste modo, para aqueles que estão determinados a mudar de comportamento, a curto prazo ou mesmo no momento da consulta, é necessário marcar uma data, o “Dia D”, ou seja, o dia de início da mudança. O compromisso é necessário. Para tal, o terapeuta deve registar a data no processo clínico e entregar ao utente um documento escrito “tipo contrato”. O terapeuta deve propor ao utente que este divulgue a sua intenção de abandonar o comportamento prejudicial entre a família e os amigos, de modo a que este se sinta apoiado. Deve também aconselhá-lo a regressar a casa, trabalho, carro, ou outros locais que não o incitem à prática do comportamento prejudicial (Rebelo, 2011).
- **Acompanhar** - programar o seguimento do utente, marcando nova consulta ou contacto telefónico. Sempre que possível deve ser agendada uma consulta oito a 15 dias depois do “Dia D”, e uma outra cerca de um mês depois, para avaliar sintomas de abstinência e de privação, efeitos secundários da terapêutica, identificar problemas ocorridos e antecipar soluções. Se, entretanto, o utente tiver uma recaída, é necessário rever as circunstâncias em que tal ocorreu

e propor uma nova data para cessar o comportamento aditivo, retomando o processo de mudança (Rebelo, 2011).

De modo a completar as estratégias supracitadas, podem ser utilizadas em simultâneo as ferramentas dos “5Rs”, cujo objetivo é aumentar os fatores que potenciam a motivação para a necessidade de mudança e promover a mudança de um determinado comportamento (Sequeira, 2016, p. 258). Podemos sistematizar estas ferramentas da seguinte forma:

- Relevância - uma estratégia onde o terapeuta fornece a informação de saúde suficiente e necessária para que o paciente aumente o conhecimento sobre o seu caso específico, de modo a dar mais relevância à necessidade de mudar de comportamento (Rebelo, 2011).
- Riscos - solicitar o indivíduo a identificar e a refletir sobre as consequências negativas da manutenção do comportamento aditivo a curto e a longo prazo. Muitas vezes existem mitos em relação ao comportamento aditivo. O profissional de saúde deve esclarecê-los, e abordar o impacto que o comportamento tem na saúde e qualidade de vida. O paciente deve ser estimulado a verbalizar com detalhe as queixas que relaciona com o comportamento aditivo e as doenças que a curto e médio prazo pode vir a desenvolver (Rebelo, 2011).
- Recompensas - é necessário que o terapeuta valorize, de um modo empático, o que de bom pode acontecer com a mudança de comportamento. No entanto, esta ferramenta tem mais valor e poder se for o paciente a identificar potenciais benefícios associados à modificação de determinado comportamento, do que se for o terapeuta a sugerir as mudanças. Relativamente à problemática do abuso de álcool e tabaco, por exemplo, podem ser salientadas recompensas de curto prazo, como a melhoria no paladar e hálito, a qualidade do sono, poupança financeira, entre outras. No que toca às recompensas a longo prazo, deve salientar-se a melhoria do estado geral de saúde, a diminuição de risco de desenvolver doenças graves e mortais (Rebelo, 2011).
- Resistências - visa identificar as múltiplas barreiras e obstáculos que limitam a motivação do utente a modificar o seu comportamento. O ambiente social e familiar que rodeia o utente pode ser um obstáculo para a adoção de um comportamento salutogénico. Da mesma forma, determinadas características de personalidade ou a existência de comorbilidades, sobretudo, psiquiátricas, ajudam a criar resistências. O papel do terapeuta deve ser escutar o paciente sobre as suas barreiras e esclarecê-lo, motivando-o a ultrapassá-las. Geralmente o tipo de resistências apresentadas são o medo de não conseguir, o receio dos sintomas de privação, do aumento de peso, dos sentimentos de solidão e tristeza, o medo de deprimir, de não estar numa altura boa

da vida para o desafio, não querer deixar de ter o prazer associado à manutenção do consumo (Rebelo, 2011, p. 360).

- Repetição - sabe-se que o processo de mudança comportamental não é linear e as etapas, classicamente descritas, não funcionam para todos os utentes do mesmo modo (Rebelo, 2011, p. 360). Repetir o processo dos 5Rs pode ser útil em certos pacientes. O terapeuta deve ter sensibilidade para perceber se esta é bem-vinda para que não se quebre a relação terapeuta/utente.

A importância atribuída à entrevista motivacional é recente. Lundahl e Burke (2009) procederam a uma revisão sistemática da literatura sobre a eficácia da entrevista motivacional, tendo concluído que esta intervenção psicoterapêutica em pacientes com problemas de consumo de álcool é 10 a 20% mais eficaz do que qualquer tratamento ou, no mínimo, tem uma eficácia igual à de outros tratamentos (como citado em Rodrigues et al., 2011, p. 43).

Como forma de tentar trabalhar com o utente alguns dos aspetos referidos anteriormente, o estudante elaborou sessões de intervenção, com o objetivo de motivar o utente a progredir no sentido considerado mais vantajoso para si e para quem o rodeia (Anexos 7, 8, 9 e 10). Para além da intervenção realizada com o utente integrante do estudo de caso, foram desenvolvidas intervenções neste local de estágio em utentes de centros de dia com idades superiores a 65 anos.

As intervenções realizadas tiveram como objetivo motivar e estimular esses utentes a realizarem pequenas tarefas que lhes permitissem estimular e manter as suas capacidades cognitivas. De notar que essas intervenções estruturadas previamente pela equipa de profissionais de saúde dos locais, eram realizadas semanalmente, tinham como base a intervenção psicoterapêutica conhecida por estimulação cognitiva, e contaram com bastante adesão por parte dos utentes. Assim, neste caso o meu papel consistiu em implementar e dinamizar um plano previamente estabelecido por outros profissionais.

Sabe-se hoje que o envelhecimento da sociedade, fruto do aumento da esperança média de vida, é um facto. Esta realidade traduz-se num aumento de pessoas idosas e, por consequência, no aumento dos índices de dependência e vulnerabilidade da população idosa, pelo que é fundamental criar condições para que a assistência a esta população promova a manutenção da sua dignidade enquanto pessoas (Sequeira, 2010).

Ao longo do processo de envelhecimento, as capacidades de adaptação do ser humano vão diminuindo, tornando-o cada vez mais sensível ao meio ambiente que, consoante as restrições implícitas ao funcionamento do idoso, pode ser um elemento facilitador ou um obstáculo para a sua vida. Com o declínio progressivo das suas capacidades, principalmente a nível físico, o idoso vai alterando os seus hábitos e rotinas diárias, substituindo-as por atividades que exijam um menor esforço físico. Esta diminuição da atividade, ou mesmo inatividade, pode trazer consequências, tais como a redução da capacidade de concentração, da coordenação e reação, que, por sua vez, levam ao surgimento de processos de diminuição da autoestima, apatia, desmotivação, solidão, isolamento social e depressão (Jacob, 2007).

Cabe aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental Psiquiátrica estarem atentos de forma a poderem atuar e contribuir para a otimização das funções cognitivas dessas pessoas, para combater ou debelar esses processos, minimizando os problemas, promovendo uma melhoria do funcionamento global, e retardando o envelhecimento dos utentes (Souza et al., 2009).

A intervenção do EEESMP incide, portanto, na promoção e proteção da saúde mental ao longo do ciclo vital, na prevenção da doença, diagnóstico e intervenção terapêutica especializada em respostas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, trabalhando simultaneamente a sua reabilitação, contribuindo para a adequação das respostas e promovendo a sua autonomia (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

Uma das ferramentas que pode ser utilizada pelos Enfermeiros para atuar nesse sentido é a estimulação cognitiva que, segundo Sequeira (2010), consiste numa modalidade de intervenção em saúde mental que visa o treino das funções cognitivas com o objetivo de as estimular ou reabilitar. “Estudos internacionais sugerem que a estimulação cognitiva se associa a uma diminuição do risco de declínio cognitivo, da perturbação depressiva; melhora a autonomia dos idosos, aumentando a proteção contra o aparecimento de demência”, devendo por isso ser uma componente essencial do cuidado ao idoso” (Apóstolo, 2011, p. 194).

A estimulação cognitiva engloba uma série de atividades específicas que podem ser utilizadas para treinar a memória, a atenção, a orientação, a linguagem ou a habilidade construtiva. Constatamos que a realização deste tipo de trabalho é absolutamente essencial para o bem-estar dos utentes.

Neste local de estágio realizámos também sessões de psicoeducação num centro escolar, que envolveram utentes com idades entre os 15 anos e 18 anos, e tiveram o intuito de promover a literacia e esclarecimento de dúvidas sobre o tema transversal definido no nosso trabalho.

Esta intervenção desenvolveu-se em várias sessões apresentadas numa sala de aula escolhida pela equipa docente, e seguiram a calendarização proposta (Anexo 11). Na primeira sessão foram avaliados os conhecimentos dos estudantes através do diálogo, nas restantes sessões foram-se desenvolvendo os temas propostos e foram sendo realizadas de acordo com a disponibilidade da escola e do corpo docente (Anexos 12 e 13). Infelizmente, por razões que se prenderam com a calendarização e duração do estágio, não foi possível realizar a avaliação final, nem o *follow-up* três meses depois recomendado na literatura mais recente. Não obstante, foi iniciado o desenvolvimento de ferramentas, que cremos indicadas, para que esses processos se possam realizar.

O principal objetivo desta intervenção consiste em fornecer aos utentes uma abordagem teórico-prática de forma a transmitir conhecimentos que permitam compreender o mecanismo da patologia (comportamentos aditivos). Esta intervenção tem uma função fundamentalmente educativa. A tarefa do Enfermeiro neste contexto é educar e familiarizar o utente em relação aos seus problemas e patologia, esclarecendo-o acerca das consequências dos seus comportamentos e atitudes (Stefanelli & Moreno, 2008). Em rigor, a psicoeducação é uma intervenção que pode ser implementada junto dos utentes, das suas famílias e da sociedade em geral, visando desenvolver conhecimentos e competências para lidar com a doença. Esta intervenção diminui os níveis de *stress* no utente, podendo influenciar a sua saúde mental (Pereira et al., 2011).

É importante a intervenção precoce junto das faixas etárias mais baixas, pois, como já referimos, “em 2021, no inquérito anual Comportamentos Aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional, as prevalências de consumo de qualquer droga foram de 32% ao longo da vida, 25% nos últimos 12 meses e de 15% nos últimos 30 dias. Felizmente, as prevalências de consumo, que vinham a aumentar desde 2015, decresceram em 2021” (SICAD, 2021, p. 20). “No contexto das populações escolares, os estudos de 2018 e 2019 não evidenciaram alterações muito relevantes nas prevalências de consumo recente e atual de drogas ilícitas face a 2014 e 2015”, pois, a canábis, continuou a apresentar prevalências muito superiores às de outras drogas (SICAD, 2021, p. 21). No *European Web Survey on Drugs: 2019*, a canábis foi uma vez mais a substância ilícita a que os estudantes portugueses de 16 anos

atribuíam um menor risco elevado para a saúde, havendo uma diminuição do risco percebido associado ao consumo de drogas entre 2015 e 2019, tal como no quadriénio anterior. De um modo geral, face às médias europeias, os portugueses tendem a avaliar o consumo regular e ocasional das várias substâncias como de grande risco, no entanto, em relação à experimentação são menos prudentes (SICAD, 2021).

Estes dados levam-nos a concluir que, apesar de os consumos terem diminuído nos últimos anos, a perceção dos seus riscos e consequências ainda não estão sedimentados de forma consistente na sociedade portuguesa. Por essa razão, se torna pertinente a realização de intervenções como a descrita anteriormente, com o objetivo de informar, ensinar, transmitir ideias e conhecimentos aos jovens para que estes se sintam capazes de escolher de forma consciente e fundamentada o caminho mais seguro para si e para quem os rodeia. A intervenção psicoterapêutica preconizada para este grupo foi planeada em várias sessões, de forma a não ficarem dúvidas e abranger o maior número de estudantes possível. Para facilitar o acesso a informação válida e atualizada, foi elaborado um panfleto informativo distribuído pela comunidade escolar, de forma a dissipar dúvidas que tenham permanecido, pois uma pessoa informada é mais capaz de enfrentar os problemas com que se defronta.

3.7. Avaliação do processo de cuidados

Durante a realização do estágio neste local notámos que as equipas multidisciplinares, mais precisamente as equipas de Enfermagem, se encontram sobrecarregadas. Essa sobrecarga acontece, muitas vezes, porque estas atuam simultaneamente em várias áreas e valências, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Neste local, apesar do vasto âmbito de atuação (ou talvez por causa disso), foi-me difícil levar a cabo uma intervenção até ao fim e avaliar os resultados obtidos, percebendo os ganhos reais para os utentes. Conseguimos iniciar e acompanhar algumas intervenções psicoterapêuticas, mas a sua avaliação tornou-se quase impossível pelos fatores anteriormente referidos.

4. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

4.1. O contexto

No âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com Relatório-módulo II, foi solicitado que um dos momentos de estágio se desenvolvesse numa unidade de prestação de cuidados diferenciados, o que permitiu desenvolver mais competências, e atingir objetivos essenciais para o crescimento enquanto profissional de saúde.

Este estágio decorreu sob tutoria de uma Enfermeira do serviço, no período compreendido entre 8 de maio e 13 de junho de 2023, perfazendo uma total de 90 horas.

O trabalho aí desenvolvido foi realizado de forma a dar continuidade ao projeto de estágio previamente realizado e iniciado, subordinado ao tema transversal “Comportamentos Aditivos”.

A instituição onde se desenvolveu corresponde a uma unidade composta por 40 leitos, onde estão internados utentes do sexo masculino. Trata-se de uma unidade fechada em que os utentes tem acesso bastante reduzido ao exterior, apenas facultado se o médico responsável pelo utente em causa, em consonância com as restantes autoridades judiciais, que se fazem representar por um juiz, assim o determinarem.

Esta unidade de cuidados diferenciados tenta dar resposta de internamento a utentes inimputáveis internados por decisão judicial, em unidades não integradas nos serviços prisionais, classificadas nos termos do n.º 1 do artigo 3º do Decreto-Lei nº 70/2019 de 24 de maio.

Refira-se que o tempo de internamento de inimputáveis (medida de segurança de internamento) tem, em princípio, um limite máximo que não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido pelo inimputável. Com a entrada em vigor da nova Lei de Saúde Mental de 35/2023 de 21 de julho, foi revogado o n.º 3 do artigo 92 do Código Penal, que permitia manter os utentes internados de forma contínua, ultrapassando, por vezes,

o tempo máximo de pena para o ato cometido. Na verdade, com a entrada em vigor desta nova lei os utentes que se encontravam nesta situação puderam usufruir de uma revisão da sua pena e do seu caso. À data da entrada em vigor desta lei estimava-se que cerca de 46 utentes estariam nesta situação em instituições em Portugal. Para a revisão destes casos, o Ministério da Saúde estabeleceu protocolos com o Ministério da Justiça e com os serviços de Segurança Social (Serviço Nacional de Saúde, 2023). As respostas passaram pela reinserção em meio familiar, pela instalação em estruturas residenciais, seja para pessoas idosas, seja para pessoas com deficiência, diferentes tipologias de respostas habitacionais, pela colocação em instituições de saúde ou em unidades da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental (Lei de Saúde Mental 35/2023). No caso dos utentes que necessitem de manter acompanhamento de saúde mental, este é sempre assegurado pelos serviços locais de saúde mental da sua área da residência. Nos casos em que, devido à doença mental e à recusa de tratamento, o utente possa representar um perigo para si e para quem o rodeia, poderá ser decretado por um tribunal uma medida de tratamento involuntário, incluindo internamento involuntário (Lei de Saúde Mental 35/2023).

Nesta unidade existe uma equipa multidisciplinar que integra médicos psiquiatras, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, seguranças, assistentes sociais, terapeutas e assistentes operacionais que desenvolvem o seu trabalho diariamente em prol destes utentes, sendo que estes são muitas vezes o único elo entre a unidade e o mundo exterior.

Nesta unidade são prestados cuidados diferenciados na área da psiquiatria, não só pelos médicos Especialistas, mas também pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que utilizam todas as suas competências de forma a prestar os melhores cuidados possíveis a cada utente ali internado.

