

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA:**

**o relaxamento como intervenção psicoterapêutica na  
pessoa adulta com comportamento de abuso de  
substâncias psicoativas**

**Paula Cristina Baptista Teixeira**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de  
Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Funchal,  
2025**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA:**

**o relaxamento como intervenção psicoterapêutica na  
pessoa adulta com comportamento de abuso de  
substâncias psicoativas**

**Paula Cristina Baptista Teixeira**

**Orientadora: Professora Maria Luísa Franco Vieira Gonçalves**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de  
Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Funchal,  
2025**



“Há verdadeiramente duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe.  
A ciência consiste em saber; em crer que se sabe reside a ignorância”

*Hipócrates*



## **AGRADECIMENTOS**

Ao finalizar mais um ciclo de estudos, quero agradecer a todos os que me acompanharam e tornaram possível a conclusão deste percurso académico com sucesso.

Assim, quero agradecer à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny pelo acolhimento e pelas oportunidades de aprendizagem desde o início do meu percurso profissional na carreira de Enfermagem.

Um profundo e sincero agradecimento à Professora Luísa Gonçalves pela sua disponibilidade e orientação, pelo rigor científico e pelos ensinamentos transmitidos ao longo de todo o curso.

Aos meus colegas de mestrado, pelo apoio, pelos momentos de aprendizagem, de partilha e de reflexão ao longo deste ciclo.

Aos enfermeiros colegas tutores que demonstraram disponibilidade, conhecimento com partilha de novos saberes e me acompanharam ao longo deste percurso na aquisição e desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

E um agradecimento muito especial e com muito carinho à minha família, em particular aos meus pais, e aos meus amigos, pela presença assídua e pelas palavras de conforto e de incentivo ao longo deste curso e em toda a minha jornada académica até então.

A todos, muito obrigada!



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, na unidade curricular Estágio com Relatório, do ano letivo 2023/2024, visando a sua apresentação e discussão pública para obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem, de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Intitulado: “Competências Especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: o relaxamento como intervenção psicoterapêutica na pessoa adulta com comportamento de abuso de substâncias psicoativas”, este relatório tem como objetivos: evidenciar aquisição e desenvolvimento das competências comuns e de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; evidenciar o desenvolvimento de competências de análise e raciocínio crítico-reflexivo; e demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre.

Todo o percurso efetuado permitiu-me a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EESMP. O desenvolvimento e aperfeiçoamento das mais diversas intervenções especializadas, das quais realço as intervenções psicoterapêuticas, nos diferentes contextos. A intervenção direcionada à pessoa com comportamento de consumo e abuso de substâncias psicoativas, sua família, grupo/comunidade, assim como à equipa pluridisciplinar que assegura estes cuidados de forma integrada, congruente com o preconizado pela evidência científica, foi uma realidade.

Os ensinamentos clínicos desenrolaram-se em diferentes contextos clínicos: O ensino clínico I- aconteceu em um Centro de Saúde do Serviço Regional de Saúde. O ensino clínico II- decorreu em uma unidade de tratamento de adultos com doença mental em fase aguda, numa instituição privada da Região. E o ensino clínico III- foi desenvolvido em uma unidade de tratamento diferenciado, direcionado para a intervenção à pessoa com comportamento de dependência de substâncias psicoativas e sua família.

Para a consecução deste trabalho, recorri à metodologia descritiva, analítica e reflexiva fundamentando a minha prática na evidência científica e referenciais da profissão.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Relaxamento, Abuso de substâncias psicoativas.

## **ABSTRACT**

This report is part of the 1st Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, in the curricular unit Internship with Report, for the academic year 2023/2024, with a view to its presentation and public discussion in order to obtain the academic degree of Master in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Entitled: 'Specialised Competences in Mental Health and Psychiatric Nursing: relaxation as a psychotherapeutic intervention in adults with psychoactive substance abuse behaviour', this report aims to: demonstrate the acquisition and development of common and specialist competences in Mental Health and Psychiatric Nursing; demonstrate the development of analysis and critical-reflective reasoning competences; and demonstrate the acquisition and development of Master's competences.

The whole journey has enabled me to acquire and develop common and specific EESMP competences. The development and improvement of a wide range of specialised interventions, including psychotherapeutic interventions in different contexts. Intervention aimed at the person with psychoactive substance use and abuse behaviour, their family, group/community, as well as the multidisciplinary team that provides this care in an integrated manner, in line with scientific evidence, was a reality.

Clinical teaching took place in different clinical contexts: Clinical teaching I- took place in a Health Centre of the Regional Health Service. Clinical teaching II - took place in a treatment unit for adults with acute mental illness, in a private institution in the region. And clinical teaching III - was carried out in a differentiated treatment unit, aimed at intervening with people with psychoactive substance addiction behaviour and their families.

To carry out this work, I used descriptive, analytical and reflective methodology, basing my practice on scientific evidence and professional references.

**Keywords:** Mental Health and Psychiatric Nursing; Relaxation, Psychoactive substance abuse.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACSA-Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía

AEM- Avaliação do Estado Mental

APA- American Psychological Association

ASPESM- A Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental

CENAT- Centro Educacional Novas Abordagens em Saúde Mental

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSCP- Casa de Saúde Câmara Pestana

CSSJD- Casa de Saúde São João de Deus

CTA- Centro de Tratamento de Adições

DGS- Direção Geral da Saúde

EMG- Eletromiografia

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESESJC- Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

EESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EMCDDA- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

EMG- Eletromiograma

EUDA- European Union Drugs Agency

ESESJC- Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

HNM- Hospital Nélcio Mendonça

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICAD -Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

ICN- International Council of Nurses

MESMP- Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

RCAPP- Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RRMD -Redução de Riscos e Minimização de Danos

SESARAM- Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SCIELO- Scientific Electronic Library Online

SICAD- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SMP- Saúde Mental e Psiquiátrica

SNC- Sistema Nervoso Central

UNODC- United Nations Office on Drugs and Crime

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1. MODELOS DE ENFERMAGEM: A CIÊNCIA ALICERÇANDO O PERCURSO FORMATIVO .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1. Modelo de Hildegard Peplau (Teoria das Relações Interpessoais).....</b>	<b>20</b>
<b>1.2. Modelo de Tidal .....</b>	<b>21</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1. Técnicas de Relaxamento.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2. Perturbações do comportamento aditivo e dependências .....</b>	<b>31</b>
<b>3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....</b>	<b>40</b>
<b>3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética, legal .....</b>	<b>42</b>
<b>3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade .....</b>	<b>44</b>
<b>3.3. Domínio da gestão dos cuidados .....</b>	<b>49</b>
<b>3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....</b>	<b>52</b>
<b>4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional .....</b>	<b>58</b>
<b>4.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental .....</b>	<b>60</b>
<b>4.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto .....</b>	<b>65</b>
<b>4.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e</b>	

<b>dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde</b> .....	<b>68</b>
<b>5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE</b> .....	<b>74</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>85</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>i</b>
<b>APÊNDICE A - “COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DO ESTADO DA ARTE”</b> .....	<b>iii</b>
<b>APÊNDICE B - FOLHETO INFORMATIVO SOBRE A TEMÁTICA DA ATIVIDADE</b> .....	<b>iv</b>
<b>APÊNDICE C - “POSTER”</b> .....	<b>v</b>
<b>APÊNDICE D- GUIA ORIENTADOR</b> .....	<b>vi</b>
<b>APÊNDICE E - “GESTÃO DE CONFLITOS”</b> .....	<b>x</b>
<b>APÊNDICE F- DOCUMENTO INFORMATIVO</b> .....	<b>xi</b>
<b>APÊNDICE G- PORTFÓLIO</b> .....	<b>xii</b>
<b>APÊNDICE H- CRONOGRAMA DO ENSINO CLÍNICO I</b> .....	<b>xiii</b>
<b>APÊNDICE I- CRONOGRAMA DO ENSINO CLÍNICO III</b> .....	<b>xiv</b>
<b>APÊNDICE J -SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO “ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”</b> .....	<b>xv</b>
<b>APÊNDICE K- PROJETO DE AUTOFORMAÇÃO</b> .....	<b>xvi</b>
<b>APÊNDICE L - “RELAXAMENTO COMO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NA DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE DO DOENTE CIRÚRGICO SUBMETIDO A CIRURGIA COLORRETAL”</b> .....	<b>xvii</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>xviii</b>
<b>ANEXO A- ESCALA SOCRATES</b> .....	<b>xx</b>
<b>ANEXO B- ESCALA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (ESC)</b> .....	<b>xxii</b>
<b>ANEXO C- ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON</b> .....	<b>xxiii</b>
<b>ANEXO D- ESCALA DE ZARIT</b> .....	<b>xxiv</b>
<b>ANEXO E- MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)</b> .....	<b>xxv</b>

**ANEXO F- ESCALA MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) .....xxvii**



## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório é o culminar de um percurso académico iniciado em Março de 2023, com o ingresso no 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da ESESJC. Na unidade curricular “Estágio com Relatório”, mais especificamente no módulo III, um dos principais objetivos é a realização e discussão pública do presente trabalho com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica surge como uma oportunidade para aquisição de competências. A procura pela excelência é inerente à arte de saber cuidar. Portanto a excelência do exercício profissional, a meu entender, constitui um fator desafiante e assenta numa prática contínua de formação. Torna-se assim fulcral a formação contínua para uma melhoria dos cuidados especializados, em busca de cuidados de excelência. A formação contínua favorece a evolução da Enfermagem enquanto ciência, mas também evolução enquanto pessoa.

O Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto no seu artigo 20º define a estrutura do ciclo de estudos útil ao grau de Mestre e propõe o seguinte “a realização de um estágio de natureza profissional objeto de relatório final ... “(p. 4151) como forma de obtenção do título de Mestre.

Entende-se por relatório de estágio “um trabalho de descrição e análise científica e crítica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio profissional efetuado numa instituição ... “ (Regulamento nº 658/2016, p. 21549).

Este relatório, intitulado de “Competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: o relaxamento como intervenção psicoterapêutica na pessoa adulta com comportamento de abuso de substâncias psicoativas” tem como objetivos: evidenciar aquisição e desenvolvimento das competências comuns e de especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; evidenciar o desenvolvimento de competências de análise e raciocínio crítico-reflexivo; e demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre, através da apresentação e discussão.

Segundo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023), todos nós seremos afetados pelo elevado desenvolvimento e impacto do consumo de drogas, quer pelo funcionamento do mercado de drogas quer pelos problemas associados.

Conforme dados fornecidos pela United Nations Office on Drugs and Crime (2017), no ano de 2015 cerca de 5% da população adulta global consumiu drogas pelo menos uma

vez e 0,6% experienciou perturbações relacionadas ao uso de substâncias, verificando-se assim níveis de dependência que requerem tratamento diferenciado. De acordo com a mesma fonte, as mulheres tendem a aumentar o seu nível de consumo mais rapidamente que os homens face as seguintes substâncias: álcool, canábis, opióides e cocaína.

De acordo com a Lei de Saúde Mental, Lei nº35/2023 de 21 de julho, pág. 4, artigo 5º, um dos objetivos da política de saúde mental diz respeito a “melhorar a saúde mental das populações, nomeadamente através da implementação efetiva e sustentável de medidas que contribuam para a promoção da saúde mental, para a prevenção e tratamento das doenças mentais e para a reabilitação e inclusão das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental”.

A intervenção especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica reflete-se nas seguintes áreas de intervenção: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica é deveras importante porque, encoraja e ajuda a pessoa nos processos de adaptação a diferentes situações, a expressar os seus medos e receios e facilita a construção de relações interpessoais saudáveis, através nomeadamente do processo de autoconhecimento. Para tal, e com o objetivo principal da aquisição de competências, os diferentes ensinamentos clínicos foram facilitadores no desenvolvimento das experiências e das intervenções especializadas em SMP.

Assim, o ensino clínico I designado “Contexto de Comunidade” decorreu num Centro de Saúde, e o estágio com relatório que engloba dois módulos, o módulo I designado “Contexto Internamento Psiquiátrico” e o módulo II designado por “Contexto de Cuidados Diferenciados”, desenvolvidos assim em contextos clínicos distintos. No ensino clínico I dos objetivos principais prende-se com o desenvolvimento de competências especializadas à pessoa/família e/ou grupo inseridos numa comunidade, acrescentando os diferentes recursos existentes na comunidade e possíveis encaminhamentos para continuidade de cuidados. O módulo I por sua vez o principal objetivo é adquirir e desenvolver competências especializadas à pessoa em fase aguda de doença mental. O módulo I decorreu numa instituição de saúde mental e o módulo II (estágio de opção), decorreu num serviço de respostas diferenciadas, do Serviço de Saúde Pública da Região. Neste contexto de prática clínica pude observar e participar ativamente em diferentes locais de intervenção, desde a consulta externa de psiquiatria, consulta externa de toxicod dependência, internamento e baixo limiar, de forma a conhecer todo o percurso seguido pela pessoa e família acometidos de um problema de saúde na área das adições, tendo sempre presente o meu foco de interesse e de

intervenção. Isto é, o aprofundamento de competências da pessoa adulta com comportamento de abuso de substâncias psicoativas.

De acordo com os diferentes contextos pude verificar que no âmbito da consulta se pretende o tratamento e a prevenção de recaídas, onde se destacam as seguintes intervenções específicas: aconselhamento, técnica de modificação do comportamento e entrevista motivacional. No internamento tive oportunidade de desenvolver a intervenção psicoterapêutica- relaxamento, nomeadamente o relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Também durante o período onde estive no serviço de internamento, além da referida anteriormente, desenvolvi intervenção em grupo, entrevista motivacional, modificação do comportamento, relação de ajuda, técnica de resolução de problemas e reestruturação cognitiva. No baixo limiar os principais objetivos da nossa intervenção especializada enquanto EESMP assenta na redução de riscos e minimização de danos, na qual dedicamos tempo às intervenções inerentes ao aconselhamento, dependendo da recetividade da pessoa.

O módulo III culmina com a realização e apresentação do presente relatório.

Toda a experiência vivenciada em cada contexto clínico tornou-se uma mais-valia no meu processo formativo, e enriqueceram-me enquanto pessoa e enquanto profissional, na medida em que todos me possibilitaram a vivência e a reflexão dos cuidados especializados prestados, assentes sempre numa metodologia rigorosa. Nos diversos ensinamentos clínicos pude desenvolver as competências, relativamente à capacidade de desenvolvimento pessoal e autoconhecimento, fazendo parte de elementos chave no sucesso da relação terapêutica; recolha de dados pessoais e avaliação do estado mental para posterior realização de processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultados, reavaliação) atendendo às necessidades individuais e/ou grupais e com vista à otimização dos resultados, para problemas reais ou potenciais, face ao ciclo vital e ao juízo crítico. E não esquecendo que a implementação das intervenções de enfermagem são realizadas por um profissional competente, o EESMP, após um plano de cuidados detalhado no sentido da promoção, prevenção, tratamento e/ou reabilitação, através das intervenções psicoterapêuticas, referidas no documento “Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem”.

Os ensinamentos clínicos foram oportunidades enriquecedoras que possibilitaram a consolidação de conhecimentos já desenvolvidos em contexto teórico, o desenvolvimento de outros ainda desconhecidos, e a aplicação de teorias e intervenções aprendidas e apreendidas durante todo o período formativo. O presente relatório dá a conhecer o trabalho

desenvolvido no decorrer dos diferentes ensinamentos clínicos e expõe também algumas reflexões acerca das experiências vivenciadas com recurso à evidência científica.

A estrutura do trabalho dá-se início com uma breve descrição dos modelos teóricos utilizados que sustentam o percurso; de seguida uma breve contextualização acerca da temática mencionada ao longo deste “o relaxamento como intervenção psicoterapêutica na pessoa adulta com comportamento de abuso de substâncias psicoativas”. O tema baseia-se na área de opção escolhida por mim, pessoa adulta com comportamento de abuso de substâncias, pelo facto de ser uma área de interesse pessoal e reflete-se na necessidade de desenvolver cuidados especializados nesta vertente, atendendo ao meu percurso profissional na área do cuidado à pessoa com doença mental. Irei trabalhar neste capítulo os seguintes conceitos: intervenção psicoterapêutica, o relaxamento e o consumo de substâncias psicoativas. Nos três capítulos seguintes, expomos as atividades que me permitiram ao longo deste percurso a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EESMP) e uma reflexão acerca do percurso de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista às competências de Mestre.

A metodologia deste relatório assenta na metodologia descritiva, analítica e reflexiva das experiências vivenciadas, dos trabalhos realizados, nomeadamente o projeto de autoformação e o respetivo relatório, desenvolvidos no módulo II na unidade curricular “Estágio com Relatório”. No que concerne ao projeto de autoformação o objetivo delineado foi desenvolver conhecimento sobre o relaxamento como intervenção psicoterapêutica em ESMP. Também fizeram parte integrante da metodologia as pesquisas efetuadas nas diferentes bases de dados, ao longo de todo o percurso.

Este trabalho encontra-se elaborado de acordo com a norma American Psychological Association (APA, versão 1.2, 2020) que rege as citações e referências e segue as normas preconizadas para “Elaboração de trabalhos académicos: síntese de orientações definida para a realização de trabalhos académicos pela ESESJCluny”.

## **1. MODELOS DE ENFERMAGEM: A CIÊNCIA ALICERÇANDO O PERCURSO FORMATIVO**

Os princípios teóricos sustentam o processo de enfermagem, o qual visa resolver ou minimizar os prejuízos observados, identificados ou mencionados pelo cliente, família e/ou comunidade. O processo de enfermagem é um instrumento facilitador da prática de cuidados, que permite o acompanhamento e visa a promoção do autocuidado e a assistência contínua de forma a otimizar a saúde, fornece informação acerca dos diagnósticos identificados e os resultados pretendidos, estabelecendo assim as bases que permitem traçar as intervenções mais adequadas e personalizadas (Borges et al., 2020).

Portanto, o processo de enfermagem é um modelo assistencial de enfermagem que tem como benefício a sistematização do cuidado, promovendo não só o autocuidado do cliente, mas também a autonomia do enfermeiro, o que qualifica os cuidados prestados (Garcia et al., 2017) Os cuidados prestados são consequência de um processo de enfermagem contínuo e dinâmico, que permite assim ao enfermeiro a autonomia de alterar os cuidados e as intervenções de acordo com as necessidades identificadas pela pessoa. São cuidados individualizados prestados pelo enfermeiro e que permitem dar resposta atempada por forma a melhorar ou manter o nível de saúde da pessoa, família, grupo e/ou comunidade.

Para que tal resultado seja obtido é importante se ancorar em teorias e modelos de enfermagem.

As teorias de enfermagem são fundamentais à prática clínica, porque estas são responsáveis por apoiar e subsidiar a prática de enfermagem. Implicam um pensamento crítico e reflexivo, o que impõe uma elevada complexidade (Smith, 2020). São responsáveis por orientar as ações de enfermagem (Lima et al., 2022) .

Os modelos de enfermagem por outro lado estão direcionados para uma intervenção holística, que combinam aspetos físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Borda et al., 2019) Estes modelos são definidos como sistemas, contendo estruturas, valores e processos que justificam a prática de cuidados de enfermagem, com vista à obtenção de níveis elevados de qualidade. Constata-se assim que um modelo inclui autonomia, responsabilidade, relações profissionais, modelo de prestação de cuidados, gestão e mecanismos de compensação e de recompensa. Para tal, os modelos de enfermagem surgem como necessidade, para ajudar a fortalecer a prática dos enfermeiros e a lidar com as situações complexas e os desafios inerentes à prática (Ribeiro et al., 2016).

Os modelos de enfermagem utilizados para orientar o meu percurso formativo e a elaboração deste relatório são enumerados de seguidamente: modelo de Hildegard Peplau e modelo de Tidal.

Decidimos desenvolver de entre os mais variados modelos de enfermagem, os supracitados, porque, trata-se de modelos com grandes contributos para a área da saúde mental e psiquiátrica, pois ambos se baseiam na relação terapêutica enfatizando-a como primordial para o sucesso do processo terapêutico, como já referido anteriormente e ao longo deste trabalho, é a principal ferramenta para a conquista, e o possível sucesso da intervenção na pessoa com perturbação mental, nomeadamente a pessoa adulta com abuso de substâncias psicoativas.

Em suma, estes modelos estão alinhados com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica conforme o Regulamento nº 515/2018.

### **1.1. Modelo de Hildegard Peplau (Teoria das Relações Interpessoais)**

A teoria de Peplau conhecida como a teoria das relações interpessoais baseia-se na construção de relações que permitem o crescimento e o desenvolvimento pessoal (Pinheiro et al., 2022).

Este modelo de enfermagem dá ênfase à relação entre enfermeiro e cliente. Peplau em 1992, defendeu que “a enfermagem é uma relação humana entre uma pessoa que está doente ou necessita dos serviços de saúde, e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda.”

A relação terapêutica na teoria de Peplau ocorre em quatro etapas sequenciais sendo elas: orientação, identificação, exploração e resolução. É importante frisar que cada uma destas etapas também se relaciona com os papéis desenvolvidos pelo enfermeiro durante a relação terapêutica sendo estes o papel de pessoa desconhecida, pessoa significativa, técnico, assessor e educador, respetivamente (Pinheiro et al., 2019).

A fase de orientação define-se pela ajuda na identificação do problema, do motivo de procura de ajuda, e clarificação dos papéis de ambos. A fase de identificação caracteriza-se pela interação entre ambas as partes no sentido de começar a planear respostas e conhecer as diferentes opções de tratamento. Na fase de exploração o cliente explora as diferentes opções de tratamento e o enfermeiro encoraja o cliente a reconhecer e a explorar as emoções, pensamentos e comportamentos. E por fim, na fase de resolução, o cliente assume a independência no seu processo de recuperação baseada nas estratégias e ferramentas

trabalhadas em ambiente terapêutico (Santos et al., 2023). Perante o referido anteriormente podemos afirmar que as intervenções psicoterapêuticas se enquadram na fase de exploração, porque nesta fase já temos o problema identificado, a aceitação por parte da pessoa e a predisposição para a negociação, pelo que é possível trabalhar com a pessoa e implementar as intervenções psicoterapêuticas mais ajustadas ao momento.

Este modelo defende que no desenvolvimento do processo e da relação terapêutica tanto o enfermeiro como o cliente aprendem, através das vivências individuais, assim como potenciam o autoconhecimento mútuo.

Através deste modelo de enfermagem o EESMP promove o empowerment do cliente, sendo este, o foco da intervenção e quem assume o papel ativo no controlo do processo saúde/doença, através do progresso da autonomia e responsabilidade (Martins et al., 2021).

O modelo de Peplau é aplicável de forma abrangente na prestação dos cuidados de enfermagem. No contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, este modelo destaca a importância das relações interpessoais, considerando essencial estabelecer uma ligação com os utentes, as suas famílias e grupos, de modo a facilitar a integração de intervenções psicoterapêuticas. De salientar assim a minha preocupação de, antes de intervir, explorar a relação terapêutica e, fortalecê-la, tornando-a de confiança e assim, potenciar o sucesso da intervenção.

## **1.2. Modelo de Tidal**

Um dos modelos de enfermagem que sustenta a prestação de cuidados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é o Tidal Model ou “Teoria da Maré”. Um modelo que foi proposto por Barker nos anos 2000, e tem como alicerce a teoria do relacionamento interpessoal de Peplau (Lima et al., 2022). Este modelo dá ênfase à relação entre enfermeiro-cliente (Pinheiro et al., 2022) para posterior implementação da relação de ajuda, assentando na pessoa como o foco da intervenção do EESMP.