4.2. Quadro teórico sobre a problemática em estudo

O utente selecionado para fazer parte integrante neste momento de estágio é do sexo masculino. O motivo que conduziu ao seu internamento involuntário foi o facto de ter sido

diagnosticado com esquizofrenia paranoide, e ter agido contra um familiar, quando estava sob efeito de álcool e outras substâncias ilícitas.

A Esquizofrenia é, segundo a OMS, uma das patologias mentais mais incapacitante. Trata-se de uma perturbação complexa e do carácter de um indivíduo, que gera prejuízos significativos na vida dos utentes, prejudicando a sua qualidade de vida e de quem os rodeia (Sousa, 2017).

A palavra esquizofrenia, etimologicamente, deriva do grego, resultando da junção de *schizein*, fenda ou cisão, e *phrenós*, que significa pensamento. A esquizofrenia é como, como se disse, uma das patologias Psiquiátricas mais graves e desafiadoras, definindo-se como uma síndrome clínica complexa que engloba manifestações psicopatológicas variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento (Oliveira et al., 2012).

É sabido que os utentes que padecem de esquizofrenia têm uma taxa de mortalidade superior à média, havendo estudos que reportam que estes morrem, em média, 15 a 20 anos mais cedo do que a população sem esse tipo de patologia, evidenciando-se maior prevalência de doenças cardiovasculares e neoplásicas e diabetes *mellitus*, sendo as comorbilidades potenciadas pelos efeitos adversos da medicação antipsicótica, da escassez de atividade física, da dieta, e dos hábitos tabágicos (Queirós et al., 2019).

Esta condição clínica traduz-se em múltiplas dificuldades, entre as quais o significativo deterioramento funcional relacionado com a esquizofrenia, o estigma que origina, as dificuldades psicossociais, a má qualidade de vida, o insucesso profissional e a dependência familiar e social, pelo que a recuperação funcional implica não só a remissão dos sintomas, mas também a capacidade de alcançar uma maior autonomia para a gestão da própria vida (Silva & Restrepo, 2017). Esta ideia é corroborada por Costa et al. (2014), que afirmam que utentes com esquizofrenia sofrem prejuízos acentuados no funcionamento psicossocial em vários domínios: vida independente, relações interpessoais, realização ocupacional e educacional, prazer recreativo e atividade sexual, começando esses constrangimentos nos estágios iniciais da doença, podendo prevalecer por períodos prolongados ou resultar em incapacidade, com elevado sofrimento pessoal e custos indiretos para a sociedade.

No que se refere aos custos diretos com cuidados de saúde à pessoa com esquizofrenia, os mais relevantes relacionam-se com as hospitalizações, pelo que é lícito afirmar que a esquizofrenia origina impactos económicos importantes para os utentes e suas famílias, mas também para a sociedade. Assim, o comprometimento do funcionamento que lhe está inerente e a mortalidade

precoce associada, precipita o reconhecimento da esquizofrenia como uma prioridade em termos de políticas de saúde (Queirós et al., 2019). De acordo com Gago (2019), em Portugal, há mais de 48.000 pessoas que padecem desta patologia.

De notar que o utente objeto do estudo de caso integra um projeto que tem como objetivo preparar os utentes para uma possível reintegração social, tendo sido nessa perspetiva que se desenrolou a nossa intervenção. Procurámos preparar o utente para uma possível adaptação fora do contexto controlado onde estava inserido, potenciar a sua independência, capacitando-o na realização das suas atividades de vida diárias.

4.3. Intervenções resultantes de prescrição

Este utente encontra-se internado de forma involuntária há vários anos. Por indicação da equipa de Enfermagem que desenvolve o seu trabalho neste local de estágio, as intervenções mais pertinentes junto deste utente estavam relacionadas com o regime terapêutico, já que este faz parte de um projeto de reinserção social, no âmbito do qual um dos aspetos fundamentais prende-se com a capacidade de cumprir autonomamente o respetivo regime terapêutico.

Além dos cuidados a ter na preparação e a administração da terapêutica, vários sintomas devem ser vigiados constantemente. Com efeito, o regime terapêutico inclui medicamentos que requerem vigilância diária pela equipa de Enfermagem, nomeadamente a presença de sintomas, como sialorreia, alteração de sinais vitais, diminuição do apetite, rigidez muscular e disartria. É também necessário ter conta a perda de eficácia da terapêutica ao longo do tempo. O utente está internado há bastante tempo, pelo que é conveniente que regularmente se verifique a dosagem de medicação através de colheitas de sangue que terão como objetivo a avaliação dos níveis moleculares de certos fármacos no sangue.

Importa especificar o regime terapêutico que este utente deve seguir, que inclui Sertralina, ou seja, um fármaco antidepressivo inibidor seletivo de recaptção de serotonina. Este tipo de fármaco é utilizado em utentes com problemas de depressão ou sintomas compatíveis com essa patologia. Durante a sua utilização, sobretudo no início do tratamento, devem ser avaliadas tendências suicidas. Deve ser avaliada a ocorrência de alterações mentais, agitação, alucinações,

instabilidade autonómica, taquicardia, alterações neuromusculares e gastrointestinais. O utente que inicia este tratamento deve ser informado sobre a contraindicação do consumo de álcool e sobre os sinais e sintomas a vigiar, tais como cefaleia, fraqueza, anorexia, ansiedade e insónia persistente, taquicardia, hipotensão ou hipertensão, náuseas, vómitos ou diarreia. Deve ser avaliado o apetite e o estado nutricional do utente para verificar a evolução do mesmo. Deve ser dada especial atenção a utentes de sexo feminino, que devem informar os profissionais de saúde que estão a tomar este tipo de medicação (Vallerand et al., 2016).

Foi também prescrito Olanzapina, um fármaco antipsicótico utilizado para tratamento de esquizofrenia, perturbação bipolar e depressão refratária. É um antagonista da dopamina, serotonina, acetilcolina e histamina. Quanto aos aspetos a vigiar pela equipa de Enfermagem, deve ser tido em atenção o estado mental do utente e o possível aparecimento de ideação suicida, o peso corporal, o índice de massa corporal e a tensão arterial. No início da sua administração deve ser vigiado o possível aparecimento da síndrome maligna dos neurolépticos (febre, taquicardia, convulsões, hipotensão), e de efeitos extrapiramidais, tais como acatisia, pseudoparkinsonismo ou discinesia (movimentos musculares involuntários) (Vallerand et al., 2016).

O regime terapêutico inclui Valproato Sódico, um fármaco utilizado para o tratamento da epilepsia e ao mesmo tempo como estabilizador de humor. É importante vigiar o aparecimento de crises convulsivas, avaliar o humor, a ideação suicida e o comportamento do utente que utiliza esta terapêutica. Deve ser avaliada a ocorrência de sonolência excessiva, principalmente no início da terapêutica. O utente deve ser informado que não deve consumir álcool, já que este potencia o aparecimento de crises convulsivas, e que só deve conduzir com autorização médica (Vallerand et al., 2016).

De referir também a administração de Hidroxizina, um fármaco que pertence ao grupo dos anti-histamínicos, utilizado para tratamento de ansiedade, sedação pós-operatória, e antipruriginoso (alergias). A equipa de Enfermagem deve avaliar a sedação do utente, o estado de consciência, de humor e o comportamento do utente, assim como a presença de náuseas e vómitos. A sua utilização como anti-histamínico requer avaliação da evolução do prurido, sonolência e estado de humor do utente. As doses não devem ser replicadas em caso de esquecimento, sob o perigo de provocar sonolência excessiva. O médico que prescreve deve também avaliar a capacidade do utente para conduzir e realizar outras tarefas diárias (Vallerand et al., 2016).

Este plano terapêutico foi instaurado pelo psiquiatra deste utente, implementado de acordo com a sintomatologia manifestada pelo utente e tendo em consideração as indicações fornecidas pelos Enfermeiros presentes neste serviço que foram identificando alguns sinais, sintomas e manifestações da sua patologia.

Outras intervenções resultantes da prescrição poderiam ser relevadas e executadas, mas os moldes e regras internas do serviço requeriam autorização e, por conseguinte, mais tempo até à sua implementação, pelo que não foi possível serem levadas a cabo no âmbito do período de realização do estágio. Uma vez que este utente fazia parte integrante de um projeto de reintegração social, integrou e participou em sessões de psicoeducação por forma a trabalhar a capacidade de autogestão do regime terapêutico, no sentido de o capacitar a seguir autonomamente os procedimentos de preparação e administração da sua terapêutica fora da instituição.

4.4. Domínios em análise

Como constatámos após a realização da entrevista clínica, o utente em causa apresenta alguns problemas ou dificuldades que carecem de ajuda por parte da equipa de Enfermagem para serem ultrapassados. Ficou evidente que apresenta poucas ou nenhuma estratégias de *cooping*, o que levou à necessidade de haver uma intervenção especializada de forma a promover a aquisição de conhecimentos sobre a vivência na sociedade em geral, e em particular no que diz respeito à autogestão do regime medicamentoso, no sentido de o utente se sentir mais preparado e capaz de encarar o futuro. Este encontra-se internado há vários anos. Desde sempre, a equipa de Enfermagem ficou responsável pela gestão do seu regime terapêutico, pelo que o utente necessita de aprender e dominar os conhecimentos necessários para a realização autónoma desta tarefa.

Outro domínio identificado foi o abuso de álcool, porque apesar do utente não consumir há vários anos, tornou-se necessário esclarecer e reavivar o utente quanto aos problemas que podem aparecer relacionados com o reinício do consumo.

A OMS define o alcoólico como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e económico (Heckman & Silveira, 2009). O risco do consumo existir é influenciado pelo ambiente social, saúde mental, história familiar, idade, grupo étnico e género. O consumo excessivo de álcool ao longo do tempo provoca alterações fisiológicas na estrutura e composição química do cérebro, como dependência física e aumento da tolerância (Heckman & Silveira, 2009). Os sintomas físicos sinais de abstinência podem ser neuromusculares (caracterizados por tremores, câibras ou parestesias), digestivos (caracterizados por náuseas ou vômitos), neurovegetativos (suores, taquicardia ou hipotensão ortostática), psíquicos (ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, insónias ou pesadelos) (Heckman & Silveira, 2009).

A tolerância é um sintoma latente e caracteriza-se pela resistência aos efeitos do álcool, que faz com que o indivíduo necessite de consumir doses cada vez maiores de álcool para atingir o efeito desejado. Estas alterações potenciam a incapacidade do alcoólico para deixar de beber, e quando o consumo é interrompido provocam sintomas típicos do síndrome de abstinência (Heckman & Silveira, 2009).

Todos estes riscos foram explicados ao utente, mas sublinhou-se que, no seu caso e atendendo à sua patologia e regime terapêutico, existem riscos acrescidos para a sua saúde associados ao consumo de álcool.

Outro domínio identificado neste utente foi o comportamento agressivo. Este aspeto foi tido em conta não pelo comportamento evidenciado pelo utente perante a equipa de Enfermagem e dentro da instituição, mas pela história de vida do mesmo, visto que um dos motivos que o conduziu à hospitalização foi ter desenvolvido comportamentos agressivos perante terceiros. Por essa razão foi-lhe explicada a ligação entre o consumo de álcool e a manifestação de comportamentos agressivos. Tendo em conta este facto e a sua patologia de base, o utente foi aconselhado a evitar todo e qualquer tipo de consumo de substâncias aditivas.

4.5. O processo diagnóstico/os dados

A fim de estabelecer uma relação terapêutica eficaz foi necessário, durante a entrevista clínica, tentar perceber o que seria mais importante ou relevante para o utente.

O utente sempre se demonstrou bastante participativo e interessado, mas também demonstrou que o seu principal objetivo nesta etapa da sua hospitalização seria obter e desenvolver competências que lhe permitissem a sua integração no projeto de reintegração social que estava a ser desenvolvido no respetivo serviço de internamento. Ficou claro que pretendia poder regressar a uma vida normal e ter o seu local próprio, sem vizinhos de quarto, como referiu.

Aquando da realização da entrevista clínica foram utilizados instrumentos de avaliação que demonstraram que o utente não teria ao momento condicionantes cognitivas. Não foi considerado necessário avaliar outros parâmetros, nomeadamente consumos e abstinência, uma vez que o utente se encontra internado há vários anos e desde então não lhe foi apontado nenhum comportamento desviante nesse sentido. Este verbalizou que não pretendia voltar a consumir álcool, nem outro tipo de substâncias lícitas ou ilícitas.

Perante estes dados, ficou claro que o diagnóstico que iria necessitar de maior empenho e trabalho da nossa parte seria o de autogestão de regime medicamentoso, não por existir incumprimento ou renitência por parte do utente, mas por se tratar de uma terapêutica complexa e se pretender transmitir conhecimentos e auxiliar o utente a encontrar formas de futuramente ser capaz de gerir o seu próprio regime terapêutico. Outro diagnóstico identificado foi o da gestão de emoções, em particular a ansiedade, pois na entrevista clínica o utente revelou-se bastante ansioso devido à aproximação das datas e à incerteza sobre o que iria encontrar no local onde iria ser integrado. A ansiedade tendeu a dissipar-se após várias explicações e informações dadas ao utente.

Tendo em conta todo o quadro, pareceu bastante lógica, ao estudante como à restante equipa multidisciplinar (Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Médicos Psiquiatras), a abordagem da psicoeducação. Por um lado, porque esta permite desenvolver competências no que diz respeito ao processo que vai desde a preparação do seu regime terapêutico até ao momento em que a terapêutica é ingerida, por outro, porque a realização das sessões permite a partilha de ideias, crenças e receios por parte do utente, que poderão ser trabalhadas de forma a auxiliar o mesmo a conseguir gerir esses aspetos sem

necessidade de recorrer a terapêutica ou a serviços diferenciados. A psicoeducação foi mesmo a mais importante intervenção junto deste utente, tendo-se desenvolvido várias sessões (Anexo 14). Trata-se de uma intervenção que, possivelmente, fará sentido ser utilizada com praticamente todos os utentes que sofrem da mesma patologia e estejam internados nesta ou em instituições similares, por essa razão tenham perdido contacto com o exterior, e, um dia que seja autorizada a sua reintegração na sociedade, irão deparar-se com os mesmos problemas que o utente participante do estudo de caso.

Deve ser referido que a ansiedade demonstrada no primeiro contacto com o utente foi-se dissipando à medida que a relação terapêutica se foi estabelecendo e os processos e as intervenções de Enfermagem foram sendo explicados.

A intervenção que dá pelo nome de psicoeducação, quando combinada com o tratamento farmacológico instaurado ao utente, tem a capacidade de orientar pacientes na estabilização do humor, diminuir os internamentos hospitalares e aumentar o funcionamento do indivíduo em diversas áreas (Freitas, 2010). Esta intervenção coloca o sujeito no centro de toda a ação, estabelecendo com ele uma relação profunda, direccionada essencialmente às suas inquietações, dúvidas e sentimentos, percebendo-o como um ser em constante desenvolvimento e atualização, permitindo que o indivíduo entenda as suas potencialidades através de um programa de intervenção estruturado, que facilita a sua participação nas tomadas de decisão e incrementa a sua autonomia (Marques, 2016).

Ao capacitar e desenvolver as competências do utente estaremos a cumprir o nosso objetivo primordial – que vai ao encontro do utente – e que consiste em prepará-lo para um possível regresso a casa, ao seio da sua família e quotidiano.

Aho Mustonen (2011) defende que a psicoeducação é uma componente essencial no tratamento abrangente para utentes esquizofrénicos, devendo todos eles ser beneficiados por programas que incluam este tipo de intervenção.

A intervenção psicoeducativa proporciona uma combinação de informações que abrangem componentes cognitivos, psicomotores e comportamentais essenciais para mudar atitudes (Al-Hadi Hasan et al., 2015).

Grande parte dos planos psicoeducativos direccionados à pessoa com esquizofrenia abordam temáticas centradas na explicitação da doença, no que consiste, as causas e evolução e prognóstico da mesma, informações referentes ao tratamento e terapêutica farmacológica,

aquisição de competências que promovam habilidades sociais, a resolução de problemas, identificação de sinais de alerta e adesão ao tratamento.

Fica a convicção de que é fundamental abordar o tema da gestão do regime medicamentoso em todos os utentes que, por algum motivo, estão internados nesta unidade, e que mais cedo ou mais tarde irão ser alvo de uma tentativa de reintegração, de forma a que os mesmos sejam capazes de perceber a importância do cumprimento do mesmo e os riscos associados ao seu incumprimento.