Centra-se no processo de recovery (recuperação). Pode ser aplicado num contexto de internamento de agudos, onde as situações são complexas e a pessoa encontra-se num momento de maior vulnerabilidade. Podemos entender isto porque a pessoa perante uma situação de crise e de instabilidade emocional, mediante possível alteração da senso-perceção, não possui a capacidade de discernimento e tem dificuldade no processo de tomada de decisão.

O modelo de Tidal utiliza assim a metáfora da água e do mar, ou seja, “the wave” (a onda), que se baseia nos múltiplos processos de mudança e de transformação que a pessoa vivencia ao longo do percurso de vida face às situações de saúde-doença. Assim, o mar tem duplo significado, se por um lado representa a estabilidade, por outro lado pode representar a turbulência na vida da pessoa, o que pode causar momentos de grande instabilidade. Perante tais situações é necessário a presença de um porto seguro, neste caso, emerge o EESMP, para ajudar a recuperar do trauma (reabilitação), e também a equilibrar e fornecer as ferramentas necessárias para capacitar a pessoa o mais rápido possível e assim retomar o curso da vida (recuperação). O EESMP é visto como o fator de suporte na complexidade destes processos, devido às competências específicas adquiridas ao longo do percurso formativo, como sejam as intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Portanto, este modelo impulsiona a prática do EESMP para o processo de recuperação da pessoa, sendo este o objetivo principal, uma vez que as intervenções delineadas e implementadas procuram atingir esse resultado (Lima et al., 2022).

Para além de poder ser aplicado em contexto de internamento hospitalar, situação de agudização de doença, também pode ser aplicado em contexto de comunidade em qualquer fase da vida, fomentando sempre o trabalho em equipa e a parceria (enfermeiro/cliente) (Smith, 2020).

Este modelo baseia-se em quatro principais questões inerentes à prática, sendo elas: “por que agora?”, “o que funciona?”, “qual a teoria pessoal da pessoa?”, e “como limitar restrições?”. Indo de encontro ao referido, surgem os princípios orientadores deste modelo, que se focam na procura do motivo que levou a pessoa ao ambiente do cuidado, conhecer como a pessoa consegue conviver ou coexistir com a doença (mecanismos de adaptação), conhecer as preferências da pessoa, ver a situação de crise como um momento de oportunidade para a mudança, definir metas e objetivos e a procura de comportamentos, atitudes que permitam a pessoa vivenciar um processo de mudança ainda que pareça algo simples (Freitas et al., 2020).

Para a aplicação deste modelo existem 10 compromissos a respeitar, chamado de “guia”, são eles: valorizar a voz, respeitar a linguagem, tornar-se aprendiz, utilizar o kit de ferramentas, construir cada passo, dar tempo, desenvolver curiosidade genuína, a mudança como constante e algo inevitável, revelar sabedoria pessoal e ser transparente (Pinheiro et al., 2022). Freitas et al. (2020) acrescentam, por sua vez, que é essencial: respeitar a forma como cada pessoa interpreta as situações, identificar informações necessárias, partilhar sabedoria pessoal que ajude a orientar o processo de valorização e recuperação, adaptar

ferramentas que já se mostraram eficazes ou que possam vir a ser úteis para a pessoa, definir prioridades de acordo com o objetivo final da recuperação, e lembrar que a mudança é um processo constante e em evolução.

Este modelo abrange 3 domínios: o domínio do mundo (world dimension), o domínio dos outros (domination of others) e o domínio do Self (Self dimension). Relativamente ao domínio do mundo, este permite explorar e identificar o que a pessoa necessita de mudar para facilitar o processo de recuperação. Ou seja, a pessoa realiza uma avaliação holística o que irá permitir um melhor autoconhecimento, compreensão e aceitação das suas vivências. O domínio dos outros facilita a exploração e conhecimento dos outros, amigos, família e profissionais no processo de recuperação. Por outras palavras, propõe o desenvolvimento de competências individuais, enquanto pessoa, através da interação com grupos. E por fim, o domínio do Self assegura a segurança física e emocional da pessoa. Neste domínio é valorizado o momento de interação, a voz, o vínculo estabelecido e as diferentes perceções entre o EESMP e a pessoa alvo dos cuidados (Lima et al., 2022).

O surgimento do modelo de Tidal suscitou transformações no padrão do cuidado à pessoa portadora de doença mental. Smith (2020), afirma que a pessoa é a “chave” para o sucesso do processo de recuperação. E que, portanto, o profissional de saúde, neste caso o EESMP, surge como um agente facilitador no processo de mudança e não apenas no controlo e gestão dos sintomas físicos e emocionais.

Assim, o cuidar na área da saúde mental e psiquiátrica torna-se desafiador e bastante complexo, porque as experiências de sofrimento vivenciadas são únicas, e dependem exclusivamente do significado atribuído pela própria pessoa. Este modelo tem como foco o sentido e significado do conceito de saúde mental de forma única, porque atende à visão individual da pessoa acerca da situação que a mesma vivencia, duas pessoas distintas, com o mesmo problema, que a resolução do problema será diferente, devido à influência das vivências de cada pessoa, das circunstâncias, dos fatores de risco e fatores de proteção bem como das condições físicas, sociais, familiares, financeiras e até mesmo pessoais. A pessoa sabe o que é melhor para si. Portanto, a pessoa e a experiência com a doença mental e os seus receios são colocadas no centro do cuidado (Freitas et al., 2020). Neste modelo o enfermeiro não é considerado o detentor daquilo que é mais adequado para a pessoa, mas como alguém que ajuda na construção dessa adequação, tendo como ponto de partida as preferências do próprio (Pinheiro et al., 2022).

Posso afirmar que durante o meu percurso formativo e, por forma a implementar este modelo e de acordo com o mesmo, procurei sempre conhecer a pessoa na sua

individualidade, atender às suas preferências, procurando oferecer alternativas como resposta à resolução do problema identificado. O caminho mais acertado foi aquele que a pessoa assim o entendeu, após avaliação de riscos e de consequências, fui assim, suporte na identificação de fatores de risco, fatores de proteção, condições físicas, financeiras e familiares e atendendo a que se encontra inserida num determinado grupo e comunidade e que assume diferentes papéis sociais. Fui de certa forma um mediador na resolução dos problemas, disponibilizando diferentes perspectivas e variadas alternativas.

## **2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

A intervenção psicoterapêutica é “entendida como um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e a pessoa, no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados.” (Sampaio et al., 2016, p. 12).

Baseiam-se na parceria, no processo de construção de relação terapêutica com o outro, o que permite ajudar a pessoa a melhor compreender, encontrar explicações e razões para os problemas identificados (Sampaio et al., 2023).

As intervenções psicoterapêuticas são importantes porque facilitam o processo de mudança, permitem o desenvolvimento da motivação, trabalham estratégias de coping e as relações pessoais e sociais (Valentim et al., 2019).

Uma das intervenções psicoterapêuticas de enfermagem utilizadas é o relaxamento (Sequeira & Sampaio, 2020) De entre os variados métodos utilizados nesta intervenção, referimos a imaginação guiada, a técnica de treino autogénico e o relaxamento muscular progressivo de Jacobson.

### **2.1. Técnicas de Relaxamento**

O relaxamento é um estado de consciência caracterizado por sensações agradáveis e ausência de pensamentos causadores de stress ou potencialmente causadores de transtorno. Envolve duas componentes, a componente física e a mental. A nível da componente física o relaxamento manifesta-se pela diminuição da tensão muscular, na componente mental faz-se sentir através dos pensamentos de paz e sensações agradáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2023) O relaxamento é uma intervenção com potencial terapêutico que visa a promoção de sensação de bem-estar e sentimentos de paz e a diminuição de sintomas indesejáveis, nomeadamente: medo e ansiedade (Sequeira & Sampaio, 2020).

Em qualquer situação onde seja aplicada a técnica de relaxamento e, independentemente do método utilizado, este visa: a prevenir as consequências fisiológicas provocadas pelo stress, avaliar os níveis de stress e as suas consequências fisiológicas bem como desenvolver capacidades mentais que facilitem o processo de adaptação ao stress (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

O relaxamento é uma intervenção psicoterapêutica essencial no sucesso do tratamento a médio e longo prazo. Esta técnica contribui para a pessoa, na medida em que, permite desenvolver capacidades para lidar com sintomas físicos que contribuem para a ansiedade de uma forma mais eficiente, de modo a diminuir os estímulos e as percepções associadas ao sistema sensorial (Elias, 2014).

Existem vários métodos (físicos e psicológicos) associados ao relaxamento, que podem provocar o relaxamento profundo ou o relaxamento superficial. O conceito de relaxamento profundo implica a aplicação de métodos que visam um efeito de grande amplitude e que são desenvolvidos geralmente em ambientes calmos na posição horizontal, contemplam o relaxamento progressivo, a meditação e o treino autogénico. O relaxamento superficial por sua vez é aquele que implica a utilização de versões encurtadas, com tempo reduzido, que provocam efeito imediato e em que a própria pessoa pode utilizar mediante uma situação geradora de grande stress. De forma global podemos distinguir estes conceitos no sentido em que o relaxamento profundo implica o relaxamento total do corpo enquanto o relaxamento superficial permite a utilização de técnicas rápidas, breves e eficazes no dia a dia.

A técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson foi uma das primeiras técnicas de relaxamento a aparecer na literatura no século XX. Edmund Jacobson, médico – fisiologista investigou a reação vivenciada por um organismo, uma situação de susto desencadeada por um ruído alto e repentino. No estudo concluiu que as pessoas que eram treinadas a relaxar a componente muscular não se assustavam e que o estado do músculo influenciava diretamente a magnitude do reflexo que era manifestado. Através do desenvolvimento e utilização do eletromiograma, concluiu haver relação entre o pensamento e o estado dos músculos e que as imagens mentais se fazem acompanhar de atividade nos músculos voluntários. Jacobson através da tecnologia demonstrou que o relaxamento progressivo influencia diretamente o alívio da tensão muscular e que quanto mais treino a pessoa tiver mais benefício o seu efeito. Concluiu então que a mente e os músculos voluntários estão interligados e que uma mente calma reflete um corpo sem tensão. Desenvolveu também o conceito de “consciencialização”, defendendo que só tendo a consciência da tensão existente a nível muscular é possível trabalhar os músculos voluntários de forma a relaxá-los, alcançando assim o relaxamento total em repouso. Demonstrou que o relaxamento tem efeito na diminuição dos níveis de ansiedade devido ao predomínio do sistema nervoso parassimpático, através da redução da atividade elétrica nos músculos e nervos. Este estudo englobando pessoas que apresentavam pensamentos persistentes e

ruminantes, manifestavam tensão muscular, contudo, com a aplicação desta técnica de relaxamento, e com base em achados fisiológicos, possibilitou a reduzir e controlar os pensamentos, acalmar a mente e através da teoria fisiológica, relaxar os diferentes grupos musculares. Assim esta técnica tornou-se uma mais-valia até aos dias de hoje, com efeitos quase imediatos (Payne, 2003). Paulino (2011), afirma que as técnicas de relaxamento são eficazes na diminuição da sensação de dor e sofrimento, mas também da fadiga. Bezerra (2020), corrobora as afirmações anteriormente descritas acrescentando o seu efeito positivo na redução de dores musculares com a aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Severino et al. (2021), descrevem no seu trabalho de pesquisa a importância da técnica de relaxamento como intervenção de melhoria na qualidade da saúde mental das pessoas que a desfrutam.

Neste método, é dada ênfase à dimensão ativa e física, assente no relaxamento profundo de todos os grupos musculares corporais. Está alicerçado num procedimento que inclui contração e descontração sucessivas dos músculos, até atingir o relaxamento (Sequeira & Sampaio, 2020) Tem como objetivo ensinar a pessoa a reconhecer e gerir as sensações associadas aos estados de tensão e relaxamento em diferentes grupos musculares.

Inicialmente, são trabalhados cerca de 16 grupos musculares, distribuídos por uma média de 6 sessões. O princípio desta abordagem assenta na promoção da autonomia da pessoa, uma vez que, o estado atingido depende do esforço e envolvimento pessoal de quem pratica (Payne, 2003).

O relaxamento não deverá ser implementado em situações que a pessoa vivencie: fragilidade intelectual ou presença de défice cognitivo grave, agitação psicomotora, estado de confusão incluindo delírios, alucinações ou sintomatologia psicótica e ainda, acuidade auditiva diminuída (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Antes da aplicação da técnica de relaxamento é importante atender aos seguintes aspetos: ambiente, o qual deve ser sossegado, calmo, agradável e incluir leves sons exteriores, isto porque alguns autores defendem que o silêncio muito profundo pode desencadear ansiedade. Deve haver compromisso de confidencialidade pelo técnico e outros utentes, se a técnica for realizada em grupo e surgir partilha de informação pessoal essa não poderá ser mencionada fora do grupo de sessão e deve ficar restrita ao momento. A posição a adotar é preferencialmente a de deitado para permitir um relaxamento mais profundo. Contudo, vários autores, entre eles Jacobson mencionam duas posições possíveis: a posição de deitado ou de sentado. A posição varia de acordo com a preferência do cliente e também de acordo com a ocasião de aprendizagem. Isto é, depende do à vontade que a pessoa se

sente e na medida das suas limitações para a posição a adotar. E todo este conhecimento ajuda a autoimplementação posteriormente do relaxamento. Do mesmo modo, os olhos abertos ou fechados, irá depender uma vez mais da preferência do cliente e também da natureza da abordagem (Payne, 2003).

O relaxamento desenvolve-se em 3 fases: fase de preparação, fase de execução e fase final/avaliação da sessão (Coelho & Souza, 2020). Na fase de preparação é realizada uma avaliação inicial, que sustenta a elaboração de um diagnóstico de enfermagem. Esta técnica, tem impacto/ganhos significativos para a saúde, em diagnósticos de enfermagem como ansiedade, humor depressivo e sono comprometido (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Ainda nesta fase preconiza-se a realização de um momento informativo, sobre a técnica a implementar, as vantagens da mesma, no sentido de promover o interesse e a motivação, mas também reduzir o medo face ao desconhecido (Payne, 2003). A fase de execução efetiva-se com a aplicação da técnica de relaxamento escolhida. Nesta fase deve-se ter especial atenção ao tom de voz e as pausas efetuadas entre as orientações. Estes aspetos são importantes pois ajudam a criar o ambiente necessário à execução da técnica e ajudar a pessoa a atingir um estado profundo de calma para o sucesso da intervenção. Na fase de avaliação da sessão é reservado um momento para promover a partilha de opiniões, emoções e sentimentos após a realização da técnica de relaxamento, avaliar e analisar os resultados obtidos e agradecer a participação dos intervenientes e o falar sobre a próxima sessão (Ordem dos Enfermeiros, 2023). A forma como o EESMP conduz a técnica irá influenciar diretamente o sucesso e eficácia da intervenção psicoterapêutica. Assim, torna-se fundamental ao EESMP a capacidade de observação, ajuste e suporte à pessoa durante a intervenção psicoterapêutica, desde a fase inicial até à fase final da técnica. É importante para tal a criação de um ambiente seguro e confortável, relação de confiança e empatia, orientação e observação, feedback e reforço positivo no decorrer da intervenção. Além de que tenha características propícias à implementação do relaxamento e acredite no efeito terapêutico da técnica.

Adicionalmente, ao relaxamento muscular progressivo existem outros métodos de relaxamento que iremos referir de seguida e brevemente, sendo eles: a técnica de imaginação guiada e a técnica de treino autogénico. A técnica de imaginação guiada foca-se em imagens mentais e qualidades sensoriais de forma propositada, com finalidade terapêutica, podendo recorrer à imaginação ou à memória da pessoa. Esta técnica pode ser utilizada mediante os a influência de um conjunto de fatores, que variam desde as necessidades individuais, o contexto e os objetivos do relaxamento. Nomeadamente as preferências pessoais, a

disponibilidade de tempo, a condição física e psicológica e ainda a acessibilidade e recursos disponíveis. O método de treino autogénico implica um conjunto de sensações (cinestésias), tais como, sensação de peso nas extremidades, sensação de calor, sensação de flutuação ou desconexão provocadas, que desencadeiam de posteriores sensações de bem-estar, utilizando para tal o relaxamento progressivo de vários músculos. Pode ser usado em diversos diagnósticos de enfermagem, nomeadamente na presença de comportamento agressivo e de stress.

Em suma, a técnica de relaxamento trata-se de uma intervenção de enfermagem especializada de cariz terapêutico como referido anteriormente, mas também de cariz preventivo, ao reduzir os níveis de ansiedade, aumentar o autocontrolo e ao promover hábitos de vida saudáveis (Valladares-Torres & Souza, 2020).

No que concerne ao relaxamento, como intervenção psicoterapêutica, na pessoa com comportamento de abuso de substâncias psicoativas, este evidencia-se uma importante ferramenta adjuvante. Uma vez que durante o processo de tratamento/recuperação a pessoa vivencia um conjunto de fatores que acrescem maior stress e ansiedade, nomeadamente, a presença de sintomas de abstinência, craving, repercussões sociais e familiares, bem como implicações do seu autoconceito (Adés & Lejoyeux, 2004). Essas implicações referem-se à forma como a pessoa se vê a si mesma, podendo se manifestar através de estigma e culpa, perda de identidade e mudança nas relações sociais.

Assim, esta intervenção psicoterapêutica reduz os níveis de ansiedade, diminui o craving, favorece um maior autocontrolo, permite à pessoa uma confirmação da capacidade para lidar com a situação (Valladares-Torres & Souza, 2020).

O relaxamento tem demonstrado ser uma intervenção eficaz na área da saúde mental, em especial, nos comportamentos aditivos, como o caso das substâncias psicoativas (drogas), contribuindo para cuidados mais humanizados (Valladares-Torres & Souza, 2020)

Os tratamentos não farmacológicos, podem ser utilizados como suporte ou complementar ao tratamento farmacológico. No entanto, este último, contribui para a diminuição e controlo sintomático, nomeadamente, no que aos sintomas de abstinência e craving diz respeito (Diogo, 2016).

Um estudo realizado por Limsanon & Kalayasiri (2015), aplicado a pessoas com hábitos tabágicos e o uso do relaxamento muscular progressivo de Jacobson, concluiu que esta intervenção psicoterapêutica tinha um efeito imediato na redução dos sintomas de craving quando as pessoas se encontravam em fase de abstinência aguda. Assim como, também apresentavam níveis de ansiedade e stress reduzidos e diminuição dos valores de

pressão arterial sistólica. Apesar de este, se tratar de um estudo desenvolvido a pessoas com hábitos tabágicos, também considerado um comportamento aditivo, e uma vez, que o nosso foco é a pessoa com comportamento de abuso de substâncias psicoativas acreditamos que estes resultados poderão ser similares nesta área.

Outro estudo desenvolvido por Sacha et al. (2014) concluiu que a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson articulados à respiração diafragmática e o recurso a imagens mentais positivas são fortes estratégias associadas ao controlo de stress.

Kahler et al. (2018) no seu estudo corroboram os resultados positivos que emergiram de estudos anteriores, no entanto, não se referem a comportamentos aditivos ou dependências, mas ao relaxamento como uma ferramenta fundamental na redução dos níveis de stress.

Ibiapina et al. (2018), confirmaram a eficácia da técnica de relaxamento muscular na redução da ansiedade, como uma emoção negativa.

Bezerra et al. (2020) no estudo que desenvolveram verificaram redução dos níveis de ansiedade aquando da implementação da intervenção de relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Severino et al. (2021), acrescentam aos efeitos positivos a melhoria da perceção e concentração e diminuição dos sintomas depressivos.

Após pesquisa aprofundada em diferentes bases de dados, constato que esta temática em termos de investigação é escassa. O número de estudos relacionados com o relaxamento muscular progressivo de Jacobson correlacionando com a pessoa com comportamento aditivo é reduzido e o intervalo de tempo definido para a pesquisa é superior.

Apesar dos poucos estudos encontrados foi possível reconhecer os benefícios do uso do relaxamento muscular progressivo de Jacobson como uma ferramenta indispensável ao sucesso do tratamento daqueles que o usufruem pelo EESMP. Deste modo, obter-se-á resultados favoráveis com uma taxa de sucesso superior. É importante que para tal seja desenvolvido pelo EESMP porque é a pessoa que possui competências para a promoção do alívio rápido dos sintomas menos positivos, promoção de bem-estar geral, gestão emocional de sintomas como seja o stress e sobretudo é a pessoa que contribui para o processo de recuperação e manutenção da saúde mental. É o EESMP quem desempenha um papel fundamental na aplicação e ensino de técnicas de relaxamento, em especial, porque a sua formação e experiência permitem uma abordagem holística, personalizada e terapêutica, essencial no cuidado à pessoa com perturbação mental, mas também nos restantes níveis de prevenção baseados no conhecimento de um conjunto de aspetos emocionais e comportamentais.

## **2.2. Perturbações do comportamento aditivo e dependências**

Os comportamentos aditivos são entendidos como comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a atividades ou condutas, como por exemplo as substâncias psicoativas (Sequeira & Sampaio, 2020). O conceito de perturbações relacionadas com substâncias e aditivas referem-se a um conjunto de modelos comportamentais complicados, quer em torno do uso abusivo de substâncias psicoativas, quer de outras atividades como o jogo (Nunes et al., 2019).

Os comportamentos aditivos relacionados com diferentes substâncias e comportamentos partilham características comuns, sendo elas: a impulsividade, compulsão e craving. Tais comportamentos estão associados a vários prejuízos, desde ao nível psicológico, físico, familiar, ocupacional e social (Dias et al. 2018).

Estes comportamentos aditivos estão associados a uma componente prazerosa e a tendência para o abuso pode ser explicada pelo sistema de recompensa, constituindo um modificador de comportamento (Ismail & Gonçalves, 2022).

O consumo de substâncias tem vindo a acompanhar a história da humanidade e o desejo de alterar o estado de consciência e o estado de humor, motivos que frequentemente desencadeiam a procura pelo consumo da multiplicidade de substâncias psicoativas que a cada dia se avolumam. Apesar destes fatores, sabemos, no entanto, que o consumo de substâncias em tempos primórdios também se associavam a rituais culturais ou desempenhavam outras funções dentro de uma sociedade, como por exemplo as funções curativas ou lúdicas (Ismail & Gonçalves, 2022). Nesta linha de pensamento os objetivos para o consumo de substâncias são principalmente a obtenção do efeito psicoestimulante, euforizante e alucinogénio. Contudo existem substâncias com efeito depressor do SNC, produzindo o efeito contrário de relaxamento.

O início do consumo de substâncias ocorre particularmente na fase inicial da adolescência, em resultado de múltiplas experiências e fatores, e também pela idade cada vez mais precoce da primeira experiência (Dias et al. 2018).

Há autores que defendem os comportamentos aditivos e as dependências podem surgir em qualquer fase do ciclo vital, ter uma duração prolongada, e serem marcados de períodos de abstinência e recaídas, e ainda multimorbilidades orgânicas e/ou psiquiátricas (Sequeira & Sampaio, 2020). A dependência é um fenómeno que se refere ao desejo incontrolável de repetir o consumo/administração de uma substância psicoativa, apesar de reconhecer as repercussões psicológicas, sociais, familiares e laborais, e resulta de várias tentativas malsucedidas para suspender ou diminuir o consumo. As dependências são

tratadas como uma doença, na vertente da saúde mental, e estima-se que cerca de 50% desta população apresenta comorbilidades psiquiátricas (Ismail & Gonçalves, 2022).