A literatura conflui na evidência de que a pessoa com esquizofrenia tem elevada probabilidade de apresentar o seu *insight* diminuído, o que acrescenta dificuldades no estabelecimento de um plano de tratamento eficaz. O *insight* é uma dimensão fundamental na psiquiatria clínica. Corresponde a uma componente da fenomenologia e do exame clínico, a um importante critério diagnóstico e avaliação da competência em vários contextos, tais como vontade de fazer tratamento, fornecer consentimento informado, executar uma vontade, responsabilidade criminal, entre outros. Não sendo um estado estático da mente, apresenta uma expressão dinâmica amplamente influenciada pelo estado clínico do indivíduo e pelo meio sociocultural (Reddy, 2015). Reddy (2015) enumera diversas medidas terapêuticas para melhorar o *insight*, nomeadamente a farmacoterapia e aconselhamento (para alívio dos sintomas), correção cognitiva (para *déficits* cognitivos/metacognitivos); psicoeducação e consciencialização pública (para lidar com conceitos erróneos de negação/estigma/cultura social), e futuristas (biomarcadores, imagiologia, indicadores laboratoriais e outros indicadores diagnósticos e terapêuticos).

A psicoeducação surge como um precioso aliado terapêutico, ajudando o utente a estar bem consigo e com os outros, facilitando a aceitação dos desafios diários, promovendo a capacidade de lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis, dotando-o de recursos que lhe permitam reconhecer os seus limites e procurar ajuda quando necessário. Segundo Borah (2019), a psicoeducação não consiste apenas em "fornecer informações", mas sobretudo em promover a capacitação dos utentes, visando a sua consciencialização, facultando recursos para gerir, lidar e conviver com uma doença Psiquiátrica crónica e mudar comportamentos e atitudes relacionados com esta. As intervenções educativas fazem com que os utentes comecem a aceitar o facto de que algo pode não estar bem consigo, podendo o reconhecimento de um possível problema permitir intervir mais facilmente, melhorando o *insight*, aumentar o

conhecimento da doença e dos tratamentos existentes, e, conseqüentemente, melhorar a adesão terapêutica (Leal et al., 2004).

4.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Face aos diagnósticos identificados no utente e devido ao seu discurso coerente e lógico, ficou claro quais seriam os objetivos da intervenção do estudante para com este utente. A sua intervenção seria no sentido de auxiliar, educar, transmitir conhecimentos, e dotar o utente de ferramentas que o pudessem ajudar na integração no projeto de reintegração social. Esta intervenção está em linha com as competências do EEESMP que incidem na promoção e proteção da saúde mental ao longo do ciclo vital, prevenção da doença, diagnóstico e intervenção terapêutica especializada em respostas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, trabalhando simultaneamente a sua reabilitação, contribuindo para a adequação das respostas e promovendo a sua autonomia (OE, 2011).

4.5.2. Indicadores de resultados

Durante a intervenção realizada com o utente, que se desenvolveu durante várias sessões norteadas pelo objetivo referido anteriormente, foi-lhe explicado que se encontrava numa fase de transição e que era normal sentir algumas dificuldades e ansiedade. Reforçou-se junto do utente que, com a ajuda e auxílio prestados pela equipa multidisciplinar que o acompanhavam, iria conseguir atingir os seus objetivos.

Esta abordagem levou-nos à teoria das transições. Segundo Meleis (2010), uma transição é uma passagem de uma fase da vida para outra, dando origem a um conceito que engloba múltiplos fatores e elementos que fazem parte deste processo. O mesmo autor defende que ajudar as pessoas a gerir as transições durante o seu ciclo de vida é uma competência chave da Enfermagem.

Importa referir que as transições são fruto do ciclo de vida de cada um de nós e à forma como vamos reagindo aos diferentes estímulos que nos vão surgindo, sendo que a resposta dada a um determinado estímulo é diferente em função dos conhecimentos que fomos adquirindo, o

ambiente onde estamos inseridos, as expectativas que criamos, e as nossas vivências e experiências até aquele momento.

A Teoria das Transições de Meleis (2010) engloba as seguintes dimensões:

- Tipos e padrões de transições;
- Propriedades das experiências de transições;
- Condições da transição facilitadoras e inibidoras;
- Indicadores de processo;
- Indicadores de resultado.

O utente em causa atravessa uma transição do tipo situacional, pois está a preparar a mudança de domicílio, o seu padrão é múltiplo, simultâneo, sequencial e relacionado, uma vez que o utente apresenta algumas dificuldades em adaptar-se a esta nova situação de mudança de domicílio, de realização de tarefas que nunca realizou, e desenvolvimento de competências que nunca tinha pensado vir a ter. Segundo o mesmo, o que mais o estava a afetar era a mudança do seu papel enquanto pessoa, pois passará a estar menos dependente da equipa multidisciplinar e terá de gerir alguns aspetos da sua vida sem auxílio.

O utente revelou-se consciente do passo seguinte, das barreiras que vão aparecer e como terá de resolver as situações, tendo sido frisado que, sempre que necessário, poderia recorrer ao auxílio da equipa de Enfermagem. O utente estava notoriamente envolvido, queria treinar e desenvolver as suas competências, tendo participado de forma ativa em todas as atividades que lhe foram propostas.

Relativamente à duração da transição, esta ainda está a decorrer, uma vez que, presentemente, o utente aguarda a mudança de domicílio. A transição está a ser influenciada por condições facilitadoras e inibidoras. É condição inibidora o facto do utente se encontrar ansioso pelo facto de não ter data prevista para a mudança e ter consciência de que algumas competências precisam de ser aprimoradas. Como condições facilitadoras, sublinhámos o facto de o utente se encontrar motivado para a mudança, querer ser "independente", ansiar ter um quarto só para si e gerir o seu tempo.

Quanto aos indicadores do processo (mestria e integração fluida), podemos dizer que está a adquirir conhecimentos e estratégias. Não se pode afirmar que atingiu o nível de mestria, porque, em rigor, a transição ainda está a decorrer.

Retomando a análise das sessões de psicoeducação, sublinhamos que, uma vez que o utente não apresentou alterações cognitivas, avaliadas através de um instrumento válido, revelou potencialidade para aumentar o conhecimento e gerir o seu regime terapêutico, após a intervenção realizada (Anexos 15, 16, 17, 18 e 19). No que diz respeito a resultados concretos, ao longo do tempo, o utente demonstrou ser capaz de, ainda que forma bastante superficial, relacionar o seu regime terapêutico com o seu atual estado de saúde, tendo demonstrado alguma capacidade crítica e de associação dos nomes genéricos da terapêutica instaurada com o seu princípio ativo e função de determinados medicamentos.

Em conjunto com a equipa de Enfermagem do serviço, foi criada uma *checklist* que teve como fio condutor as 14 necessidades definidas por Virgínia Henderson (Anexo 20). Esta foi utilizada nas primeiras sessões e, nas últimas, uma vez que se aproxima a mudança para o local de residência. Esta *checklist* pretende avaliar as capacidades de o utente realizar tarefas básicas consideradas necessárias para integrar o projeto de integração que está a ser desenvolvido neste serviço, permitindo aferir se está capacitado ou necessita de mais intervenção por parte da equipa de Enfermagem.

4.6. Intervenções de Enfermagem

O utente foi avaliado durante a realização de uma entrevista clínica, que decorreu num ambiente previamente preparado e estruturado, de forma a que se sentisse confortável. Esta teve uma duração aproximada de 45 minutos, ao longo da qual foram abordados vários aspetos considerados como pertinentes para posterior identificação dos diagnósticos de Enfermagem, e, por conseguinte, para a definição das intervenções mais adequadas de forma a ajudar o utente a melhorar as suas competências e comportamentos face a determinados estímulos. Os diagnósticos de Enfermagem identificados para este utente foram vários, sendo que o que mais se destacou, e também o mais frisado pela enfermeira tutora, foi a capacidade de autogestão do regime medicamentoso, pois, como referimos, este utente pode fazer parte de um projeto de reintegração social, no qual um dos pré-requisitos para aceder à fase final consiste na capacidade do utente gerir o seu regime medicamentoso, desde a preparação diária até à toma de forma correta e seguindo procedimentos adequados. Simultaneamente, foi trabalhada a importância de o utente se manter abstinente, no que diz respeito ao consumo de álcool e

outras substâncias, sendo explicado que recaída(s) implicaria(m) um retrocesso no seu processo de reintegração e inclusive a aplicação de medidas judiciais.

Perante o quadro do utente, foi proposta como intervenção sessões de psicoeducação relacionadas com as boas práticas de preparação e administração de terapêutica e comportamentos aditivos, e a sua relação com a terapêutica instaurada. O utente foi instruído segundo o procedimento de boas práticas de preparação de terapêutica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Também foi trabalhada a competência de gestão de dinheiro, por forma a capacitar o utente a efetuar compras necessárias para o seu dia a dia. Este aspeto foi solicitado pelo próprio utente, que, por falta de contacto com divisas há vários anos, referiu sentir dificuldades.

Como se disse, tendo em conta as dificuldades evidenciadas pelo utente, foram planificadas várias sessões de psicoeducação (Anexo 14). Já nos debruçamos antes sobre as características e potencialidades deste tipo de intervenção, pelo que seria redundante repeti-las aqui. Vale a pena sublinhar que, ao capacitar e desenvolver as competências do utente, estamos a cumprir o objetivo de o preparar para um possível regresso a casa, ao seio da sua família, e quotidiano. Foi este o objetivo primordial definido na intervenção neste utente, e que ia ao encontro da meta definida pelo próprio.

A psicoeducação surge assim como um precioso aliado terapêutico, ajudando o utente a estar bem consigo e com os outros, facilitando a aceitação dos desafios diários, promovendo a capacidade de lidar com as suas emoções, dotando-o de instrumentos que lhe permitam reconhecer os seus limites e procurar ajuda quando necessário.

Deve ser referido também que a ansiedade demonstrada no primeiro contacto com o utente, foi-se dissipando à medida que a relação terapêutica se foi estabelecendo e os processos e intervenções de Enfermagem foram sendo explicados e implementados. Fica também a convicção de que é fundamental abordar o tema da gestão do regime medicamentoso em todos os utentes que por algum motivo estão internados nesta unidade e que mais tarde ou mais cedo serão alvo de reintegração social, de forma a que sejam capazes de perceber a importância do cumprimento do mesmo, e os riscos associados ao incumprimento.

Para avaliar as reais capacidades, competências e necessidades do utente foi elaborada de raiz, com a participação da equipa de Enfermagem, uma *checklist* com questões fechadas. Este documento teve como fio condutor as 14 necessidades básicas definidas por Virgínia Henderson. Foi pensado para ser aplicado nas primeiras sessões de psicoeducação e, na fase final da

intervenção, na altura em que o utente deve estar apto para morar na nova residência, para avaliar os progressos efetuados.

Como já referimos anteriormente, a psicoeducação é vista por vários autores como a intervenção mais indicada para utentes como o do presente estudo de caso. De notar que, neste local de estágio, para além das sessões de psicoeducação implementadas pelo estudante, foram desenvolvidas outras intervenções. Os utentes tinham sessões de culinária e jardinagem (grupo terapia). Também estavam definidos dias para frequentarem a piscina e realizarem tarefas de olaria. Estas atividades decorriam com a ajuda e orientação de Enfermeiros, o que demonstra que os profissionais que desempenham funções nesta unidade têm competências específicas que foram desenvolvendo ao longo do tempo, que apesar de não serem planeadas e estruturadas sistematicamente, acabam por resultar em efeitos positivos nos utentes.

4.7. Avaliação do processo de cuidados

No que diz respeito aos resultados obtidos, estes demonstraram que existiu uma evolução por parte do utente em causa, devido às sessões de psicoeducação em que participou. Com efeito, o utente foi adquirindo e desenvolvendo competências que seriam essenciais para integrar o projeto de reintegração social, o que leva à reflexão de que a intervenção foi eficaz. Existem ainda alguns aspetos a melhorar ao nível da *checklist* (Anexo 20) que criámos de raiz, mas estamos convencidos do seu potencial, e que melhorado possa vir a ser utilizado noutras ocasiões e noutros utentes.

Por fim, podemos dizer que a intervenção mais utilizada durante todo este tempo foi a relação de ajuda. Com efeito, a relação de ajuda esteve no cerne dos estágios, pois é essencial para chegar ao outro, ao utente, à pessoa que está à nossa frente. A “relação de ajuda é o elemento central da assistência de Enfermagem e pode ser tanto um meio como um fim em si mesmo. Ajudar as pessoas com problemas é a essência de todo o profissional de saúde e essa ajuda pode ser concretizada através de interações humanas. Portanto, a comunicação é inseparável do processo de ajuda” (Sequeira, 2016, p. 276). O EEESMP tem competências específicas que lhe permitem utilizar a comunicação de modo a incrementar o potencial terapêutico das suas intervenções. Para tal, deve conhecer as técnicas comunicacionais, perceber quais são as

atitudes promotoras e inibidoras da comunicação, conseguir identificá-las no seu próprio estilo comunicacional e fazer a sua gestão, evitando que um dos mais importantes instrumentos que utilizamos não se torne um entrave à atividade profissional. Perante isto podemos dizer que durante a prestação de cuidados o EESMP não fala, mas comunica, transmite conhecimentos, e fá-lo com conhecimento, técnica, consciência, humanidade, alguns receios, e muita vontade de fazer cada vez melhor para o bem dos seus utentes.

O final da realização desta etapa estágio coincidiu com o final do percurso escolar do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica. Como tal, foi realizada uma introspeção e uma autoavaliação do percurso realizado pelo estudante. Ficou a certeza de que foi uma etapa evolutiva e de que, desde o primeiro estágio, até ao último, as decisões tomadas e as escolhas feitas foram sendo cada vez mais fundamentadas e indicadas para cada contexto e cada utente com quem tivemos contacto.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Importa notar que a obtenção do grau académico de EEESMP implica a aquisição das competências específicas descritas no Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto de 2018, assim como as competências comuns previstas no Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro de 2019. Tendo em vista a aquisição e desenvolvimento dessas competências foi necessária a realização de um estágio que decorreu em diversos contextos e que teve em conta a temática transversal.

Os contextos nos quais o estágio se desenvolveu foram: uma unidade de prestação de cuidados a utentes em fase aguda de descompensação (serviço de internamento); uma unidade de resposta comunitária, cujo objetivo é a prestação de cuidados de saúde abrangentes, informando e tentando sensibilizar os utentes, bem como a comunidade em geral, sobre a problemática transversal, empoderá-los, e prepará-los para uma possível confrontação com este tipo de comportamentos; e, por fim, numa unidade de prestação de cuidados diferenciados, mais concretamente, uma unidade de internamento que acolhe utentes do foro psiquiátrico considerados inimputáveis e sujeitos a medidas judiciais, ao abrigo de um protocolo celebrado entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde.

O estágio teve uma duração global de 510 horas, mais especificamente 175 horas numa unidade de prestação de cuidados a utentes em fase aguda da sua patologia (internamento), 175 horas na unidade de respostas comunitárias, e 160 horas na unidade de serviços diferenciados.

No que diz respeito à aquisição das competências exigidas para um adequado desempenho enquanto futuro EEESMP, o trabalho foi desenvolvido de forma contínua desde o primeiro dia de estágio, no sentido de aprimorar as competências previamente adquiridas e desenvolver e adquirir novas, potenciando as capacidades de intervenção no futuro.

No que diz respeito ao contexto de estágio em unidade de resposta a utentes em fase de descompensação aguda da sua patologia, as competências específicas tidas como essenciais a desenvolver, aquando da realização do projeto de estágio foram as seguintes:

- “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e Enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento n.º 515/2018, 2018);

- “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Quanto às restantes competências específicas, não foi possível desenvolver trabalho que justificasse a sua evocação nesta fase, tendo ficado para outros locais e estágio, como poderemos verificar numa fase mais avançada deste trabalho.

Uma vez definidas as metas, foram desenvolvidos atitudes e comportamentos que permitiram adquirir as referidas competências de forma satisfatória.

No que concerne à unidade de competência F1.1. – “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (Regulamento n.º 515/2018, 2018) –, notámos que, desde o primeiro dia de estágio, procurámos manter uma postura correta e adequada perante os utentes e restante equipa multidisciplinar, dialogar de forma aberta com esta última de forma a partilhar conhecimentos, expor dúvidas e receios, e evitar equívocos. Tentámos sempre adotar uma postura de respeito e compreensão perante os comportamentos e atitudes dos utentes, de forma a estabelecer uma relação terapêutica estável. Mantivemos um comportamento imparcial e adequado perante os utentes, respeitando as suas crenças e valores, e evitando opiniões e juízos.

No que diz respeito ao ponto F2.1 – “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo utente” (Regulamento n.º 515/2018, 2018) – importa referir que, para atingir esta meta, foram realizadas várias entrevistas clínicas que permitiram identificar as necessidades de cada utente. Foi a partir destas que identificámos os utentes mais predispostos para partilhar dados sobre a sua história de vida, estado de saúde geral, e a colaborar de forma permitir identificação dos diagnósticos de Enfermagem mais adequados para melhorar a sua saúde e superar a os problemas relacionados com a temática transversal. A partir das entrevistas foi possível planear as atividades e identificar as intervenções psicoterapêuticas realizadas que melhor se adequariam a cada caso. Na utente que serviu de estudo de caso no primeiro local de estágio, a intervenção que se revelou mais adequada, tendo em conta os seus problemas de saúde mental, e atendendo a que os diagnósticos de Enfermagem foram de teor comportamental, foi a técnica de modificação de comportamento.

Para a escolha desta intervenção psicoterapêutica foi realizada uma recolha prévia de dados relevantes para a identificação de diagnósticos de Enfermagem, conhecer as reais capacidades cognitivas da utente, bem como o seu estágio de motivação para a mudança. Para obter estes dados recorremos a instrumentos, como o *Mini Mental State Examination* utilizado para verificar o estado cognitivo da utente, cujo *score* revelou não haver alterações significativas. Foi também utilizada a escala para avaliar o estágio de motivação da utente para a mudança, verificando-se que esta estaria na fase da contemplação, ou seja, com vontade de mudar de comportamentos e atitudes. Tendo em conta este quadro geral, a intervenção psicoterapêutica que se afigurou mais adequada foi a modificação de comportamento.

A técnica de modificação de comportamento corresponde a uma intervenção psicoterapêutica, realizada por Enfermeiros Especialistas em saúde mental e Psiquiátrica. Este tratamento visa modificar um comportamento disfuncional de um indivíduo, como os diagnosticados na utente alvo de estudo, como sugere a plataforma de dados *nursingontos* da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Esta intervenção desenvolveu-se durante várias sessões, nas quais foram abordados diversos temas, de forma a transmitir o máximo de conhecimentos válidos à utente e a prepará-la para a sua alta clínica. É fundamental mencionar que para a prescrição da intervenção psicoterapêutica em causa, o EEESMP deve avaliar se o utente se encontra motivado. Se este não estiver motivado para a mudança o sucesso da intervenção será limitado.

Relativamente à unidade de competência F2.2. – Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (Regulamento n.º 515/2018, 2018), importa referir que durante o período de estágio nesta unidade, foram realizadas várias admissões, avaliações iniciais, na sua maioria por EEESMP, e foram dadas altas clínicas a vários utentes, o que permitiu um contacto direto com vários utentes, patologias, histórias e trajetos no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Constatámos que vários utentes já tinham sido internados no mesmo serviço, tinham diagnósticos médicos estabelecidos e um historial de doença mental conhecido. Por essa razão, foi mais fácil realizar a recolha de dados e a anamnese dos utentes com quem interagimos.

Nesta fase, partindo da recolha de dados, tentamos perceber como as diversas patologias Psiquiátricas afetam a sua vida, e como eram as suas vidas fora do serviço. Percebemos que, na maioria dos casos, o dia-a-dia destes utentes é marcado por diversas dificuldades a vários níveis. Foram realizadas entrevistas clínicas, onde constatámos, através da utilização de instrumentos de avaliação fiáveis, que vários utentes revelavam perdas cognitivas significativas, e que não se encontravam motivados para a mudança de comportamentos, o que dificulta o processo de alta

médica. Também verificámos que muitos destes utentes não possuem qualquer tipo de apoio familiar ou social.

No que diz respeito à unidade de competência F2.3 – Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (Regulamento n.º 515/2018, 2018) – constatámos que existiam algumas lacunas no que diz respeito ao acesso à informação por parte dos utentes, relativamente à sua patologia, como e a que instituições ou entidades poderiam recorrer em caso de necessidade após a sua alta clínica. No sentido de colmatar esta lacuna, foi desenvolvido um documento informativo que servirá de apoio aos utentes no momento de alta (Anexo 2), uma vez que faculta informação necessária para quem procura ajuda especializada relacionada com comportamentos aditivos.

Durante esta etapa de estágio tentámos, diversas vezes, incitar os utentes a retomarem o contacto com as suas famílias e/ou amigos, de forma a terem a quem recorrer em caso de necessidade, como nem sempre se revelou possível, foram mobilizadas ajudas sociais, nomeadamente através da colaboração de técnicos.

Apesar das intervenções desenvolvidas nem sempre terem surtido o resultado desejado, no geral, estas tiveram influência positiva no estado de saúde mental dos utentes, tendo-se observado melhorias no seu comportamento e, em alguns casos, uma diminuição dos consumos de substâncias lícitas e ilícitas. Foi referido por alguns utentes que a ajuda e as intervenções desenvolvidas pela equipa de Enfermagem tiveram um papel importante para que algo mudasse no seu quotidiano. Estes dados levam-nos a concluir que as competências que nos propusemos desenvolver neste local foram atingidas de forma satisfatória.

No segundo local de estágio referido, ou seja, a unidade de cuidados na comunidade, as competências específicas que nos propusemos a desenvolver foram as seguintes:

- 1- “Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e Enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”;
- 2- “Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”;
- 3- “Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”;

4- " Prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde" (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Como se pode constatar, algumas das competências são transversais aos diferentes locais de estágio, o que facilmente se compreende se atendermos a que se espera que este processo de aprendizagem corresponda a um momento de desenvolvimento contínuo e integrado.

No que diz respeito ao trabalho efetuado pelo estudante no sentido de desenvolver as competências específicas, e em relação às unidades de competência:

"F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo utente";

"F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família";

"F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde Mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos" (Regulamento n.º 515/2018, 2018);

Desde o primeiro dia de estágio neste local foram, em conjunto com a equipa multidisciplinar identificadas as necessidades existentes relacionadas com o tema transversal. Depois de identificadas essas necessidades, deu-se início ao trabalho de forma a planear o máximo de intervenções junto da comunidade, e de um utente e respetiva família, que apresentassem problemas relacionados com comportamentos aditivos.

No seguimento desse trabalho foi identificado um utente que poderia beneficiar da intervenção por parte do estudante, uma vez que apresentava comportamentos aditivos de longa data que motivaram a disfuncionalidade no seio da sua família, dando origem a comportamentos e atitudes menos corretas face aqueles que o rodeavam. Foi realizada entrevista clínica para a recolha de dados indispensável à continuidade do processo.

Desde o início da interação com o utente, e com a sua família, existiu uma abordagem cuidada de forma a criar uma relação terapêutica válida, e a tentar perceber a sua história de vida, e a da sua família a nível de antecedentes psiquiátricos.

No que diz respeito ao trabalho na comunidade, este exigiu alguma flexibilidade por parte da equipa de Enfermagem e do estudante, mas também serviu para demonstrar as dificuldades, muitas vezes, sentidas pelos diversos intervenientes no terreno.

A atuação na comunidade passou por sessões de psicoeducação apresentadas num centro escolar, junto de uma população adolescente. As sessões tiveram como objetivo transmitir conhecimentos válidos e corretos para que os adolescentes se sentissem devidamente preparados para a sua possível confrontação com a problemática de comportamentos aditivos. Também serviram para esclarecer dúvidas e desmistificar ideias e preconceitos preexistentes. Desde o início até ao final, esta intervenção tem um papel essencialmente educativo. Neste contexto a tarefa do Enfermeiro é fundamentalmente educar e familiarizar o utente em relação aos seus problemas e patologias, esclarecendo-o acerca das consequências dos seus comportamentos e atitudes (Stefanelli & Moreno, 2008).

De forma a desenvolver as competências e no que diz respeito às unidades de competência:

“F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”;

“F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos utentes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental”;

“F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade”;

“F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao utente, com base nos diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados” (Regulamento n.º 515/2018, 2018);

Importa referir que foram realizadas entrevistas clínicas, que serviram de ponto de partida para a recolha de dados, tornando viável a identificação de diagnósticos de Enfermagem, e, por conseguinte, a seleção da melhor abordagem para cada tipo de diagnóstico identificado nos utentes e na comunidade.

Para melhor identificação desses diagnósticos foram utilizados instrumentos de avaliação cognitiva, do grau de dependência perante consumos de álcool e outras substâncias, e o estágio de motivação para a mudança dos utentes. No caso do utente alvo de estudo de caso, a análise destes dados permitiu concluir que este se encontrava num estágio de pré-contemplação, o que implica sempre um trabalho acrescido para o interveniente, no sentido de conduzir o utente a um estágio compatível com a mudança de comportamentos. Como se referiu anteriormente,

um utente no estágio de pré-contemplação não apresenta motivação para mudar os seus comportamentos e atitudes, o que obriga a despende mais tempo no sentido de potenciar a passagem ao estágio em que a mudança passa a ser considerada. Esta situação representou uma oportunidade, na medida em que nos proporcionou uma maior aprendizagem e desenvolvimento de capacidades necessárias para um melhor desempenho no futuro.

Para este utente foram planeadas várias sessões da intervenção psicoterapêutica entrevista motivacional, de acordo com datas pré-estabelecidas pelo mesmo e de acordo com a disponibilidade na sua agenda. Como se disse antes, esta intervenção é caracterizada por um diálogo construtivo acerca da mudança de comportamento, implica a mobilização da escuta ativa e empatia para compreender a perspetiva do utente e minimizar a resistência à mudança (Barroso, 2020). Trata-se de uma intervenção psicoterapêutica que assenta no pressuposto de que a mudança é da responsabilidade do indivíduo, pois só desta forma será efetiva e duradoura. Cabe ao Enfermeiro criar um contexto no qual o utente perceba a importância da adoção de um comportamento saudável e os benefícios que daí podem advir, levando-o “a explorar livremente as suas preocupações e a iniciar o processo de mudança” (Sequeira, 2016, p. 97).

Esta intervenção foi desenvolvida em várias sessões que tiveram como objetivo final motivar e conduzir o utente a alterar os seus comportamentos, ou seja, diminuir ou cessar os consumos de álcool e tabaco e, se possível, retomar tratamento farmacológico.

Procedemos também à elaboração de um documento informativo, que carece ainda de aceitação por parte dos órgãos diretivos da instituição, com informações sobre os comportamentos aditivos e como os evitar, assim como as entidades a recorrer em caso de necessidade. Este documento está pensado para ser de acesso livre à população frequentadora daquela unidade, de forma a fomentar a literacia dos utentes e prepará-los para enfrentarem este tipo de problemática de forma mais fundamentada e adequada.

Foram, assim, feitos esforços de forma a acompanhar utentes de várias faixas etárias e diversas classes sociais, com ou sem comportamentos aditivos associados.

Recorremos a diversas abordagens e tentamos utilizar vários recursos de forma a obter o máximo de ganhos para os utentes, famílias e respetivos meios onde estes estavam inseridos. Não obstante, ficou patente a dificuldade de quantificar de forma objetiva os resultados obtidos relativamente ao impacto das intervenções, cuja avaliação requer um acompanhamento mais prolongado e próximo desta comunidade.

Ainda neste local de estágio, propusemo-nos desenvolver competências ligadas às seguintes unidades de competência:

“F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”;

“F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do utente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao utente e à situação”;

“F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

Para tal, neste local de estágio depois de selecionado o utente que faria parte do estudo de caso, foram definidas as melhores intervenções que poderiam ser utilizadas de forma a obter resultados positivos e válidos, obter ganhos reais para o utente e a sua família. Após a identificação dos diagnósticos de Enfermagem para este utente, procedeu-se à intervenção realizada de forma a que este se sentisse envolvido e motivado para participar, e interessado no que lhe estava a ser facultado, pois é de conhecimento geral que, para se conseguir resultados positivos, o utente deve estar motivado para a mudança.

Desde os primeiros momentos de contacto com o utente ficou claro que o mesmo apresentava dificuldades na gestão do seu regime terapêutico e abuso do consumo de álcool. Foi essencial informar o utente sobre estes diagnósticos, recorrendo a diversas ferramentas de forma a demonstrar os perigos a que se estava a expor. Foram planeadas e realizadas sessões de intervenção psicoterapêutica de acordo com os horários e disponibilidades do utente e da sua família, de forma a envolvê-la no possível processo de mudança. No entanto, verificou-se que o utente não só não foi muito cumpridor dos horários pré-estabelecidos, como banalizou a informação que lhe transmitimos. Tentámos também promover a capacidade crítica do utente perante a sua situação, mas o esforço foi improdutivo.

Neste local de estágio tentámos ainda mobilizar e envolver outros profissionais de saúde nas intervenções realizadas e na implementação de possíveis projetos de saúde relacionados com o tema transversal, mas estas tentativas revelaram-se, por vezes, pouco produtivas.

No que diz respeito à unidade de competência F1.1. – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio

terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (Regulamento n.º 515/2018, 2018) – não dissertamos extensivamente sobre a mesma, visto que esta competência foi abordada nos três locais de estágio de forma semelhante, tentado sempre respeitar as crenças, ideias e valores dos utentes de forma a não criar barreiras entre o profissional em formação e os utentes, e a evitar um impasse terapêutico que pudesse prejudicar, por um lado, a intervenção, e, por outro lado, a interação entre o utente e o estudante. Procurámos dar opiniões baseadas em dados comprovados, respeitando as reações e comportamentos adotados pelos utentes de forma a proporcionar um ambiente propício para a transferências e contratransferência de conhecimentos, dados e opiniões.

Desta forma e refletindo sobre o que foi descrito anteriormente, podemos dizer que atingimos de forma parcial, mas satisfatória, a aquisição e desenvolvimento das competências a que nos propusemos neste local de estágio. Para tal, recorremos a diferentes intervenções psicoterapêuticas e formas de abordagem aos utentes, famílias e respetivos meios onde estes estão inseridos.

No último local de estágio, ou seja, numa unidade de resposta diferenciada, propusemo-nos desenvolver as seguintes competências específicas:

“1- Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e Enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”;

“2- Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”;

“4- Prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Regulamento n.º 515/2018, 2018);

O local de estágio que agora analisaremos corresponde, como se disse, a uma unidade de cuidados diferenciados, cujos utentes internados estão ao abrigo de uma legislação específica produzida para este tipo de unidades de prestação de cuidados. Tivemos a consciência de que estes utentes teriam de ser alvo de abordagens e intervenções diferentes devido às imposições a que estão sujeitos.

Durante todo o estágio, e em especial neste último local, realizámos um exercício intenso no sentido de desmistificar as ideias que existem nas famílias dos utentes e nos profissionais de saúde que intervêm junto destes, sobre os utentes aqui internados. Demos especial atenção à

unidade de competência F1.1. – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (Regulamento n.º 515/2018, 2018). Com efeito, desde cedo tivemos consciência de que seria necessário trabalhar esta competência de forma a tentar debelar medos e receios relativamente aos “fantasmas” do passado e futuro, que radicam numa apreensão relativamente ao desconhecido, afetam as relações entre os utentes e todos aqueles que os rodeiam.

Durante o estágio, tornou-se evidente a necessidade de os utentes interagirem com os seus próximos, pelo que procurámos a superação de alguns medos em retomar contactos com familiares e amigos. Para tal, foram utilizados os recursos existentes, que se revelaram escassos e limitados, devido às regras que regem este local. No geral, notámos uma melhoria do estado de humor em alguns utentes, a diminuição da ansiedade e a mudança de postura e de comportamentos dos utentes para com os profissionais de saúde, tendo sido assim facilitada a criação de uma relação terapêutica.

Esta constatação leva-nos a considerar que, mesmo estando perante utentes com um quadro pessoal e social complexo, sujeitos a medidas de coação, não deixam de ser seres humanos com necessidades de afeto e reconhecimento por parte do outro. Ficou claro que, como todos os que os rodeiam, estes utentes têm sentimentos, receios e dificuldades, a que acresce, por vezes, o “rótulo” que lhes foi atribuído.