O abuso de substâncias, por sua vez define-se como o uso inadequado de substâncias quimicamente ativas, com potencial efeito nocivo e de dependência (Sequeira & Sampaio, 2020). Segundo o DSM-V as perturbações relacionadas com o uso de substâncias e as perturbações aditivas definem-se na “presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando o uso contínuo pelo indivíduo, apesar dos problemas significativos relacionados com a substância”, sendo o diagnóstico baseado num padrão patológico do comportamento relacionado com o seu uso (American Psychiatric Association, 2014).

Como já referi anteriormente a manutenção dos consumos é habitualmente fruto do desejo do prazer, e não, devido ao quadro de abstinência e sintomas físicos que a pessoa possa vivenciar. As substâncias psicoativas, nomeadamente o álcool e outras substâncias causam tolerância, ou seja, diminuição do efeito, ao longo do percurso de abuso, face à dose habitualmente utilizada. Este fenómeno provoca assim a necessidade de aumento da dose habitual para obtenção do efeito desejado e que se pode traduzir na escalada do tipo de substância utilizada. Este efeito de escalada quer no tipo de substância quer na dose utilizada pode comprometer a curto prazo a personalidade (Ismail & Gonçalves, 2022).

Alguns autores reforçam que relativamente ao perfil da pessoa com comportamento aditivo e dependência, a sua maioria é do sexo masculino, jovens adultos, solteiros e com baixo nível de escolaridade (Gomes & Luchsinger, 2024). No estudo realizado por Seabra et al. (2017) já tinha chegado à constatação de dados similares. Existem determinadas características nesta população como: comportamentos antissociais, alexitimias e défices afetivos associados habitualmente a educação permissiva. Os mesmos autores referem no seu estudo que a pessoa com comportamento aditivo e dependência em tratamento são pessoas mais ansiosas, com maior tendência à procura de estímulos ou experiências de excitação e que por tal são mais perspicazes. Além destas características ainda mencionam que frequentemente esta população é detentora de sentimentos de baixa autoestima e desvalorização, sintomas depressivos e locus de controlo externo, acompanhado normalmente de personalidade anti- social.

Uma das teorias desenvolvidas há décadas defendia que quanto mais existissem fatores de risco (sem especificação) maior a probabilidade de a pessoa desenvolver um comportamento disruptivo, como seja o consumo de substâncias. Contudo, atualmente fala-se da existência de fatores de proteção, que balanceiam e diminuem os fatores de risco

existentes. Tais fatores de proteção existem a diferentes níveis, quer a nível individual quer a nível de contextos ambientais (pares, família, comunidade e escola). A identificação destes fatores (risco e de proteção) permitem conhecer e perceber o motivo para o início dos consumos, níveis de risco e de proteção e delinear estratégias de prevenção. Neste sentido é deveras importante abordar o conceito de resiliência. A resiliência pode ser definida de uma forma breve como uma resposta positiva a uma determinada situação de perigo iminente. Assim, quando a resiliência é baixa e os fatores de risco elevados e persistentes, pode haver aumento do risco de transformação nos estádios de desenvolvimento, nomeadamente na fase de adolescência (Dias et al. 2018).

Por outro lado, quando a resposta a uma situação de risco não é positiva e, portanto, é negativa, temos a presença de vulnerabilidade, que também irá ser influenciada pelo estado e significado atribuídos pelos próprios. Causa dano e torna-se um fator de risco quando o efeito é cumulativo. Isto é, a presença de um comportamento desviante, como o consumo de substâncias poderá ser fruto de estratégias mal adaptativas perante uma situação de risco, na qual o resultado se traduz na vulnerabilidade presente do momento. É certo que vários estudos apontam para a menor resiliência entre os consumidores de substâncias, quer seja a nível da abstinência, consumo ou recaída (Dias et al. 2018).

Quanto à intervenção do enfermeiro, no âmbito preventivo, o papel do enfermeiro incide essencialmente na tentativa de minimizar o impacto dos fatores de risco e maximizar os fatores de proteção, por forma a reduzir a probabilidade de consumo de substâncias psicoativas (Sequeira & Sampaio, 2020).

Existem diferentes padrões de consumidor: o experimental, aquele que faz uma experiência de uso por curiosidade, tratando-se de um ato isolado. O ocasional, aquele que utiliza as drogas em contextos sociais, lúdicos ou quando o acesso é fácil. O regular aquele que utiliza as drogas para desinibição do seu comportamento e o dependente (Ismail & Gonçalves, 2022). O dependente caracteriza-se por aquele indivíduo com desejo intenso de consumo, absoluto descontrolo na sua utilização e contínuo recurso à substância. Associado habitualmente à desvalorização das consequências inerentes e das suas responsabilidades, bem como o aumento do grau de tolerância e aumento do grau de sintomatologia de privação (Sequeira & Sampaio, 2020).

Existem determinados fatores que são tidos como fatores predisponentes na problemática de consumo de substâncias, são eles: sexo masculino, início dos consumos em idade jovem, baixo estatuto socioeconómico, disponibilidade da substância, aceitação familiar, social ou cultural, baixa literacia, desemprego, comorbilidades psiquiátricas,

características da personalidade e aspetos biológicos individuais (Ismail & Gonçalves, 2022).

De referir que o conceito de drogas refere-se a qualquer substância farmacologicamente ativa no SNC que, quando introduzida num organismo vivo, pode provocar alterações do pensamento, senso-percepção e do comportamento. O processo de experimentação de substâncias psicoativas tem início na adolescência, havendo uma relação direta entre a idade de início e a gravidade dos consumos. Frequentemente essa experimentação acontece por rebeldia, afiliação a um grupo ou curiosidade, o início dos consumos está relacionado com drogas legais (álcool, tabaco) e posteriormente ocorre a escalada com recurso a outras drogas (canábis, heroína e cocaína) (Ismail & Gonçalves, 2022). Deste modo, é consensual a existência de avultados consumos nos jovens relacionados a dois principais fatores: o fácil acesso às substâncias e a pouca percepção dos riscos inerentes ao consumo e abuso da substância (Ismail & Gonçalves, 2022).

As perturbações relacionadas com substâncias psicoativas são: perturbações de uso de substâncias e perturbações induzidas por substâncias. A perturbação de uso de substâncias implica a utilização da substância que causa mal-estar ou défices clinicamente relevantes, por um período compreendido de 2 a 12 meses, provocando défice de controlo, disfunção social, uso de risco e critérios farmacológicos.

A perturbação induzida por substâncias ocorre em contexto de intoxicação, abstinência e outras perturbações mentais induzidas por substâncias/medicamentos (Nunes et al., 2019).

Já a APA (2014) considera a perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento inicia-se com o consumo da substância que se entende ser o fator desencadeante dos sintomas de ansiedade.

Este diagnóstico de perturbação de ansiedade induzida por substância/medicamento implica a existência dos seguintes critérios:

Ataques de pânico ou ansiedade predominantemente

Os sintomas referidos anteriormente desenvolveram-se durante ou pouco depois da intoxicação ou abstinência ou depois da exposição à substância

A substância envolvida é capaz de produzir os sintomas mencionados

A perturbação não é mais bem explicada por perturbação de ansiedade não induzida por substância/medicamento

A perturbação não ocorre exclusivamente em contexto de delirium

A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento (American Psychiatric Association, 2014).

Atualmente, os profissionais de saúde que trabalham diretamente nesta área, deparam-se com grandes dificuldades pelo fato de existir uma grande quantidade de novas substâncias psicoativas, contínua variabilidade, diversidade de efeitos provocados (alguns incompreensíveis e desconhecidos), propriedades físico-químicas diversas e desconhecidas e ainda pelas variadas formas de utilização e padrões de consumo que se encontram em constante desenvolvimento.

Esta população exige um tratamento individualizado, integrado, sustentado em uma equipa multidisciplinar, coesa. É importante que o EESMP detenha autoconhecimento para que seja possível conhecer e identificar as suas crenças, valores e preconceitos, evitando assim transmitir tais sentimentos ao outro e comprometer a qualidade dos cuidados (Oliveira et al., 2020). O conceito de transferência trata-se de um fenómeno que surge das relações interpessoais e refere-se à situação que acontece quando o cliente redireciona os seus sentimentos, atitudes e emoções para o profissional de saúde, neste caso específico para o EESMP. A contratransferência é o oposto, isto é, acontece quando o profissional de saúde redireciona os sentimentos, atitudes e emoções para a pessoa (Bezerra, 2024).

A procura e a solicitação de tratamento poderão estar em voltas em diferentes motivações, pode ser por vontade do próprio ou motivações externas, as quais incluem, motivos económicos, judiciais, familiares, profissionais ou ocupacionais. O motivo pela procura do tratamento poderá influenciar a sua evolução (Ismail & Gonçalves, 2022).

Além destes motivos também se torna fulcral para o sucesso do tratamento, entender qual o estágio motivacional que a pessoa se encontra. Neste sentido emerge a necessidade de abordarmos o Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska e DiClemente, 1982). De acordo com o modelo, a mudança é um fenómeno que ocorre por estádios de mudança, cada qual com determinadas características e intervenções específicas que são fundamentais a cada momento que a pessoa se encontra no processo de mudança. O que provoca a pessoa a transitar de um estágio para outro é a existência de motivação. Na maioria dos casos esta transição ocorre a partir de ajuda intencional, tornando-o mais eficaz (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2018). O processo de mudança implica avanços e recuos nos estádios, cujo tempo de permanência difere de estágio para estágio, de pessoa para pessoa de acordo com a influência de fatores internos e externos. É aceitável a alternância dos vários estádios até à obtenção da mudança estável. No que

concerne aos diferentes estádios do processo de mudança, estas incluem as seguintes: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída. Sendo os estádios motivacionais os seguintes: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída. No estádio de pré-contemplação a pessoa não tem consciência do problema e, portanto, a pessoa não considera a hipótese de mudança, retém seletivamente consequências positivas do próprio comportamento e desvaloriza as consequências negativas desse comportamento. No estádio de contemplação há sentimento de ambivalência, e normalmente são pessoas mais abertas a experiências emocionais. O estádio de preparação implica que haja uma janela de oportunidade para a mudança durante um período e nesta fase se a pessoa entrar no estádio seguinte, ação, o processo de mudança prossegue caso contrário poderá haver retrocessos. No estádio ação a pessoa tem a intenção de mudar e acredita que tem ferramentas e autonomia para alterar o seu comportamento. O estádio de manutenção caracteriza-se pela consolidação da mudança e hábitos de vida que visam evitar a possibilidade de recaída. E por fim, recaída, estádio motivacional inerente a todo o processo de mudança, caracterizado por avanços e retrocessos durante o ciclo. Importa conhecer estes estádios no sentido de encontrar linhas orientadoras para ajudar a pessoa a evoluir nestes estádios, passando dos estádios de pré-contemplação e contemplação para os de preparação e ação (Sequeira & Sampaio, 2020).

Assim, baseados numa intervenção complementar e por forma a dar resposta às intervenções específicas e inerentes a cada etapa, a entrevista motivacional constitui uma das respostas mais adequadas na intervenção à pessoa com comportamento de consumos e dependências. A entrevista motivacional (EM) é composta por um conjunto de estratégias que visam estimular a mudança do comportamento, através do aumento da adesão e motivação, como compromisso da pessoa abandonar os consumos e aceitar e iniciar o tratamento (SICAD, 2018). São aspetos fulcrais no sucesso da EM os seguintes: expressar empatia, desenvolver discrepâncias, lidar com a resistência e reforçar a autoeficácia.