Também ficou claro o papel importante que os Enfermeiros podem desempenhar neste tipo de intervenções, podendo contribuir para a mudança completa no quotidiano e na vida destes utentes.

No que se refere às unidades de competência:

“F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo utente”;

“F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”;

“F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde Mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (Regulamento n.º 515/2018, 2018);

Durante este momento de estágio, tentamos através da utilização de vários recursos humanos e materiais criar pontes entre as famílias e alguns utentes que se demonstraram interessados em recuperar contacto com as suas famílias, amigos, conhecidos. Ao realizar este esforço ficou evidente que se tornaria mais fácil estabelecer uma relação terapêutica com determinados utentes, visto que os mesmos se sentiam reconhecidos e agradecidos perante o esforço do desenvolvido pelo profissional em formação.

Também não pode deixar de ser referido que, durante este estágio, foram realizadas atividades para promover a literacia sobre diversas problemáticas que estariam a causar algum desconforto a certos utentes, contribuindo assim para diminuir os níveis de ansiedade e frustração, acabando por gerar um ambiente mais propício à partilha de opiniões, ideias e crenças dos utentes.

Assim, dando continuidade à análise e de forma a explicar de que forma as competências foram adquiridas, importa referir que neste local de estágio, tal como nos outros, foi realizado um estudo de caso com um utente alvo. Perante os diagnósticos de Enfermagem identificados, e de acordo com as indicações dadas pela equipa Enfermagem, a intervenção psicoterapêutica que se afigurou mais adequada foi a psicoeducação, tendo sido realizadas sessões de forma a ajudar o utente a preparar-se para o futuro, uma vez que este faria parte de um projeto de reintegração social. Os parâmetros intervencionados e avaliados foram a capacidade de gerir o seu regime terapêutico, de resistir à retoma de consumos de substâncias lícitas ou ilícitas, entre outros aspetos da organização do seu dia-a-dia.

Segundo Sassen (2018), a educação do utente visa otimizar comportamentos benéficos para lidar com os problemas de saúde. Para que a pessoa com esquizofrenia consiga, dentro das suas possibilidades, melhorar a autogestão é necessário o apoio de profissionais de saúde no sentido de desenvolver um conjunto de competências para lidar com a saúde, resolver problemas, colaborar com os prestadores de cuidados de saúde e ganhar independência na resposta aos desafios.

Também ficou claro que, apesar de o utente em causa se encontrar em abstinência há vários anos, foi necessário esclarecer dúvidas e promover o *insight* sobre a sua condição presente e futura, e relembrar as consequências dos seus comportamentos quando se encontrar fora da instituição.

Após alguma reflexão sobre a ação desenvolvida neste local de estágio, como de resto durante toda a fase de aprendizagem e formação, notámos que a comunicação e a criação de uma relação terapêutica estável e válida, são pontos importantes para que o profissional de saúde

possa atuar da melhor forma, transmitir e pôr em prática os seus conhecimentos e, em última análise, para que a intervenção se traduza em ganhos reais para a saúde dos utentes.

Importa destacar que foi elaborada uma *checklist* de avaliação das capacidades de os utentes realizarem atividades quotidianas sem auxílio. Este documento (Anexo 20), elaborado de raiz, irá ficar, após aprovação, como instrumento na unidade em questão, de forma a que, se a equipa assim o achar necessário e oportuno, possa ser utilizado futuramente com outros utentes.

Durante o trabalho realizado neste momento de aprendizagem tivemos a perceção de que a comunicação é um importante trunfo para a Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Para que esta decorra de forma correta, implica que profissional de saúde mobilize conhecimentos, técnicas, esteja consciente, atue com humanidade, e tenha vontade de se aperfeiçoar do ponto de vista profissional. Nos três momentos de estágio, o relacionamento com os utentes baseou-se na confiança, na identificação e expressão de sentimentos, na procura de respostas para as suas inquietações e daqueles que os rodeavam, incluindo os profissionais de saúde, tentando mobilizar os recursos disponíveis. Todas as interações, atividades e intervenções foram pautadas pela autenticidade, respeito pelos direitos e deveres de cada pessoa, correspondendo a momentos de partilha em que os participantes de alguma forma saíram sempre mais completos.

Importa referir que os EEESMP devem compreender as suas competências específicas e a importância de as desenvolver em autonomia, para o bem dos utentes a quem presta cuidados. “A autonomia dos Enfermeiros no caso concreto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, é essencial que se compreenda que as competências específicas dos Enfermeiros Especialistas são tão mais úteis quanto maior for a autonomia da sua ação. Os cidadãos não podem esperar mais e os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica podem vir a desempenhar um papel fundamental na setorização da prestação de cuidados de Saúde mental. É necessário, acima de tudo, que estes sejam os primeiros a perceber o seu potencial” (Sampaio, 2022, p. 2).

Importa referir que, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019) da Ordem dos Enfermeiros, as competências detidas pelo Enfermeiro Especialista resultam da junção das competências comuns e das competências específicas da sua área de especialização. Segundo o referido regulamento, assumem-se como competências comuns “as competências, 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” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Ao longo do momento de aprendizagem alvo da presente reflexão foram desenvolvidas, de forma total ou parcial, competências comuns previstas no referido Regulamento.

No entanto, sublinha-se que a aquisição/desenvolvimento das competências não é um processo acabado. É algo que decorrerá ao longo da carreira, pois a aprendizagem deve ser contínua, evitando a estagnação e inércia, muitas vezes, causa de más práticas.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as competências comuns são:

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

Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A este propósito, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver o seu trabalho segundo as regras e normas de boas práticas da profissão. Se não o fizer poderá incorrer em problemas de ordem jurídica e profissional. O Enfermeiro deve seguir sempre os princípios deontológicos da sua profissão de forma a proporcionar os melhores cuidados ao utente, respeitando-o na sua individualidade, ideias, crenças e ideologias.

O Enfermeiro Especialista deverá também garantir “(...) práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746). Consideramos que esta competência está diretamente relacionada com a competência anterior. Ao fomentarmos a relação Enfermeiro/utente (relação de ajuda), assente na confiança e respeito mútuo, estamos a promover o cuidado centrado na pessoa, que respeita o utente, defende os seus direitos e observa a sua vontade. Durante os vários momentos de estágio, procurámos que os comportamentos e atitudes desenvolvidos se regessem pela legislação que regulamenta a prática de Enfermagem, nomeadamente o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº156/2015, de 16 de setembro. Agiu-se sempre no sentido de promover a proteção do utente e evitar a sua exposição a perigos desnecessários. Falamos do recurso ao internamento involuntário em que um utente é hospitalizado contra a sua vontade, medida aplicada em dois locais estágio, mas implementada apenas em utentes que, de uma forma ou outra, num determinado momento, puseram ou representaram um perigo para a sua vida ou das pessoas que os rodeavam. Assim, vemos que, por vezes, e para o bem dos utentes as crenças, vontade e até liberdade destes utentes são postos provisoriamente em causa. No entanto, esta limitação visa, em última instância, o seu tratamento, posterior regresso à sua vida normal e a

recuperação das suas capacidades. De referir que parte dos utentes, aos quais foi aplicada esta medida, estavam numa fase aguda das suas patologias e, por conseguinte, não possuíam consciência plena dos seus comportamentos e atitudes. Nos serviços onde os estágios decorreram, esta situação ocorre com alguma frequência. O internamento involuntário é regulado pela Lei nº 35/2023 de 21 de julho 2023, Lei de Saúde Mental, que determina os pressupostos que ditam o internamento involuntário. O tribunal pode decretar internamento compulsivo quando:

“O portador de anomalia psíquica grave que crie por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e se recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado” (Lei nº 35/2023).

Segundo a Lei de Saúde Mental “pode ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado” (Lei nº 35/2023).

A utilização desta medida provoca um sentimento de ambiguidade, pois o utente nestas circunstâncias é tratado, por vezes, sem o seu acordo o que condiciona à partida a criação de uma boa relação terapêutica. Sabemos que esta medida é legal, no entanto é, muitas vezes, discutida e apreciada de várias formas, sendo que os Enfermeiros que executam e tomam parte desta ação devem ter consciência de que esta decisão é tomada depois de ponderados os riscos e os benefícios da mesma, sendo certo que os últimos são superiores aos primeiros.

Os cuidados de Enfermagem realizados durante os momentos de estágio seguiram sempre os princípios éticos e deontológicos dos profissionais de saúde. Procurámos adotar os procedimentos mais indicados e os regulamentos mais atuais. Sempre que existiram divergências, procurou-se um acordo válido e satisfatório para as partes envolvidas, pois temos presente que a relação terapêutica é importantíssima para que os cuidados de saúde possam ser prestados com qualidade e, por esse motivo, deve ser salvaguardada. Assim, importa sublinhar que durante os momentos de estágio foram desenvolvidas várias atividades e intervenções que decorreram sempre com a concordância dos utentes ou dos seus representantes legais.

Considero que, ao longo das várias etapas do estágio, foram mobilizados conhecimentos e competências de forma a determinar qual ou quais as medidas a seguir, quais as mais vantajosas para o utente, tendo em conta o quadro deontológico e jurídico que rege a profissão, bem como, dentro do que foi possível, as crenças e ideias dos utentes. Considero que desenvolvemos esta

competência, mas não consideramos o processo acabado, pelo que esperamos evoluir e continuar a crescer neste domínio ao longo da carreira.

O desenvolvimento destas competências está relacionado e em estreita ligação com as competências posteriormente referidas, e que se inserem no domínio/capítulo das competências que incidem sobre a melhoria contínua da qualidade, entre as quais destacamos:

Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

Garantir um ambiente terapêutico e seguro.

No que diz respeito ao papel dinamizador dos Enfermeiros no desenvolvimento de práticas de qualidade, melhorando as práticas, podemos dizer que a melhoria contínua da qualidade de prestação de cuidados é atualmente uma das temáticas em evidência no panorama nacional. Com a melhoria contínua da qualidade de prestação de cuidados pretende-se proporcionar cuidados que satisfaçam, ou excedam, as expectativas dos utentes, através de um esforço contínuo (Portela, 2000).

O mesmo autor refere cinco princípios a seguir para que exista uma melhoria contínua na qualidade de prestação de cuidados:

"1) O foco nos processos e sistemas organizacionais, e não nos indivíduos, como causas de deficiência na qualidade;

2) O uso de uma abordagem de solução de problemas baseada em análise estatística;

3) A composição de grupos de trabalho envolvendo profissionais com atribuições diversas;

4) O fortalecimento de funcionários da organização no sentido de identificar problemas e oportunidades para a melhoria dos cuidados e de tomar as decisões necessárias;

5) A ênfase na utente e nos profissionais da organização" (Portela, 2000, 267).

Portugal adotou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, identificando como prioritárias as seguintes ações no âmbito do sistema de saúde: melhoria da qualidade clínica e organizacional, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos utentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde, informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Despacho n.º 5613/2015, 2015).

A qualidade da prestação de cuidados e a qualidade da saúde em Portugal está ligada ao exercício profissional por parte de Enfermeiros Especialistas na sua área de competências, pelo que nem a qualidade em saúde se consegue unicamente com o exercício profissional dos Enfermeiros, nem o exercício profissional dos Enfermeiros pode ser negligenciado (OE, 2001).

Como tal, durante o estágio nos três locais diferentes, foram realizadas iniciativas consideradas necessárias pelas diversas equipas multidisciplinares, com o objetivo de promover e/ou manter a saúde mental, e melhorar a prestação de cuidados a um determinado tipo de utentes. Nos vários locais de estágio, foram também desenvolvidas iniciativas no âmbito da promoção e prevenção. O objetivo central foi promover, ensinar, tirar dúvidas, esclarecer o mais possível os utentes, as suas famílias, e o seu meio, sobre as patologias diagnosticadas, e em particular sobre os comportamentos aditivos, previamente definidos como temática transversal.

Durante o estágio também ficou claro que, para prestar cuidados de saúde com qualidade, é necessário um esforço constante de evolução e partilha de conhecimentos entre os membros constituintes de uma equipa multidisciplinar. Tornou-se evidente a importância da participação dos Enfermeiros na prestação de cuidados de qualidade, não só pelo papel ativo que assumem na sua prática efetiva e avaliação, mas também na gestão dos horários, equipas e materiais necessários para a sua concretização. Assim, o Enfermeiro deve ser visto como um elemento essencial para a implementação, desenvolvimento e avaliação de cuidados de saúde de qualidade. O Enfermeiro é um importante veículo para incrementar a qualidade dos cuidados de saúde, pois o contacto permanente e profundo que estabelece com os utentes permite perceber melhor os seus desejos e expectativas em relação à qualidade do serviço de saúde (Abrantes, 2012), pelo que quanto melhor preparados estiverem e melhor conhecerem os seus utentes e, por conseguinte, melhores serão os cuidados de saúde prestados.

Procurámos, nas diferentes fases do processo de aprendizagem e formação, promover a saúde mental através de sessões de psicoeducação, falando sobre a temática transversal e os impactos na saúde mental de quem inicia ou prolonga comportamentos aditivos. Procurámos também criar um processo de avaliação sistemático do utente internado para aferir as suas capacidades e potencial de reintegração através da utilização de uma *checklist* criada para o efeito e do desenvolvimento de sessões de psicoeducação, nas quais foram abordadas problemáticas reais do utente que participou no projeto. Procurou-se ainda desenvolver alguns procedimentos em prol dos utentes com vista a melhorar as suas capacidades, os seus conhecimentos, os seus comportamentos de forma que possam ser mais independentes, empoderados e ter melhor qualidade de vida.

Não é demais sublinhar que todo o trabalho desenvolvido durante o estágio foi alicerçado em pesquisa atual, nomeadamente no que se reporta à melhor evidência científica, de forma a que as decisões tomadas fossem as melhores e se adotassem os melhores procedimentos.

Antes da realização de qualquer tipo de procedimento em que o utente seja parte integrante, o Enfermeiro deve garantir um ambiente terapêutico seguro. É fundamental assegurar que o ambiente é seguro, mas acima de tudo que essa sensação seja transmitida para o utente, de forma a que o mesmo se sinta confortável e para poder interagir com o profissional de saúde da forma adequada e satisfatória para ambas as partes.

Um ambiente terapêutico significa um ambiente que é favorável à saúde dos utentes, e consiste em preparar ou adaptar o ambiente de modo a que todos os aspetos da experiência hospitalar do utente sejam considerados terapêuticos (Townsend, 2011). Uma vez que são os Enfermeiros os profissionais de saúde que passam mais tempo com os pacientes, e também são afetados pelo ambiente em que trabalham e onde prestam cuidados, a equipa de Enfermagem tem responsabilidade acrescida na criação e manutenção do ambiente terapêutico seguro (Taylor, 1992). Os objetivos do ambiente terapêutico seguro consistem em “ajudar o indivíduo a aumentar a sua autoestima e sentimentos de valor pessoal, melhorar a sua capacidade para relacionar-se com os outros e possibilitar que trabalhe e viva de forma mais atuante na comunidade” (Taylor, 1992, p. 90).

Por essa razão, na prática de cuidados que realizámos durante o estágio, procurámos ter cuidado com o ambiente terapêutico. Consideramos que esta atenção é particularmente relevante em realidades como as dos locais de estágio, onde mais do que em qualquer outro sítio grande parte do sucesso terapêutico é determinado por aquilo que o utente sente ao ser integrado nas unidades.

Ainda no domínio da reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista a serem desenvolvidas durante a realização desta etapa de aprendizagem, e no que se refere às competências do domínio da gestão dos cuidados esperamos desenvolver as capacidades de:

Gerir os cuidados de Enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

Adaptar a liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Para o desenvolvimento destas competências procurámos implementar métodos de organização do trabalho adequados a cada contexto e ao tipo de necessidades de cada utente alvo de intervenção.

Em algumas circunstâncias, foi possível coordenar a prestação de cuidados entre as diferentes equipas multidisciplinares, articulando as prestações de Enfermagem com as de outros profissionais de saúde, tendo em vista o melhor para os utentes e para quem os rodeia. Nesse sentido, procurámos utilizar os recursos de forma consciente, responsável e eficaz, no sentido de prestar cuidados de qualidade.