Enquanto EESMP é fundamental a nossa intervenção no processo de mudança envolvendo a aplicação de conhecimentos e habilidades que facilitam a adaptação e a transição. Portanto, atendendo a cada etapa seguem-se as principais intervenções de enfermagem implícitas, sendo respetivamente: estabelecer a relação de confiança, fornecer informação pertinente, sensibilizar para o problema, demonstrar preocupação e disponibilidade (pré-contemplação); ajudar a pessoa na balança de decisão, mostrando as vantagens e desvantagens de cada escolha, avaliar os argumentos ambivalentes, reforçar autoeficácia para a mudança do comportamento, reforçar a tomada de decisão,

responsabilidade e autoeficácia, resumir afirmações motivacionais (contemplação); esclarecer os objetivos e estratégias, oferecer diferentes opções, negociar um plano de mudança, explorar expectativas do tratamento (preparação); analisar estratégias de mudança aceitáveis, dar suporte realista, identificar possíveis situações de risco, desenvolver um plano de urgência, manter a disponibilidade (ação); manter as mudanças atingidas, reforçar as vantagens da mudança, prevenir a recaída (manutenção); ultrapassar a recaída o mais rápido possível, explorar o significado da recaída e reforçar como oportunidade de aprendizagem e ajudar a descobrir mecanismos de coping adaptativos (recaída) (Sequeira & Sampaio, 2020).

Quando é possível a abstinência, é importante intervir através da motivação de modo a promover uma reconstrução da personalidade, um funcionamento não condicionado pelos consumos e a reinserção familiar e social, através de um modelo integrado e respostas interdependentes (Ismail & Gonçalves, 2022). No entanto a abstinência nem sempre é um objetivo alcançável pois depende de fatores tais como: a substância, a pessoa, aspetos comportamentais e culturais, suscetibilidades orgânicas, a rede de suporte, o nível social, económico e político e, para esses utentes o plano terapêutico deve visar a redução de riscos e minimização de danos (Borges & Schneider, 2021).

Conforme o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD, 2009), a redução de riscos e minimização de danos (RRMD) é um modelo de intervenção utilizada em contexto de consumos de substâncias psicoativas, que implica um conjunto de pressupostos, objetivos e metodologias, previamente definidas, diferentes da intervenção para a prevenção, tratamento e/ou reinserção. Além de se pretender a redução do consumo de drogas também se pretende a redução de danos. Sabendo que o consumo destas substâncias provoca efeitos autolesivos e lesivos para a comunidade e família é de extrema importância intervir no sentido de diminuir ou até mesmo eliminar tais efeitos. De acordo com a OMS este tipo resposta surge como uma intervenção de proteção da saúde pública, baseada em boas práticas, e que assume um papel primordial nomeadamente na redução da incidência das doenças infecciosas.

Assim, resumidamente, o conceito de redução de riscos visa a redução da prevalência e incidência do consumo de drogas, das doenças e prejuízos associados. Em complementaridade, a redução de danos engloba as estratégias adotadas para a redução de danos causados pelo consumo, sendo que os danos existem e fazem parte pretendemos pelo menos minimizá-los prevenindo assim o agravamento dos mesmos (ICAD, 2009).

Acerca da redução de riscos e minimização de danos, refere-se a um conjunto de estratégias que tentam promover a diminuição, atenuação e controlo dos efeitos secundários

negativos dos consumos, e não, necessariamente, a abstinência imediata. Isto é, tem como principal objetivo reduzir a prevalência e a incidência dos consumos e das doenças/prejuízos relacionados com o mesmo. Este modelo de intervenção não é uma alternativa terapêutica, no entanto visa criar as melhores condições de liberdade para a tomada de decisão (Sequeira & Sampaio, 2020).

Deste modo algumas das estratégias eficazes para a minimização de danos e redução de riscos na pessoa com comportamentos aditivos englobam: psicoeducação, através da educação e informação, programas de troca de agulhas e seringas, no sentido da prevenção de doenças infecciosas, terapias de substituição, por exemplo o tratamento com metadona ou buprenorfina, aconselhamento e suporte psicossocial, nomeadamente através de grupos de apoio e políticas públicas de redução de danos, através do acesso aos cuidados de saúde e apoios sociais, e não menos importante, prevenção e intervenção precoce com recurso à EM e identificação precoce dos comportamentos de risco (ICAD, 2009).

Torna-se assim deveras importante o papel que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica assume junto desta população, e famílias, no sentido em que, é o profissional com maior capacidade para compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa e do seu meio, e as suas implicações em projetos de vida, o seu potencial de recuperação e a forma como a saúde mental está afetada pelos fatores contextuais (Sequeira & Sampaio, 2020).

O envolvimento da família no tratamento da pessoa com comportamento aditivo e dependências é fundamental para o sucesso do processo de recuperação e para a promoção de uma mudança sustentável no comportamento da mesma. O problema relacionado com adições não é só problema da pessoa, mas sim um processo mais complexo que envolve a pessoa afetada, a família, a comunidade onde se insere e até mesmo o contexto social.

Sendo a família um determinante envolvido no processo de prevenção e tratamento da pessoa com problema de adição é importante que compreenda a temática e integre o plano de estratégias de prevenção e de cuidado. É comum ser o familiar o elemento que procura ajuda profissional, constatando-se como um fator protetor. Estudos demonstraram que a taxa de sucesso e a possibilidade de melhores condições de tratamento estão diretamente relacionadas com os vínculos afetivos que se constroem (Borges & Schneider, 2021).

A família poderá desempenhar um papel deveras essencial em diferentes fases do tratamento, através do apoio emocional, social e também em questões mais práticas. A família assume o papel de co-responsabilidade na adesão ao regime terapêutico, prevenção de recaídas, bem como, a importância do esclarecimento sobre a temática das dependências,

melhoria da dinâmica familiar e o desenvolvimento de estratégias para lidar com os desafios inerentes associados à problemática. A intervenção do EESMP junto das famílias é uma mais-valia e uma outra ferramenta de intervenção fulcral, que se associa a uma das competências específicas do mesmo descritas em regulamento próprio.

### 3. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados especializados de enfermagem prestados ao cliente surgem como resposta à constante evolução e mudança de paradigmas, nomeadamente mudanças organizacionais, evolução tecnológica e evolução demográfica (Lopes et al., 2018) Por outras palavras, devido à realidade atual torna-se fundamental o desenvolvimento de atitudes terapêuticas especializadas no sentido de promover cuidados de qualidade. Neste sentido o enfermeiro sente a necessidade de aprofundar os seus conhecimentos e técnicas e de desenvolver outras competências.

O artigo 88º da ordem dos enfermeiros (2015), referente à excelência do exercício profissional define que o enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” Tal remete-nos ao direito do cliente no que concerne à prestação de cuidados de qualidade, baseada na evidência científica mais recente e as *guidelines*. A formação contínua desencadeia a reflexão sobre a prática clínica e consequente aplicação de novos saberes e conhecimentos, que por sua vez constituem pilares importantes no desenvolvimento de competências.

O regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, diz respeito ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Este documento define competências comuns como sendo “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”.

Segundo Lopes et al. (2018) o enfermeiro especialista é considerado um enfermeiro com formação avançada, e, portanto, é alguém dotado de conhecimentos especializados, com elevada capacidade de decisão e de competências clínicas. O desenvolvimento de competências é um processo complexo, dado que implica o desenvolvimento de intervenções nas mais variadas áreas técnicas e de recolha e análise de dados por forma a facilitar o processo de tomada de decisão (Martins, 2017).

Lopes et al. (2018) fazem referência aos principais benefícios da especialização em enfermagem, que se crê ser uma tendência internacional, face à crescente complexidade das

diversas áreas clínicas. Como tal oferte os seguintes ganhos: ganhos em saúde para os clientes, ganhos para as instituições de saúde e ganhos para os próprios profissionais.

O desenvolvimento de competências é resultado de crescimento pessoal e profissional, em que o enfermeiro tem a capacidade de agir conforme um conjunto de capacidades e habilidades e conhecimentos adquiridos, garantindo a excelência dos cuidados. Assim, como profissional de enfermagem que sou, ao longo do meu percurso académico e formativo procurei sempre desenvolver e aperfeiçoar conhecimentos e competências de enfermagem baseadas na melhor evidência científica. Atualmente, decidi desenvolver competências específicas na área da saúde mental e psiquiátrica, visto ser uma área de interesse pessoal, e também devido ao meu percurso profissional nesta área, daí ter feito sentido desenvolver o meu percurso formativo e académico atual.

Deste modo, estando a desenvolver as minhas competências pessoais e profissionais desde 2016 como enfermeira generalista, inicialmente numa instituição de cuidados a utentes com doença mental, onde me mantive a exercer funções até 2023, posteriormente em uma instituição direcionada para o cuidado permanente a idosos e atualmente e mais recentemente num serviço de cirurgia geral de um hospital central (HNM). Apesar da experiência profissional na área da saúde mental numa instituição de cuidados a utentes com doença mental senti necessidade de aprofundar e desenvolver os meus conhecimentos científicos e práticos e sair da minha zona de conforto, de evoluir e surgiu então a tomada de decisão de ingressar no curso de Mestrado. Desta forma optei por todo o meu percurso académico na área da população com consumos e comportamentos aditivos e dependências, mais direcionada ao consumo de drogas, visto que era uma área que me sentia pouco conhecedora e segura na prestação dos cuidados, no entanto, uma temática cada vez mais atual e presente na prática de cuidados. Por tal motivo senti a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos teórico-científicos nesta área e posteriormente sentir-me mais segura na intervenção. Posto isto optei pelo estágio de opção para o estudo da pessoa adulta com abuso de substâncias psicoativas no serviço destinado ao tratamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências.

A aquisição e o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista iniciaram-se aquando do início do percurso académico do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) e manter-se-á presente na vida profissional, através da aplicação e do aperfeiçoamento das mesmas. Um desempenho integrado e complexo, manifestados pela atitude profissional, conhecimento, pensamento

crítico e valores (saber-ser e saber-estar) são práticas inerentes a um profissional competente (Fukada, 2018).

Espera-se assim que o Enfermeiro Especialista seja capaz de: atuar em diversas situações, organizar o trabalho através da mobilização necessária de recursos e de relações interpessoais, agir e resolver situações complexas, conseguindo analisar, priorizar e tomar decisões de vontade própria, mas de forma responsável devido ao vasto leque de conhecimento e habilidades pessoais (Regulamento nº140/2019).

Desta forma, as Competências do Enfermeiro Especialista derivam do aprofundamento dos diferentes domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, já que, independentemente da área de especialidade a atribuição do título de especialista prevê que além das competências específicas de cada área de especialidade o enfermeiro também seja detentor de competências comuns, proficiências mais gerais e abrangentes, as quais são definidas pelo regulamento citado anteriormente.

De acordo com o mesmo Regulamento a Competência Específica Comum desdobra-se em unidades de competência que correspondem ao segmento maior da competência, revistando-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo. Tais unidades de competência englobam os critérios de avaliação que definem os elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional, expressando os resultados.

Os desenvolvimentos destas Competências Comuns foram transversais a todos os contextos de prática clínica onde estive e estão estruturados nos seguintes domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: nível da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Tendo em conta o já referido anteriormente, iniciarei um relato articulado análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas ao longo da minha caminhada na procura da aquisição de Competências Comuns do EESMP.

### **3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética, legal**

Relativamente às competências no domínio da responsabilidade profissional, ética, legal, referem-se a: desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019).

Assim, procurei desenvolver uma prática baseada nos quatro princípios éticos: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça que norteiam os cuidados de saúde. Para além de ter tido em atenção e linha de conta na minha prática diária do percurso académico o tipo de intervenções de enfermagem, implementadas, de acordo com o contexto e as necessidades identificadas no cliente. Para tal, refiro-me às intervenções autónomas e as intervenções interdependentes, conforme descritas pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

As consultas realizadas permitem estabelecer uma relação de confiança com o cliente e/ou família e favorece finalidades terapêuticas. Neste sentido abordaremos a responsabilidade profissional através da relação profissional estabelecida. A responsabilidade profissional é inerente à prática do enfermeiro e constitui um dos domínios das competências comuns de especialista, e baseia-se nos cinco valores universais, expostos no código deontológico, sendo eles: igualdade, liberdade responsável, a verdade e justiça, o altruísmo e a solidariedade.