Ao realizar este trabalho fica a convicção de que os Enfermeiros são elementos fulcrais nas equipas multidisciplinares, na medida em que representam, muitas vezes, um importante elo entre o utente e os restantes membros das várias equipas que apoiam os utentes/famílias. Os Enfermeiros são fundamentais para garantir uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, a segurança dos utentes e famílias envolvidas, como vimos, em processos patológicos difíceis. Não esquecer que muito do que se faz tem necessariamente de ser adequado aos recursos, às necessidades, à equipa e ao utente/família, fatores que condicionam largamente a prática da Enfermagem.

Durante os diferentes momentos que constituíram o estágio, foram adaptados horários e locais de trabalho, preparados ambientes terapêuticos seguros e confortáveis, realizados contactos com outros profissionais de saúde e instituições de forma a melhorar a qualidade de prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica aos utentes. Foram ainda desenvolvidas intervenções que nos pareceram adaptadas a cada utente.

A realização de todas estas atividades enquadra-se no desenvolvimento do domínio da gestão dos cuidados. Ficamos cientes de que o desenvolvimento das competências deste foro, implica a interação e intervenção de vários profissionais de diversas áreas, sendo evidente que a motivação dos participantes nem sempre é igual, o que afeta a dinâmica de trabalho. Conclui, portanto, que o desenvolvimento desta competência foi atingido parcialmente. Fica a vontade de a aprofundar sempre que possível em prol dos utentes.

No que diz respeito ao quarto e último domínio de competências comuns a desenvolver durante este período de aprendizagem, as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, propusemo-nos:

Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;

Basear a *praxis* clínica especializada em evidência científica.

Relativamente ao autoconhecimento e assertividade, realizámos uma autoavaliação das prestações e cuidados de saúde levados a cabo nas diferentes unidades que constituíram os locais de estágio, de forma a desenvolver a capacidade de autocrítica e, assim, melhorar a qualidade das prestações futuras.

Trata-se de um processo demorado e, por vezes, doloroso, pois é no processo de autodescoberta que o profissional é confrontado consigo próprio, com aquilo que vê e mostra aos outros, mas também com tudo aquilo que não gosta ou tenta esconder de si próprio. Implica trabalharmos no sentido de conseguir gerir os constrangimentos pessoais, reações inatas e conhecermos os nossos limites. Em bom rigor, para cuidar de alguém, o Enfermeiro tem de se conhecer e respeitar a si próprio. Só assim fará com que os utentes o respeitem e aceitem como um profissional de saúde capaz de o auxiliar na resolução do seu problema.

Ao desenvolver o autoconhecimento será também desenvolvida a assertividade que se reflete na tomada de decisões e na sua comunicação. Esta questão é chave, porque as decisões irão ter consequências diretas nos utentes e em quem os rodeia. Por essa razão, é importante que estas sejam tomadas de forma consciente, baseada na melhor e mais atual evidência científica, garantindo a prestação de serviços de qualidade.

Durante o estágio, várias vezes fomos confrontados com situações em que foi necessário tomar várias decisões e ser assertivo perante os utentes e quem os rodeava. Note-se que as decisões que tomamos nem sempre foram ao encontro das expectativas dos utentes ou dos seus familiares. Socorremo-nos da fundamentação e argumentação adequada, bem como da assertividade. Temos de ter consciência e certeza de que as nossas propostas de tratamento devem visar o bem-estar do utente. Torna-se, por isso, fundamental desenvolver uma *praxis* clínica assente em evidência científica. Com efeito, a prestação de cuidados de qualidade deve ter por base o máximo de conhecimentos, e o argumento do desconhecimento não deve ser invocado perante os pares.

Os utentes com quem contactámos durante este momento de aprendizagem e formação, sobretudo aqueles que participaram na realização dos estudos de caso, foram importantes no desenvolvimento das competências atrás enunciadas. Na verdade, estes utentes incitaram-nos a procurar e desenvolver novos conhecimentos, perscrutando soluções na melhor e mais recente evidência científica para fundamentar a tomada de decisões, prescrever e levar a cabo as melhores intervenções psicoterapêuticas para cada patologia, e, sobretudo, ser assertivos.

Acreditamos que esta última competência foi desenvolvida parcialmente. Caber-nos-á enquanto profissionais, continuar este processo de aprendizagem para que possamos prestar cuidados de

saúde cada vez melhores. Estamos convencidos e motivados para tal. Sabemos que é difícil um Enfermeiro ser assertivo se não tiver conhecimentos necessários sobre a patologia ou problemática com que está a lidar, e bastante mais fácil um Enfermeiro informado trabalhar a assertividade. Na verdade, a propósito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, já nos tínhamos referido à forma como esta competência pode ser desenvolvida.

Quanto à última competência supracitada que refere que o Enfermeiro deve basear a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica, importa sublinhar que, independentemente da área de especialização, o Enfermeiro Especialista tem como foco a pessoa, a família e a comunidade. É, por isso, imperativo que se conheça e autoanalise de forma a conseguir estabelecer com o outro uma relação de ajuda que sustente toda a sua prática profissional. Para diminuir constrangimentos, que invalidem o estabelecimento da relação de ajuda, é necessário que avalie e analise os fatores que possam influir no relacionamento com o utente ou a equipa multidisciplinar. Como dissemos, este processo pode ser demorado e, por vezes, doloroso, já que através dele a pessoa é confrontada consigo mesma, com aquilo que vê e mostra aos outros, mas também tudo o que tenta esconder de si própria. O Enfermeiro só consegue chegar à pessoa a quem presta cuidados, se for capaz de conhecer e gerir os constrangimentos pessoais, reações inatas, bem como o seu potencial e limites. Só tomando consciência da influência do seu próprio "eu" na relação, conseguirá estabelecer uma interação empática, autêntica, significativa e satisfatória. Ao autodescobrir-se o Enfermeiro Especialista adquire recursos que lhe permitem uma resposta eficaz em situações de potencial tensão, reconhecendo e antecipando cenários de eventual conflito e adotando estratégias para a sua resolução. Os estágios no serviço de internamento de utentes agudos impele-nos a trabalhar a dimensão relacional, constituindo esta competência a base do EEESMP.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

No final deste momento de aprendizagem importa refletir sobre o percurso realizado. De notar que antes de iniciar o estágio foi realizado um projeto, que serviu de guia orientador daquilo que iria ser realizado de forma a atingir os objetivos definidos, desenvolver e adquirir competências essenciais para um bom desempenho da prática de Enfermagem, em particular como futuro EEESMP.

Olhando para o percurso realizado, procuramos neste relatório descrever as atividades desenvolvidas nas diferentes unidades de prestação de cuidados, refletindo criticamente sobre o trabalho levado a cabo por forma a melhorar cada vez mais as competências e capacidades do estudante. Consideramos também importante refletir sobre as atividades que não conseguimos desenvolver, descrever e enumerar as dificuldades sentidas.

Definimos como objetivos centrais: identificar diagnósticos de Enfermagem e focos de cuidados de Enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica; elaborar o processo de Enfermagem e implementação das intervenções mais pertinentes, e refletir criticamente sobre os resultados obtidos, bem como sobre a importância do papel do EEESMP nos diversos contextos. Estes objetivos foram de uma forma geral atingidos através da realização e desenvolvimento de todos os processos descritos. Em alguns momentos sentimos mais dificuldade devido a alguma incerteza e insegurança inicial, que encaramos como normal atendendo a que se tratou das primeiras intervenções.

Debruçámo-nos sobre os comportamentos aditivos por considerarmos um tema premente e atual, atendendo a que este se tem vindo a desenvolver de formas diferentes, atingindo cada vez mais pessoas de diferentes idades, sexos e condições sociais. Acresce que estes comportamentos não atingem apenas aqueles que padecem dela, mas todos os que os rodeiam, e a sociedade em geral.

Durante este percurso, ficou a ideia de que o tema comportamentos aditivos é conhecido pela quase generalidade da população. No entanto, quando se pede para explicar em que consiste e como se manifesta, poucas pessoas conseguem descrever de forma consistente. Esta afirmação é válida inclusive para alguns utentes que padecem dessa patologia.

Por estas razões, entendemos que esta patologia deveria ser encarada pela sociedade de uma forma mais aberta e inclusiva. Para tal defendemos que cabe aos profissionais de saúde capacitados para tal, facultar informação ao público em geral.

Notámos também que muitos dos utentes, para além de padecerem de comportamentos aditivos, apresentam dificuldades que condicionam o seu quotidiano e o seu ciclo de vida que, muitas vezes, configuram fatores facilitadores de início ou recaída de comportamentos aditivos. Entre estes fatores estão o abandono familiar, as relações familiares degradadas ou desestruturadas, a marginalização, o preconceito de serem consumidores. Por vezes, alguns utentes referiram que o seu principal problema (além dos comportamentos aditivos) era sentirem-se sozinhos, sem ninguém a quem recorrer em caso de necessidade. Ouvimos muitas vezes os utentes verbalizarem que se sentiam "sozinhos no mundo". Alguns apresentaram capacidade crítica e relacionaram inclusive esse afastamento das suas famílias e amigos com o tipo de patologia de que sofrem.

Com o desenrolar dos momentos de estágio nas diferentes unidades de prestação de cuidados, ficou também claro que existe falta de articulação e de cruzamento de informações sobre os utentes que regressam à sua habitação, família e comunidade. Há alguma informação pertinente que poderia ser útil para evitar processos de recaída e proporcionar uma melhor prestação de cuidados aos utentes e a quem os rodeia.

Seria fundamental para um melhor acompanhamento e uma melhor continuidade de cuidados que existisse uma maior partilha de informação, um maior cruzamento de dados para que o Enfermeiro que trabalha com o utente na comunidade, possa saber se o utente esteve hospitalizado e por que motivo, e ter acesso a outros dados tidos como pertinentes para o acompanhamento do utente em causa. O mesmo devendo acontecer com o Enfermeiro que trabalha com o utente hospitalizado. Em suma, a informação sobre o utente deveria ser de fácil acesso aos profissionais de saúde que trabalham com o mesmo, por forma a colocá-lo no centro do plano de atuação. Também sentimos que, apesar dos desenvolvimentos, deveria ser mais valorizado o trabalho desenvolvido pelas equipas de Enfermagem que nem sempre é sistematizado e divulgado no seio da comunidade científica, sendo este um aspeto sobre o qual se deve continuar a trabalhar.

Fica a certeza de que, não obstante termos cumprido e atingido os objetivos, poderíamos ter feito mais ao nível do desenvolvimento das competências específicas do EEESMP. De uma forma geral, apesar de as quatro competências principais terem sido trabalhadas nuns locais de estágio mais afincadamente do que noutros, em função das características dos próprios contextos, algumas das unidades de competência foram abordadas de uma forma menos aprofundada do que outras.

No entanto, temos consciência de este mestrado e momento de estágio é o início de uma longa aprendizagem, e não faltarão oportunidades para, ao longo do percurso profissional, colmatar os aspetos em falta ou menos abordados durante esta etapa.

Foi realizado pelo estudante quase tudo o que estaria ao seu alcance, mas temos consciência que a eficácia do trabalho desenvolvido ficou, por vezes, aquém do desejado, pois nem sempre o planeado se consegue implementar na sua plenitude. Com alguma amargura, notámos que apesar dos Enfermeiros serem um vetor de transmissão de conhecimentos válidos e atuais, muitas das vezes a comunidade não reconhece o valor do trabalho destes profissionais qualificados. Várias vezes, os utentes que fizeram ou poderiam fazer parte do projeto e que poderiam beneficiar de sessões de intervenção psicoterapêutica, não compareceram, nem justificaram a ausência, outras vezes manifestaram desinteresse.

Esta constatação pode conduzir os Enfermeiros a refletirem e a tentarem encontrar novos caminhos, novas formas de divulgar e transmitir conhecimento mais apelativas e de fácil compreensão, e assim mudarem o panorama geral anteriormente descrito, devendo ter sempre presente que o deve fazer de forma fundamentada e com vista a proporcionar sempre os melhores cuidados aos utentes/utentes/utentes. Importa aproximar a população dos Enfermeiros, e em particular dos EEESMP, pois estes podem ter um papel relevante nas distintas áreas de intervenção da saúde mental, nomeadamente na patologia dos comportamentos aditivos que foi o cerne deste trabalho.

A elaboração deste relatório possibilitou a consolidação e aquisição de conhecimentos, mas também aprofundar a capacidade de reflexão sobre a prática da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no âmbito dos comportamentos aditivos, nos vários contextos onde se desenrolou este momento de aprendizagem. Permitiu também compreender o papel fulcral que os Enfermeiros desempenham nas equipas dos diversos serviços, na ação que desenvolvem em prol dos utentes que necessitam e procuram as suas intervenções, muitas vezes lutando contra os poucos recursos e reconhecimento.

O desenrolar deste percurso implicou bastante esforço e afínco, mas tentamos responder sempre da forma mais correta e indicada a cada uma das situações que se foram apresentando. Naturalmente que este trouxe desenvolvimento na forma de ser e estar perante determinados utentes, como pessoa e profissional de saúde.

A elaboração deste documento, reflete aquilo que tivemos oportunidade de desenvolver e aprender ao longo do mestrado. Cumprimos o objetivo de desenvolver competências, que nos

permitem a partir de agora ser melhor Enfermeiro em particular para os utentes que estejam a necessitar de cuidados diferenciados, sobretudo na área dos comportamentos aditivos.

Para finalizar, podemos dizer que o desempenho da profissão de Enfermeiro é difícil, pelos utentes que vão cruzando o nosso caminho, por tudo aquilo que os possa rodear e dificultar o desempenho das nossas funções, mas também porque é uma profissão que requer muito trabalho, estudo e empenho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abrantes, D. (2012). A qualidade dos serviços de saúde análise comparativa de diferentes percepções.
<http://ubibliorum.ubi.pt/btstream/10400.6/3038/1/Qualidade%20dos%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%A9de%20Sa%C3%A9de>
- Abreu, W. C. (2008). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações didáticas*. Formasau.
- Aho-Mustonen, K., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen E., Ryyänänen, O., Miettinen, R., & Rätty H. (2011). Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia. *Crim Behav Ment Health*, 21(3), 163-76. DOI: [10.1002/cbm.788](https://doi.org/10.1002/cbm.788)
- Almeida, F. L. T. (2011). A essência do processo de Enfermagem [Relatório final de Licenciatura]. Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/2283>
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Bradbury-Golas, K. (2009). Addiction and health promotion. Em A. Browne-Miller (ed.), *The Praeger International Collection on Addictions*, vol. 2. Psychobiological profiles (pp. 3– 17). Praeger/ABC-CLIO.
- Cardoso, L., & Galera, S. (2009). Utentes Mentais e Seu perfil de Adesão ao tratamento Psicofarmacológico. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43(1), 161-7.
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/21.pdf>
- Carvalho, E. C., & Moncaio, A. C. S. (2010). Modificação de comportamentos como estratégia de assistência de Enfermagem: revisão integrativa. *Reme – Revista Mineira de Enfermagem*, 1(14), 110-118.
- Castro, M. I. P. (2004). Do prazer à dependência. *Toxicodependências*, 10(3), 49-56.
- Cheniaux, E. (2011). *Manual de Psicopatologia*. Guanabara Koogan.
- Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. Artmed.
- Costa L. G., Massuda R., Pedrini M., Passos I. C., Czepielewski L. S., Brietzke E., & Gama C. S. (2014). Functioning in early and late stages of schizophrenia. *Trends Psychiatry Psychother*, 36(4), 209-213. DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0028>
- Decreto-Lei n.º 70/2019 da Presidência do Conselho de Ministros (2019). Diário da República: Série I, n.º 100/2019. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10000/0259902608.pdf>
- Freitas, J. C. (2010). *Concepção de um programa de psicoeducação para indivíduos com primeiro surto psicótico* [Dissertação de mestrado]. Universidade do Porto.
https://sigarra.up.pt/fep/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=188029
- Figueira, M., Sampaio, D. & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel.
- Gago, A. C. DO B. (2019). *Custo de tratamento da psicose esquizofrénica num hospital do SNS e os seus determinantes* [Trabalho apresentado para obtenção do grau de Especialista em

Administração Hospitalar]. Universidade Nova de Lisboa.
<https://run.unl.pt/handle/10362/83207>

Hasan, A. A., Callaghan, P., & Lymn, J.S. (2015). Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(72), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0444-7>

Heckmann, W., & Silveira, C. M. (2009). Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. Andrade A.G., Anthony J.C., Silveira C.M. (orgs.). *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual* (pp. 67-87). Minha Editora.

Instituto Português da Juventude. (2021). *Bebidas alcoólicas, tabaco, substâncias psicoativas*. <https://ipdj.gov.pt/comportamentos-aditivos>

Junqueira, M. (2010). *Intervenção breve para os problemas relacionados ao uso do álcool: avaliação de atitudes entre estudantes de Enfermagem* [Tese de Doutoramento]. Universidade de São Paulo. DOI: [10.11606/T.22.2010.tde-16112010-103542](https://doi.org/10.11606/T.22.2010.tde-16112010-103542)

Lei n.º 35/2023 da Assembleia da República (2023). *Lei da Saúde Mental*. Diário da República: Série I, n.º 141/2023. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>

Marques, M. F. (2016). Cuidados de natureza psicoeducacional. De que falamos? Em *VII Congresso Internacional ASPESM* (pp. 252-264). A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. <http://hdl.handle.net/10174/23000>

Mendes, J. A. F. (2015). *Vivência Familiar e Personalidade em Toxicodependentes* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra.

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Lusociência.

Nunes, L., & Jóluskin, G. (2007). *Drogas e Comportamentos de Adicção. Um Manual para Estudantes e Profissionais de Saúde*. Edições Universidade Fernando Pessoa.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2016). *Relatório europeu sobre Drogas: destaques. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2625/Highlights_EDR2016_PT_Final.pdf

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2022). *Relatório europeu sobre Drogas: destaques. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/14689/Highlights_EDR2022_PT_Finalweb_REV2.pdf

Oliveira, L. M. N. & Queirós, P. J. P. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação da Nurse Competence Scale (Ncs) para a população portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem*, 77–89. https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACAO_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PORTUGUESA

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual*. Divulgar. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Disponível <https://arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). Álcool. OPAS/OMS. <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>

Paim, I. (1986). *Curso de Psicopatologia*. Editora Pedagógica Universitária.

Paim, I. (1986). *Curso de Psicopatologia*. Editora Pedagógica Universitária.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado*. Quarteto Editora.

Queirós, T., Coelho, F., Linhares L., & Telles-Correia, D. (2019). Esquizofrenia: O Que o médico não psiquiatra precisa de saber. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 70-77. <https://doi.org/10.20344/amp.10768>

Ramirez, G. (2020). *Delírio: o que é, principais tipos, causas e tratamento*. <https://www.tuaSaude.com/o-que-e-delirio/>

Rebelo, L. (2011). Intervenção breve no paciente fumador: Aplicação prática dos “5 As” e dos “5 Rs”. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(4), 356-361. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v27i4.10872>

Rodrigues, A. S., Pissarra, A. C. P., Marques, F. J. da S., Mourão, M. J. C., Mendes, M. M. M. G., & Freire, P. M. A. (2011). A eficácia da Entrevista Motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta - Revisão sistemática da literatura. *Revista Toxicodependências*, 17(3), 37-46. https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/545/artigo4_Toxico3_2011.pdf

Rodrigues, M. & Prates, B. (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. https://www.ordemEnfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfemagem/Resumo_Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_de_Saude_da_Idanha_1

Ribeiro, J. S. (1995). Dependência ou dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos. *Toxicodependências*, 3.

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: Série II, n.º 26/2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República: Série II, n.º 151/2018. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>

Sampaio, F. (2022). Por uma nova Enfermagem de saúde Mental e Psiquiátrica: A era da setorização. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1, Supl. 1), 1-3. <https://doi.org/10.12707/RVI22ED>

Santos, R. M. P. (2002). *Alcoolismo: Percepções na PSP acerca do consumo de álcool* [Tese final de Licenciatura]. Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna.

Sequeira, C. (2006). *Introdução Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lidel.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.

Sassen, B. (2018). *Nursing: Health Education and Improving Patient Self-Management*. Springer International Publishing.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2022). Relatório Anual 2021: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjcgclclefindmkaj/https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SI CAD_PUBLICACOES/Attachments/178/RelatorioAnual_2021_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependencias.pdf

Sousa, D., Pinho, L. G. de & Pereira, A. (2017). Qualidade de vida e suporte social em utentes com esquizofrenia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 91-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180108>

Silva, M. A. & Restrepo, D. (2019). Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 48(4), 252-260. DOI: <https://doi.org/10.1016>

Stefanelli, M., & Moreno R. (2008). Intervenção psicoeducacional: orientação e educação em saúde mental. Em Stefanelli M.C.; Fukuda I.M.K.; Arantes, M.C. (orgs.), *Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais* (pp. 281-95). Manole.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Conceitos e Cuidados na Prática Baseada na Evidência*. Lusociência

World Health Organization. (2013). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusodidacta.

ANEXOS:

**ANEXO 1 – AGENDAMENTO DAS SESSÕES DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA
MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO**

Agendamento das sessões de intervenção psicoterapêutica modificação de comportamento

Nº SESSÃO	Datas	TEMA A ABORDAR
Entrevista clínica	19/02/23	Identificação dos diagnósticos de Enfermagem
1ª SESSÃO	22/02/23	Apresentação do tema transversal e dos seus prós e contras
2ªSESSÃO	23/02/23	Tipos de consumos e suas consequências
3ªSESSÃO	03/03/23	Opções para o futuro
4ªSESSÃO	Não se realizou	Alta clínica

ANEXO 2 - FOLHETO INFORMATIVO

Folheto Informativo

Quando estiver em casa:

- Siga as indicações que lhe foram transmitidas pela equipa médica,
- Opte por uma alimentação saudável,
- Ingira líquidos, de preferência água, para ajudar a manter-se hidratado e a regularizar o trânsito intestinal,
- se sair não se esqueça de levar a sua medicação,
- Tome sempre a medicação,

Símbolo da entidade

informações úteis:

Em caso de urgência psiquiátrica ligue : **112**

Outros contactos:

Centro Hospitalar ,E.P.E-**xxx512100**

Internamento de psiquiatria :**xxx512109**

Folheto informativo

“vou ter alta e agora”



O que fazer quando da alta;

- Leve consigo as receitas médicas,
- Esclareça o plano terapêutico,
- Não se esqueça da data da consulta com o psiquiatra,
- Não se esqueça, leve os seus pertences,
- Não fique com dúvidas,

-Tome a medicação todos os dias e de acordo com o seu plano terapêutico ,sem exceção! O incumprimento do mesmo pode conduzir a uma nova hospitalização.

O que fazer para manter a sua saúde mental;

- Evite conflitos com outros indivíduos,
- Partilhe as suas ideias e preocupações com familiares e amigos,
- Mantenha-se em contacto com as suas pessoas de confiança,
- Tente arranjar uma ocupação para o seu tempo livre,
- Se precisar de ajuda não hesite em pedir auxílio, mais vale uma ajuda demais do que uma de menos ,

Quando deve procurar ajuda;

- Apresento comportamentos estranhos,
- Fico com preocupação excessiva e/ou dificuldade em concentrar-me,
- Apresento desinteresse ou falta de prazer na/pela vida,
- Tenho dificuldades em dormir ou adormecer por longos períodos,
- Denoto perda de apetite,
- Tenho impressão de ouvir vozes ou de ver imagens inabituais,
- Inicio ou recomeço do uso de substâncias aditivas (álcool, drogas, etc.)

- Se notar que algum destes sinais/sintomas ou outros fora do habitual se apresentam por vários dias na sua vida, no seu quotidiano, procure ajuda de profissionais de saúde mental e psiquiátrica!!

Quem devo procurar em caso de necessidade de ajuda psíquica:

- procure o seu médico de família ,
- Procure o seu enfermeiro de família,
- Procure o seu medico psiquiatra de referência,

Em ultimo caso dirija-se ao Serviço de Urgências mais próximo .

ANEXO 3 - 1ª SESSÃO – MC

1ª Sessão - MC					
Apresentação do tema comportamentos aditivos					
Data:	Hora: 17h00 - 17h50	Local:	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro	
Destinatário: utente sr.ª utente		Objetivos Gerais: • Que a utente consiga fazer uma retrospectiva e identificar os prós e contras dos consumos. • Identificar os comportamentos da utente • Diferenciar comportamentos aditivos com e sem presença de substância			
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação da utente); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão.		Interação Exposição	▪ Exercícios; ▪ Lápis.	5'
Desenvolvimento	▪ Executar exercícios de treino com a utente de forma a confrontar a mesma com o seu problema, ▪ Dialogar sobre consequências dos consumos a nível físico e Mental, possíveis patologias, sinais e sintomas, ▪ Escrever com o utente sobre o que a fez consumir e como poderá alterar esse comportamento,		Interação Interrogação		40'
Conclusão	▪ Resumo da Sessão; ▪ Agradecer a participação da utente, ▪ Encerrar a sessão.		Interação		5'
Avaliação					
A utente conseguiu realizar os exercícios propostos e participar ativamente durante a sessão, demonstra interesse pelo assunto e pelo que lhe foi transmitido.					

ANEXO 4 - 2ª SESSÃO – MC

2ª Sessão - MC					
Tipos de consumos e consequências					
Data:	Hora: 17h00 - 17h50	Local:	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro	
Destinatário: utente srª utente.		Objetivos Gerais: • Que a utente consiga fazer uma retrospectiva e identificar os prós e contras dos consumos. • Que a utente percebe os riscos que correu e corre ao ter consumos • Consciencializar a utente para a necessidade e os ganhos da mudança			
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação da utente); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão.		Interação Exposição	▪ Exercícios; ▪ Lápis.	5'
Desenvolvimento	▪ Executar exercícios de treino com a utente de forma a confrontar a mesma com o seu problema, ▪ Escrever com o utente sobre o que a faz consumir e como poderá alterar esse comportamento, riscos e consequências, ▪ Executar role-playing,		Interação Interrogação		40'
Conclusão	▪ Resumo da Sessão; ▪ Agradecer a participação da utente, ▪ Encerrar a sessão.		Interação		5'
Avaliação					
A utente conseguiu participar ativamente durante a sessão, ficou bastante contente por efetuar role-playing no sentido de se aproximar mais da realidade que poderá encontrar no exterior					

ANEXO 5 - 3ª SESSÃO – MC

Discussão sobre consumos e consequências (opções para futuro)					
Data:		Hora: 17h00 - 17h50	Local:	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro
Destinatário: utente sr ^a utente		Objetivos Gerais: -Que a utente consiga fazer uma retrospectiva e identificar os prós e contras dos consumos, -Consciencializar a utente para a necessidade e os ganhos da mudança, - Que a utente consiga fazer uma perspetiva do seu futuro sem consumos, -Aumentar a volição para a mudança do comportamento,			
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação da utente); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão. ▪ Informar da importância da participação ativa da utente ▪ Esclarecer dúvidas ▪ Discutir e identificar os resultados desde a sessão anterior		Interação Exposição	▪ Exercícios; ▪ Lápis. ▪ Será pedida a utente que efetue “Trabalho de casa”, que reflita se conseguir sobre o que tem sido feito o sobre as vantagens e ganhos deste processo que esta a realizar: Implementação da mudança de comportamento.	5’
Desenvolvimento	▪ Discutir contextos e/ou situações de risco, em que é possível aplicar as alternativas de comportamento identificadas (<i>role-playing</i>). ▪ Partilhar a visão para o futuro da utente, como ela se projeta fora do internamento.		Interação Interrogação		40’
Conclusão	▪ Resumo da Sessão; ▪ Agradecer a participação da utente, ▪ Encerrar a sessão.		Interação		5’
Avaliação					
A utente demonstra capacidade de decisão fundamentada no que lhe vem sendo transmitido, revela gratidão pelo que se tem feito por ela					

ANEXO 6 - AGENDAMENTO DAS SESSÕES DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Agendamento das sessões de Entrevista Motivacional

Nº SESSÃO	Datas	TEMA A ABORDAR
Entrevista clínica	27/03/23	Identificação dos diagnósticos de Enfermagem, e aplicação dos instrumentos de avaliação
1ª SESSÃO	28/03/23	Apresentação do tema transversal e dos seus prós e contras
2ªSESSÃO	12/04/23	Tipos de consumos e suas consequências para o utente e família
3ªSESSÃO	19/04/23	Tentativa de condução á realidade Opções para o futuro
4ªSESSÃO	26/04/23	Comportamentos a adotar
5ªSESSÃO	Não se realizou	Não se realizou

ANEXO 7 - 1ª SESSÃO – ENTREVISTA MOTIVACIONAL

1ª Sessão - Entrevista Motivacional					
Comportamentos aditivos prós e contras					
Data:	Hora: 14h00 - 15h00	Local: habitação	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro	
Destinatário: utente		Objetivos Gerais: -Apresentar o tema de comportamentos aditivos de forma mais incisiva -Promover a consciencialização do utente para a mudança de comportamento -Promover a reflexão por parte do mesmo acerca do problema			
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Apresentação do profissional de saúde presente, ▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação do utente); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão.		Interação Exposição	▪ Sala com cadeiras ▪ Caneta e papel ▪ Local calmo sem ruídos que provoquem distração	5'
Desenvolvimento	▪ Discutir sobre o tema principal e sobre as possíveis consequências, os seus riscos e a relevância de mudar os seus comportamentos, ▪ Questionar sobre alguns hábitos alcoólicos; ▪ Promover ao utente um momento onde se possa exprimir, quais as suas expetativas e anseios,		Interação Interrogação		40'
Conclusão	▪ Resumo da Sessão ▪ Explicar/definir os conteúdos da próxima sessão ▪ Agradecer a participação do utente ▪ Encerrar a sessão		Interação		5'
Avaliação					
O utente: o utente demonstra alguma ansiedade, mas bom contacto e não aparenta estar sob efeito de álcool, segundo família não consome há algumas horas.					

ANEXO 8 - 2ª SESSÃO – ENTREVISTA MOTIVACIONAL

2ª Sessão - Entrevista Motivacional				
Comportamentos aditivos consequências				
Data:	Hora: 14h00 - 15h00	Local: habitação	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro
Destinatário: Utente		Objetivos Gerais: -Promover a reflexão, por parte do utente, acerca do que o tem impedido de mudar de comportamento e sobre potenciais estratégias para a mudança de comportamento, -Consequências dos consumos para o utente e para a sua família,		
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos
Inicial	▪ Apresentação do profissional de saúde presente, ▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação do utente); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão.		Interação Exposição	▪ Sala com cadeiras ▪ Caneta e papel ▪ Local calmo sem ruídos que provoquem distração
Desenvolvimento	▪ Discutir sobre o tema principal e sobre as possíveis consequências, os seus riscos e a relevância de mudar os seus comportamentos, ▪ Refletir sobre estratégias que já pensou adotar neste processo de mudança; que comportamentos se compromete a mudar nos próximos dias, O que precisa que aconteça para que a mudança ocorra. ▪ Promover ao utente um momento onde se possa exprimir, quais as suas expetativas e anseios.		Interação Interrogação	
				5'
				40'

Conclusão	▪ Resumo da Sessão, ▪ Explicar/definir os conteúdos da próxima sessão; ▪ Agradecer a participação do utente, ▪ Encerrar a sessão.	Interação		5'
O utente: apresenta-se calmo e cordato, e realizado diálogo de forma a tentar conduzir o utente para estadio de motivação para a mudança de contemplação, utente aborda temas propostos				

ANEXO 9 - 3ª SESSÃO – ENTREVISTA MOTIVACIONAL

3ª Sessão - Entrevista Motivacional				
Opções para o futuro				
Data:	Hora: 14h00 - 15h00	Local: habitação	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro
Destinatário: utente		Objetivos Gerais: -Promover a reflexão, por parte do utente, acerca do que o tem impedido de mudar de comportamento e sobre potenciais estratégias para a mudança de comportamento,		
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos
Inicial	- Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação do utente); - Fazer reflexão sobre sessão anterior, - Explicar as normas e objetivos da sessão que se vai desenvolver,		Interação Exposição	- Sala com cadeiras - Caneta e papel - Local calmo sem ruídos que provoquem distração
Desenvolvimento	- Fazer reflexão sobre os ganhos obtidos com o início da aplicação das estratégias identificadas, - Refletir sobre comportamentos que terá tido nos últimos dias e o que está a fazer para mudar os mesmos, - Refletir sobre estratégias que já pensou adotar neste processo de mudança, que futuro prevê para si, - Promover reflexão critica do utente, quais as consequências dos consumos;		Interação Interrogação	40'

Conclusão	▪ Resumo da Sessão, ▪ Explicar/definir os conteúdos da próxima sessão; ▪ Encerrar a sessão.	Interação		5'
O utente: revelou-se calmo e cordato, refere que tem tentado consumir menos álcool, diz que não irá conseguir parar repentinamente, mas que acha que poderá atingir o objetivo com a ajuda certa. Refere que quer que o ambiente familiar mude, refere não se sentir bem assim, relação conflituosa com mãe aquando dos consumos.				