Assim, ao longo do meu percurso profissional desenvolvi uma prática de acordo com os domínios das competências, posso referir que no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pude desenvolver competências nesta área através do saber-ser e saber-estar. Adotei uma postura e atitudes profissionais, segundo os princípios preconizados, do mesmo modo que respeitei o outro, ao dominar os direitos humanos e respeitando-os no âmbito da prática clínica. Segundo a Lei nº 156/2015 artigo nº103 dos direitos à vida e à qualidade de vida, o enfermeiro tem o dever de assumir igual valor à vida da pessoa, protegendo e defendendo para tal a vida da pessoa em qualquer circunstância. Para tal, aquando de situações em que a pessoa não consiga defender o seu direito à vida e qualidade de vida, é dever do enfermeiro especialista assegurar o mesmo, garantindo benefício e segurança da pessoa, sem prejuízo da sua saúde. É também dever do enfermeiro respeitar a privacidade e, assegurar a dignidade, estabelecendo para tal uma relação terapêutica e empática, de modo a facilitar o processo de transição de doença da pessoa, que se encontra vulnerável e que necessita de recursos para diminuir sentimentos de insegurança, receios, medos e incapacidade. É ainda incumbência do enfermeiro e direito do cliente, de acordo, com a Carta dos Direitos e Deveres do Doente, o acesso à informação necessária para o cliente e/ou família, e aquilo que o mesmo pretenda saber.

Ao longo do meu percurso atendi à privacidade da pessoa, à confidencialidade através do sigilo das conversas terapêuticas desenvolvidas com o cliente, fechando a porta, pedindo permissão para o estudo de caso e posterior consulta de dados e utilização das letras

iniciais do nome aquando da apresentação dos trabalhos académicos. A informação partilhada foi expressamente a necessária à continuidade de cuidados, e à equipa multidisciplinar envolvida, e se fosse o caso o familiar/pessoa significativa pelo cliente.

Durante o percurso académico abstive-me de juízos de valor, críticas não construtivas, procurando respeitar o ambiente, a pessoa, os valores, costumes, crenças e culturas, sem preconceitos e/ou discriminação. A minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista foi transversal ao ciclo vital e em níveis de prevenção. Em todas as situações clínicas aquando da avaliação inicial procurei conhecer hábitos e costumes e respeitei-os, da mesma forma que sempre que possível foi tido em atenção as preferências da pessoa e assim assegurado o limite das intervenções. Por exemplo, no estágio de opção, no serviço dedicado a tratamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, foi proposta uma intervenção de grupo, contudo o cliente recusou a intervenção, referindo que não se sentia à vontade e não gostava do tipo de intervenção, respeitei e propus uma intervenção individual de agrado da pessoa a qual concordou. A intervenção em grupo foi desenvolvida numa outra oportunidade.

Ainda na mesma ideologia (Deontologia Profissional de Enfermagem) procurei sempre atender ao melhor benefício do doente aquando do processo de tomada de decisão consciente, baseada no processo de enfermagem e melhor evidência e garantir à pessoa a escolha livre e esclarecida, através do consentimento livre e informado. O consentimento informado sempre foi um aspeto presente na minha prática ao longo deste percurso, de forma simples, compreensível e breve obtive o consentimento antes de qualquer ato e intervenção de enfermagem, questionando a pessoa e respeitando o seu desejo. Um dos exemplos de uma situação em que tal aconteceu foi referida anteriormente.

Nos ensinamentos clínicos, I, II e III tive a oportunidade de realizar e desenvolver consultas de acolhimento e consultas de seguimento de ESMP. Procurei abranger um maior leque de situações/problemas do foro mental que me permitissem desenvolver novas experiências e abordagens, atendendo, ao contexto, à evidência e preferências do cliente e/ou família e grupo.

### **3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade**

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade englobam os seguintes: garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade,

gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garante um ambiente terapêutico e seguro.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), 2018, defende como qualidade em saúde, cuidados que são eficazes, seguros, equitativos, centrados na pessoa, integrados e eficientes. Por outras palavras a qualidade em saúde é o resultado dos maiores benefícios em detrimento dos menores riscos/danos para o cliente.

Os cuidados eficazes referem-se à evidência baseada em todos aqueles que deles necessitam, seguros no sentido de minimizar os danos e riscos associados aos cuidados, equitativos garantindo a prestação de cuidados sem atender às diferenças sociais, mas às necessidades individuais e personalizadas, centrados na pessoa, o nosso foco, respeitando os valores e preferências, integrados, isto é, que sejam coordenados e disponibilizados em qualquer fase do ciclo vital e eficientes através da otimização dos recursos disponíveis.

Devido às exigências e avanços tecnológicos e face à complexidade dos cuidados atuais bem como mudança de paradigma os sistemas de saúde deparam-se com a necessidade constante de praticar cuidados seguros e de qualidade (Ribeiro et al., 2017). Uma das formas de dar resposta a este tópico e por parte das instituições e serviços de saúde são os processos de acreditação. Estes processos de acreditação transmitem a presença de organização e de consonância de acordo com as orientações emanadas, refletindo-se na diminuição das falhas existentes e na conseqüente melhoria de resultados.

O enfermeiro especialista tem um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias institucionais na área da governação clínica, desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, garantindo para tal um ambiente terapêutico e seguro, sendo um dos meus objetivos conhecer as estratégias assumidas pelos diferentes serviços e os sistemas de acreditação. Dos serviços que contribuíram para o meu desenvolvimento de competências encontram-se acreditados o Centro de Saúde, SESARAM, pela Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA) e a instituição destinada ao tratamento de pessoas com doença mental pelo modelo EQUASS (Assurance e Excellence).

Dado que muitas vezes a pessoa adulta com consumo de abuso de substâncias psicoativas apresenta alteração da senso-perceção e por vezes até mesmo do estado de consciência, cabe ao enfermeiro especialista uma tomada de decisão baseada em cuidados seguros e sustentada pelos conhecimentos e habilidades adquiridas.

A OE desde há muito tempo defende a necessidade da criação de sistemas de saúde de qualidade e defende ser uma das prioridades dos serviços de saúde bem como instituições.

De acordo com esta linha de pensamento, surgem os padrões de cuidados de qualidade dos cuidados de enfermagem, assentes na melhoria contínua e em uma prática reflexiva entre os profissionais.

Segundo o Despacho nº 9390/2021, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, assenta em cinco pilares. Sendo, estes: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros. A cultura de segurança visa a formação e avaliação dos profissionais; liderança e governança com o objetivo de envolver os órgãos de gestão e liderança das instituições; comunicação atendendo à otimização da comunicação e segurança na transição de cuidados, adequada informação clínica à família e doente; prevenção e gestão de incidentes, visa aumentar o registo de notificações de incidentes; e práticas de ambiente seguro com o objetivo de implementar e consolidar as práticas seguras, referentes à prevenção de quedas, segurança cirúrgica, redução da Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), ocorrência de úlceras de pressão, identificação de doentes, segurança na medicação e resistência aos antimicrobianos e também a monitorização destas práticas seguras.

Relativamente ao pilar que se refere à comunicação, este é um dos pilares fundamentais na segurança do doente, nomeadamente no que diz respeito à transmissão de informação na passagem de turno, como acontece em contexto de internamento, ou no momento da transferência ou alta, delegando a responsabilidade da prestação de cuidados de saúde. Neste âmbito, surge uma norma emanada pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2017) designada por “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, baseada na metodologia ISBAR, na qual o “I” refere-se identificação e localização do profissional, “S” à descrição do motivo atual para a necessidade de cuidados, “B” antecedentes pessoais, alergias, descrição de factos clínicos, “A” à avaliação, ou seja, informação sobre o estado atual, regime terapêutico e estratégias de tratamento bem como registo de alterações significativas e “R” refere-se às recomendações. Na procura da melhoria contínua baseei-me neste modelo, no sentido de minimizar incidentes e de transmitir a informação necessária, pertinente e fundamental à prestação de cuidados de saúde.

Quanto à comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde, esta é crucial para a obtenção de ganhos satisfatórios, tais como: promoção de um ambiente favorável aos demais intervenientes, aumento da satisfação dos cuidados prestados, gestão eficaz do tempo e aumento da produtividade (Alves, 2011).

No serviço de internamento de agudos bem como no serviço de respostas diferenciadas o momento da passagem de turno acontecia na transição de turnos com outros colegas, onde transmiti a informação pertinente referente ao cliente, o mais clara possível, por forma a manter a continuidade de cuidados. O mesmo, ocorreu na passagem de informação à equipa médica, aquando da visita médica, onde transmiti a informação sobre o estado clínico do doente, referindo dados como: motivo de admissão, antecedentes pessoais e familiares, alergias, número de admissões e a sintomatologia apresentada, avaliação do estado mental e dados que evidenciam a necessidade de administração ou não de terapêutica em SOS, ou até mesmo de recusa da toma da medicação. Tentei sempre aperfeiçoar a transmissão de informação para os pares e/ou cliente e família, utilizando para tal o modelo citado anteriormente. De realçar que este é um dos alicerces na prática de cuidados seguros, visto que a evidência tem demonstrado que os erros da comunicação são uma das principais causas de eventos adversos na saúde e, que cerca de 70% destes erros acontecem devido a falhas de comunicação entre os profissionais. De entre os erros, os mais comuns são: falta de precisão, omissão de informação e priorização de atividades (DGS, 2017).

O erro de medicação é definido como um ato previsível que pode resultar em dano para o cliente ou a utilização inadequada do medicamento, muitas vezes associado a procedimentos, prática profissional, comunicação, falhas de prescrição, rotulagem, preparação, administração e utilização (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2014). Por forma a minimizar o risco de erro relacionado à medicação procurei ao longo da minha prática clínica administrar o medicamento correto à pessoa a quem se destinava, através da verificação da prescrição e identificação; dose certa, via certa, hora certa e conhecer e identificar os efeitos secundários da medicação e o prazo de validade.

No serviço de resposta diferenciada, observei a existência do alerta informático referente à medicação LASA, isto é, “Look alike, Sound alike”, que se traduz na medicação com nome ortográfico, fonético e aspetos semelhantes que podem se fazer confundir. Para evitar a troca de medicamentos é utilizado método “tallman” o qual se destaca a negrito e em maiúsculas as sílabas diferentes dos medicamentos com nome semelhante, ou à separação física destes medicamentos quando armazenados, o que acontece no serviço de internamento, já referido.

Uma das dificuldades com que me deparei na minha prática clínica fez-se sentir no internamento de agudos e no internamento de respostas diferenciadas, onde a pessoa com perturbação mental apresenta variadas alterações nomeadamente da senso-perceção e estado

de consciência, às vezes, sedado, e não há uma pulseira de identificação, com dados do utente, nomeadamente o nome completo da pessoa e para evitar o risco de erro, pelo que adotei a prática de perguntar aos colegas e colaboradores de ambos os serviços, e solicitar ao utente a confirmação do seu nome, quando tal era possível, por vezes os outros utentes, quando orientados e organizados também ajudavam neste processo de identificação.

Todos estes aspetos referidos são importantes para o desenvolvimento e implementação da responsabilidade profissional e a procura da excelência do cuidado.

Sabendo de antemão que o enfermeiro é o profissional de saúde que maior interação tem com o cliente e família, desde já através da comunicação, na medida em que lida com as preocupações e os receios, e as questões referentes ao processo de saúde/doença. O EESMP é considerado um dos elementos fundamentais na criação de relação com o outro e o elemento fulcral na relação terapêutica efetiva.