ANEXO 10 - 4ª SESSÃO – ENTREVISTA MOTIVACIONAL

4ª Sessão - Entrevista Motivacional				
Comportamentos a adotar				
Data:	Hora: 14h00 - 15h00	Local: habitação	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro
Destinatário: Utente		Objetivos Gerais: -Promover a reflexão, por parte do utente, acerca do que o tem impedido de mudar de comportamento e sobre potenciais estratégias para a mudança de comportamento,		
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos
Inicial	- Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação do utente); - Fazer reflexão sobre sessão anterior,		Interação Exposição	- Sala com cadeiras - Caneta e papel - Local calmo sem ruídos que provoquem distração
Desenvolvimento	- Discutir sobre o tema principal e sobre as possíveis consequências, os seus riscos e a relevância de mudar os seus comportamentos, - Fazer reflexão sobre os ganhos obtidos com o início da aplicação das estratégias identificadas, - Refletir sobre estratégias que já adotou, que comportamentos ou atitudes já tentou modificar, que comportamentos se compromete a mudar nos próximos dias, O que precisa que aconteça para que a mudança ocorra.		Interação Interrogação	

	Promover ao utente um momento onde se possa exprimir, quais as suas expetativas e anseios,			
Conclusão	- Resumo da Sessão, - Explicar/definir os conteúdos da próxima sessão; - Agradecer a participação do utente, - Encerrar a sessão.	Interação		5'
Avaliação				
O utente: revela-se algo ansioso, á chegada estava a consumir álcool sob a forma de vinho, quando confrontado fica hostil verbalmente, recusa mais sessões de intervenção				

ANEXO 11 - AGENDAMENTO DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO

Agendamento das sessões de Psicoeducação

Nº SESSÃO	datas	TEMA A ABORDAR
1ª SESSÃO	03/04	COMPORTAMENTOS ADITIVOS
2ª SESSÃO	17/04	COMPORTAMENTOS ADITIVOS COM PRESENÇA DE SUBSTÂNCIA
3ª SESSÃO	08/05	COMPORTAMENTOS ADITIVOS SEM PRESENÇA DE SUBSTÂNCIA
4ª SESSÃO	15/05	BULLYING
5ª SESSÃO	22/05	ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS E RELAXAMENTO
6ª SESSÃO	29/05	APLICAÇÃO DE QUESTIONARIO

ANEXO 12 - 1ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO

1ª Sessão - psicoeducação				
Apresentação do tema “comportamentos aditivos”				
Data:	Hora: 14h00 - 15h00	Local: escola	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiros
Destinatário: formandos		Objetivos Gerais: -Apresentar o tema de comportamentos aditivos, -Realizar sessão de psicoeducação,		
Fase	Atividades	Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Apresentação dos profissionais de saúde presentes, ▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação dos utentes); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão, ▪ Aplicar questionário sobre comportamentos aditivos,	Interação Exposição	▪ Sala com cadeiras ▪ Computador ▪ Projetor multimédia ▪ Questionário ▪ Será pedido aos formandos que realizem alguma reflexão sobre o tema para a próxima sessão;	5'
Desenvolvimento	▪ Discutir sobre o tema principal e sobre as possíveis consequências, ▪ Promover aos utentes um momento onde se possam exprimir, quais as suas expetativas e anseios, ▪ Discutir sobre os diferentes tipos de comportamentos aditivos,	Interação Interrogação		40'

Conclusão	▪ Resumo da Sessão, ▪ Explicar / definir os conteúdos da próxima sessão; ▪ Agradecer a participação dos utentes, ▪ Encerrar a sessão.	Interação		5'
Avaliação				
Os formandos: demonstram pouca capacidade de concentração. Alguma dificuldade em terem comportamento adequado, sessão interrompida várias vezes				

ANEXO 13 - 2ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO

2ª Sessão - psicoeducação				
Discussão sobre comportamentos aditivos com presença de substância				
Data:	Hora: 14h00 - 15h00	Local:	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiros
Destinatário: formandos		Objetivos Gerais: -Promover reflexão sobre tema, -Aumentar a volição para a possível mudança de comportamentos,		
Fase	Atividades	Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Apresentação dos profissionais de saúde presentes, ▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação dos utentes); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão,	Interação Exposição	▪ Sala com cadeiras ▪ Computador ▪ Projetor multimédia ▪ Questionário ▪ Será pedido aos formandos que realizem alguma reflexão sobre o tema para a próxima sessão;	5'
Desenvolvimento	▪ Dialogar sobre o tema principal e sobre as possíveis duvidas desde a última sessão, ▪ Promover o diálogo e o esclarecimento de duvidas, ▪ Ajudar os utentes a tomarem consciência das consequências dos diferentes tipos de comportamentos aditivos,	Interação Interrogação		40'

Conclusão	▪ Resumo da Sessão, ▪ Explicar / definir os conteúdos da próxima sessão; ▪ Agradecer a participação dos utentes, ▪ Encerrar a sessão.	Interação		5'
Avaliação				
Os formandos: demonstraram algum interesse, sobretudo ao saberem que utilizar redes sociais em demasia pode ser considerado comportamento aditivo, e necessitar de ajuda de profissionais				

ANEXO 14 - AGENDAMENTO DAS SESSÕES DE PSICOEDUCAÇÃO

Agendamento das sessões de Psicoeducação

Nº SESSÃO	Datas	TEMA A ABORDAR
Entrevista clínica	15/05/23	Identificação dos diagnósticos de Enfermagem, e aplicação dos instrumentos de avaliação
1ª SESSÃO	17/05/23	Apresentação do tema e da sessão sobre regime terapêutico e a sua preparação
2ªSESSÃO	19/05/23	Preparação do regime terapêutico
3ªSESSÃO	22/05/23	Preparação e discussão sobre projeto de reinserção social
4ªSESSÃO	05/06/23	Preparação e discussão sobre projeto de reinserção social
5ªSESSÃO	09/06/23	Recapitulação sobre temas anteriores e sobre ensinios realizados
6ªSESSÃO	Não se realizou	

ANEXO 15 - 1ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO

1ª Sessão - psicoeducação					
Discussão e ensinamentos sobre preparação de terapêutica					
Data: 17/05	Hora: 17h00 - 17h50	Local:	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro	
Destinatário: utente		Objetivos Gerais: • Que o utente consiga conhecer os benefícios de cumprir regime terapêutico • Que o utente reconheça o nome genérico de cada medicamento • Que o utente seja capaz de ler e seguir prescrição medica • Que o utente identifique os riscos de juntar medicação e consumo de drogas			
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação do utente); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão. ▪ Explicar ao utente qual é o seu papel durante a intervenção		Interação Exposição	▪ Computador ▪ Material de escrita ▪ Papel ▪ Impressora	5'
Desenvolvimento	▪ Executar ensinamentos ao utente e exercícios de treino de forma a verificar com o utente se o mesmo consegue guardar informação útil para si, ▪ Treinar a aquisição de competências, e verificar dificuldades, ▪ Escrever com o utente sobre o que acha que devemos abordar na próxima sessão,		Interação Interrogação		40'
Conclusão	▪ Resumo da Sessão; ▪ Agradecer a participação do utente, ▪ Encerrar a sessão.		Interação		5'
O utente conseguiu realizar os exercícios propostos e participar ativamente durante a sessão, demonstra capacidade de ler e interpretar guia terapêutico e prescrição eletrónica					

ANEXO 16 - 2ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO

2ª Sessão - psicoeducação					
Preparação de terapêutica					
Data:	Hora: 17h00 - 17h50	Local:	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro	
Destinatário: Utente		Objetivos Gerais: • Que o utente consiga conhecer os benefícios de cumprir regime terapêutico, • Que o utente identifique o seu regime terapêutico, • Que o utente seja capaz de preparar a sua terapêutica diária,			
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação do utente); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão,		Interação Exposição	▪ Exercícios; ▪ Lápis.	5'
Desenvolvimento	▪ Executar exercícios de treino com o utente de forma a confrontar o mesmo com as suas dificuldades e com as suas capacidades de preparar e gerir o seu regime terapêutico, ▪ Escrever com o utente sobre as suas dificuldades e como as ultrapassar, ▪ Fazer exercícios de role-playing,		Interação Interrogação		40'
Conclusão	▪ Resumo da Sessão; ▪ Agradecer a participação do utente, ▪ Encerrar a sessão.		Interação		5'
Avaliação					
O utente conseguiu realizar os exercícios propostos, prepara de forma eficaz o seu regime terapêutico, identifica nome genérico e comercial da medicação					

ANEXO 17 - 3ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO

3ª Sessão - psicoeducação					
Projeto reinserção social					
Data:	Hora: 17h00 - 17h50	Local:	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro	
Destinatário: Utente		Objetivos Gerais: -Identificar os comportamentos que o utente deve adotar em relação á gestão do seu dia a dia fora do internamento -Consciencializar o utente para a necessidade de gerir gastos, uma vez inserido no projeto de reinserção social			
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação da utente); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão. ▪ Informar da importância da participação ativa do utente ▪ Esclarecer dúvidas ▪ Discutir e identificar os resultados desde a sessão anterior		Interação Exposição	▪ Exercícios; ▪ Lápis. ▪ Será pedido ao utente que efetue “Trabalho de casa”, que reflita se conseguir sobre o que tem sido feito, sobre as vantagens e ganhos deste processo que esta a realizar	5'
Desenvolvimento	▪ ▪ Discutir contextos e/ou situações de risco, em que é possível aplicar as alternativas de comportamento treinadas(role-playing), ▪ Partilhar a visão para o futuro do utente, como ele se projeta fora do serviço onde esta internado, ▪ Realizados ensinamentos sobre valores monetários		Interação Interrogação		40'
Conclusão	▪ Resumo da Sessão; ▪ Agradecer a participação do utente, ▪ Encerrar a sessão.		Interação		5'
Avaliação					
O utente pediu ao Enfermeiro de forma vinculada que gostaria que este trabalho fosse realizado, por não se sentir á vontade neste aspeto, como o objetivo de se e preparar para reintegração, como tal foi aceite e tido como bastante válido					

ANEXO 18 - 4ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO

4ª Sessão - psicoeducação					
Diálogo e ensinamentos sobre utilização de valores monetários					
Data:	Hora: 17h00 - 17h50	Local:	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro	
Destinatário: Utente		Objetivos Gerais: -Que o utente consiga identificar os vários tipos de valores monetários -Identificar os comportamentos que o utente deve adotar em relação á gestão, -Consciencializar o utente para a necessidade de gerir gastos, -Aumentar a volição para a mudança do comportamento,			
Fase	Atividades		Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação do utente); ▪ Explicar as normas e objetivos da sessão. ▪ Informar da importância da participação ativa do utente ▪ Esclarecer dúvidas ▪ Discutir e identificar os resultados desde a sessão anterior		Interação Exposição	▪ Exercícios; ▪ Lápis.	5'
Desenvolvimento	▪ Dialogar sobre o que já terá sido aprendido pelo utente, ▪ Efetuado treino relacionado com dinheiro e com aquisição de bens, ▪ Partilhar a visão para o futuro do utente, como ele se projeta fora do serviço onde se encontra internado ▪ Reforçada a ideia de o utente cumprir o regime terapêutico, e se manter abstinente,		Interação Interrogação		40'
Conclusão	▪ Resumo da Sessão; ▪ Agradecer a participação do utente, ▪ Encerrar a sessão.		Interação		5'
Avaliação					
O utente demonstra algum à-vontade nos processos treinados, fica agradecido ao profissional expressando essa gratidão verbalmente, demonstra algum a vontade com certos temas .					

ANEXO 19 - 5ª SESSÃO – PSICOEDUCAÇÃO

5ª Sessão -psicoeducação				
Discussão e recapitulação sobre ensinios				
Data:	Hora: 17h00 - 17h50	Local:	Duração: 50 min.	Dinamizadores: Enfermeiro
Destinatário: Utente		Objetivos Gerais: -Que o utente consiga fazer uma retrospectiva e identificar o que ainda necessita de alterar ou melhorar, -Consciencializar o utente para os ganhos obtidos, - Que o utente consiga fazer uma perspetiva do seu futuro fora do internamento, -Aumentar a volição para a mudança de comportamento,		
Fase	Atividades	Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	- Gerir o ambiente físico (minimizar estímulos externos e criar condições para motivar a participação do utente); - Explicar as normas e objetivos da sessão, - Informar da importância da participação ativa do utente - Esclarecer dúvidas	Interação Exposição	- Exercícios; - Lápis.	5'
Desenvolvimento	- Discutir contextos e/ou situações de risco, em que é possível aplicar os conhecimentos e procedimentos treinados, - Efetuar treino sobre ensinamentos dados nas sessões anteriores, - Avaliar capacidades e a evolução do mesmo no caminho para se tornar autónomo - Partilhar a visão para o futuro do utente, como ele se projeta fora do serviço onde se encontra internado	Interação Interrogação		40'
Conclusão	- Resumo da Sessão; - Agradecer a participação do utente, - Encerrar a sessão.	Interação		5'
O utente demonstra-se cada vez mais á vontade na realização dos processos que foi vindo a aprender durante as sessões, demonstra fácies alegre e humor eutímico				

ANEXO 20 - CHECKLIST PARA INTEGRAÇÃO DE PROJETO “AS CASINHAS”

CHECKLIST PARA INTEGRAÇÃO DE PROJETO “AS CASINHAS”

Fase 1

Data:

Nome:

Esta *checklist* fará parte de um dossiê que contempla a existência de três fases e vários procedimentos.

Todos estes instrumentos serão utilizados pela equipa de Enfermagem como forma de avaliação e aquisição de competências tidas como fundamentais e necessárias para que o utente possa integrar as casas definidas para uma tentativa de reintegração.

Está organizado tendo por base as necessidades fundamentais definidas por Virgínia Anderson.

Necessidade: vestir e despir-se	Sim	Não	Parcialmente/observações
Consegue vestir-se sozinho?			
Consegue separar roupa suja e roupa limpa?			
Consegue vestir-se de acordo com as estações do ano?			
Consegue dobrar roupa sem auxílio?			

Necessidade: Alimentar-se adequadamente	Sim	não	observações
Consegue preparar refeições e tratar da loiça suja?			
Tem os cuidados de higiene necessários para a preparação e tratamento dos alimentos em geral?			
Alimenta-se de acordo com as suas necessidades?			
Tem os cuidados de higiene tidos como fundamentais (lavar mãos)?			
Prepara tudo o que vai necessário para uma refeição normal?			
Necessidade: dormir e repousar-se?	Sim	não	observações
Necessita de medicação para dormir?			
Consegue adormecer sozinho?			
Quantas horas costuma dormir?			

Sente que o seu sono é reparador?			
Costuma ter insónia?			
Necessidade: Manter higiene pessoal?	Sim	não	Observações
Sabe como utilizar produtos de higiene?			
Sabe lavar-se sozinho?			
Demonstra boa higiene pessoal?			
Demonstra capacidade de realizar higiene oral de forma adequada?			
Necessidade: Seguir plano terapêutico	Sim	não	Observações
Sabe tomar medicação sozinho de acordo com horários estabelecidos?			
Consegue gerir e preparar a sua terapêutica para cada dia?			
Segue procedimentos e boas práticas de preparação de medicação (cinco certos: dose certa,			

nome certo, hora certa, utente certo, Via certa)?			
Consegue identificar a atuação (para que serve) cada fármaco que tem prescrito?			
Sabe como pedir ajuda em caso de erro com a medicação?			
Necessidade: Gerir dinheiro para as suas necessidades	Sim	não	observações
Consegue atribuir o valor correto ao dinheiro?			
Consegue operacionalizar/verificar “troco” depois da troca/transação?			
Consegue distinguir o que será caro e barato?			
Outras competências a avaliar na próxima sessão?			

Esta *checklist* foi elaborado de forma a que o seu preenchimento se realize de forma fácil, mesmo que por pessoas que possam apresentar algum tipo de comprometimento cogni