Em todos os serviços onde desenvolvi ensinamentos clínicos observei aspetos referentes à segurança e qualidade dos cuidados: existência de panfletos informativos, protocolos no que diz respeito a procedimentos, elos de ligação (qualidade, infeção, registos de enfermagem, formação) e as suas diferentes funções e responsabilidades e instrumentos de avaliação (Braden, Morse, Ansiedade, Depressão, Risco de suicídio).

Ainda no que confere a este domínio e referente ao ambiente terapêutico, tive em atenção este aspeto crucial, em todas as consultas, na medida em que abri a porta, convidei o cliente a se sentar, cumprimentei com aperto de mão, tratei cliente pelo nome e por "você", proporcionei um *setting* confortável, com temperatura e luminosidade agradáveis e adequadas, evitei tanto quanto possível os ruídos, diminuí as barreiras existentes e mantive contacto visual durante a entrevista.

Na procura contínua da melhoria dos cuidados prestados e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro, desenvolvi uma estrutura e um planeamento prévio, validado antecipadamente, de todas as atividades que pude desenvolver, procurando atingir os melhores resultados. Para tal, recorri ao empenho, motivação pessoal e pesquisa da melhor evidência científica para fundamentação das intervenções. De realçar a importância do juízo crítico, das reflexões realizadas, quer pessoalmente com a enfermeira tutora, quer as realizadas quinzenalmente enviadas para reflexão posterior junto da professora orientadora.

Como já foi referido prestei cuidados e desenvolvi intervenções de enfermagem não só ao cliente, mas também à família e grupo. Pude intervir junto de familiares, como sendo a família em contexto de comunidade, internamento e não tão presente no estágio de opção. De referir o papel interventivo que pude ter junto da família da pessoa a quem desenvolvi o

estudo de caso na comunidade, mãe de um jovem adulto em situação de abstinência de consumo de substâncias, e em contexto de internamento, a irmã da pessoa alvo da implementação do estudo de caso, um jovem adulto com consumo de substâncias psicoativas. No estágio de opção devido à dinâmica do serviço, não me foi possível o contacto tão próximo com familiares, sendo que o contacto mais próximo com familiar do estudo de caso foi via telefónica, com a irmã do cliente. Em toda a minha prática clínica procurei estabelecer uma relação terapêutica, de confiança e de proximidade com as famílias.

### **3.3. Domínio da gestão dos cuidados**

No domínio da gestão dos cuidados as competências inerentes dizem respeito a: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A OE (2019), considera que o Enfermeiro Especialista é a pessoa que realiza a gestão dos cuidados, de forma a otimizar a resposta de Enfermagem, através da supervisão e da adequação de recursos por forma a assegurar a segurança e qualidade dos mesmos.

De acordo com o Regulamento nº 76/2018 o conceito de gestão de enfermeiros determina a obtenção de resultados satisfatórios e ganhos em saúde. Ainda segundo o American Academy of Ambulatory Care Nursing (2016), o exercício de gestão de cuidados implica uma adequada alocação e distribuição de recursos humanos e de recursos materiais.

Nesta perspetiva durante a minha jornada académica procurei analisar o papel dos enfermeiros gestores especialistas e também de observar e participar na definição de prioridades na gestão dos cuidados aos clientes. Pude desenvolver um plano estruturado para a definição e gestão dos diferentes cuidados de enfermagem em saúde mental nos diferentes contextos. No contexto de centro de saúde pude observar que a gestão dos cuidados de enfermagem foi realizada consoante a agenda própria e por meio de marcação de horários de consulta com a enfermeira especialista, e onde a gestão de tempo das consultas é feita de acordo com as necessidades identificadas, adaptando os recursos, nomeadamente a necessidade de referenciação para outros serviços e recursos, mas também a gestão de frequência das consultas consoante as necessidades. Nos outros campos de estágio, serviço destinado a tratamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências e internamento de agudos numa instituição destinada a tratamento de pessoas com doença mental a gestão do cuidado é feita de forma diferente. Há necessidade de adaptar dia-a-dia. Baseada numa avaliação diária e contínua é feita a gestão e priorização de cuidados, assim

como, o cliente que no momento da avaliação beneficie mais do cuidado a ser prestado e de outras ferramentas e/ou estratégias para lidar com o seu problema de doença. Poder-se-á afirmar que estes últimos serviços são algo mais inconstantes, marcado por situações inesperadas que interferem na gestão e adequação dos cuidados.

Habitualmente no serviço de internamento de agudos são alocados 2 enfermeiros no turno da manhã e no turno da tarde, e à noite apenas 1 enfermeiro. O enfermeiro chefe faz uma distribuição de tarefas para o dia e os diferentes turnos, fica um enfermeiro no turno da manhã destacado para a dinâmica implementada intitulada “reunião dos bons dias”, consoante a distribuição dos psiquiatras há também uma distribuição de enfermeiro para colaborar nas consultas médicas. No serviço de resposta diferenciada, no serviço para tratamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, são alocados 2 enfermeiros no turno da manhã, e nos restantes turnos 1 enfermeiro. A enfermeira chefe faz uma distribuição de tarefas no plano, sendo que fica um enfermeiro destacado para as admissões e altas e outro para cooperar nas consultas médicas. Embora este plano de distribuição seja facilmente variável de acordo com a necessidade do serviço.

Em todos os serviços pude colaborar na organização de material e medicação. Pude observar o papel do enfermeiro chefe nas solicitações de material e de medicação para o serviço, por exemplo e todos os trâmites envolventes, no serviço de tratamento a pessoas com comportamentos aditivos e dependências acompanhei a enfermeira chefe nos pedidos e na organização dos materiais e medicação, nomeadamente no pedido de Metadona e a sua preparação bem como acondicionamento. A medicação estupefaciente como em todos os serviços encontra-se armazenada de forma segura, em cofre, fechado, e apenas quem possui a chave da mesma é o colega responsável de turno. No serviço destinado a tratamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências a medicação (Metadona) está arrumada num espaço fechado, ao qual só se pode aceder com código de porta, apenas os enfermeiros do serviço e enfermeira chefe o sabem.

Tal como a gestão dos cuidados prestados também pude verificar a gestão que é feita pelos enfermeiros gestores, com formação avançada na área de gestão, acerca dos recursos humanos e materiais. Foi-me possível compreender a distribuição dos diferentes elementos da equipa pelos diferentes postos de trabalho, com as diferentes responsabilidades acrescidas e em consonância com as competências específicas adquiridas de cada um. A gestão pela equipa também se verifica no sentido da manutenção da mesma e do máximo esforço por todos para manter as condições mínimas necessárias à prática de cuidados seguros e de qualidade. Segundo o Regulamento nº 743/2019, a Norma para Cálculo de

Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, define um rácio apropriado de acordo com as competências profissionais, arquitetura da instituição, descentralização de serviços, a formação e investigação.

Mantive sempre em atenção os recursos da comunidade existentes para puder referenciar da forma mais adequada possível, adaptar a gestão de tempo em diferentes consultas, por exemplo estar planeado uma consulta para 30min e atrasar, porque para o cliente era necessário mais tempo, dada a situação vivenciada e há que gerir com a consulta seguinte. É necessário que o enfermeiro tenha uma visão holística, estando atento às diferentes necessidades do cliente, quer a nível físico, emocional, familiar, espiritual, social. Pude referenciar o cliente para outros elementos da equipa multidisciplinar mais competentes para intervir, mediante as necessidades expressas pelo cliente, por exemplo: serviço de nutrição. Encaminhar mediante a avaliação da situação, por exemplo, como aconteceu perante uma situação de conflito de interesses- a enfermeira especialista tutora era responsável por acompanhar um elemento da família- mãe- e motivo do seguimento relacionava-se com conflitos familiares e portanto, a filha da mesma pessoa pediu ajuda, mas sendo do mesmo agregado familiar, teve de ser encaminhada para outro enfermeiro especialista em ESMP. A intervenção que não foi possível realizar neste contexto clínico, na área da gestão de cuidados, dos recursos e face ao contexto e situação, foi a realização de uma visita domiciliária, devido á falta de disponibilidade do carro do serviço. Num dos dias já havia sido combinado antecipadamente com a enfermeira chefe do serviço e com o enfermeiro generalista que iria realizar visita domiciliária, a nossa visita domiciliária, contudo na véspera recebemos a chamada telefónica do familiar da pessoa com doença mental que iríamos intervir que tinha sido hospitalizada por quadro de agudização da parte respiratória. Tentamos ainda agendar uma primeira visita domiciliária a uma adolescente com consumo de substâncias psicoativas, a pedido da mãe uma vez que a adolescente não comparecia às consultas no centro de saúde, porém, a adolescente fugia de casa várias vezes e não foi possível agendar a visita domiciliária. Contudo, pude desenvolver uma formação em serviço, com o intuito de fomentar um ambiente positivo e favorável à prática, e que servisse como estratégia de motivação da equipa para um melhor desempenho, após avaliação das necessidades da equipa.

Posso assim, afirmar que desenvolvi algumas competências no domínio da gestão, que se efetivou através das atividades que planeei e desenvolvi nos diferentes ensinamentos clínicos, face ao número de horas preconizadas para estágio, à gestão da população alvo, gestão de tempo entre trabalho/estágio, os problemas identificados e os resultados e ganhos

pretendidos, discussão de casos clínicos e tomada de decisão em equipa multidisciplinar. A resolução de problemas em consulta foi sempre na base da parceria com o cliente, baseada na melhor evidência e conhecimento, bem como experiências partilhadas e transpostas para o contexto da consulta pela enfermeira orientadora. A tomada de decisão é discutida e refletida em equipa, neste caso concreto, entre mim, o utente e a enfermeira tutora. No caso de se tratar de casos mais complexos ou com fraca resposta de adesão ao tratamento, era combinada uma reunião e discutida em equipa multidisciplinar.

### **3.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No que concerne às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais temos as seguintes: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

É uma das responsabilidades do Enfermeiro Especialista demonstrar capacidade de autoconhecimento, assertividade, tomada de decisão e elemento facilitador da aprendizagem (OE, 2019).

Por forma a desenvolver uma prática de qualidade de cuidados e consequente melhoria contínua de cuidados é dever do enfermeiro “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a permanente formação e aprofundada nas ciências humanas” (Código Deontológico Lei nº156/2015, artigo 109º).

A formação contínua faz parte do percurso de um profissional responsável, já defendida a nível internacional pelas associações de referência e deve constituir um dever. Pretende-se assim reduzir as lacunas deixadas pela formação académica e pela constante necessidade de obter novos conhecimentos, como resposta à prática de cuidados de enfermagem específicos (Queirós & Fernandes, 2021).

A pesquisa constante e revisão de conhecimentos aprendidos permite ao enfermeiro basear a sua prática segundo evidência, sendo competência do enfermeiro especialista mobilizar os conhecimentos e habilidades com o objetivo da melhoria contínua.

A realização deste curso de Mestrado prende-se com a necessidade de manter os conhecimentos atualizados e atuar segundo as melhoras práticas no sentido de oferecer os melhores cuidados e obter melhores resultados. Além de ser uma área de interesse pessoal e contando com alguma experiência profissional, este curso tornou-se deveras fundamental para aprofundar os meus conhecimentos e adquirir novas ferramentas para intervir.

Além destes aspetos também o Mestrado permitiu o autoconhecimento, no sentido de conhecer o “eu pessoal”, e conhecer as minhas limitações, os meus medos, gerir as emoções em situações de conflito e de crise, e melhorar a relação terapêutica com a pessoa e família. Neste sentido procurei oportunidades para desenvolver as minhas capacidades e reconhecer as minhas limitações. Para tal demonstrei uma atitude proativa e de interesse. No que concerne ao desenvolvimento do autoconhecimento foi importante a realização das reflexões quinzenais, onde pude refletir sobre a minha prática e suscitar interesse para a pesquisa de outros temas.

Neste sentido desenvolvi competências neste domínio no sentido em que procurei conhecer a melhor evidência científica, leitura e pesquisa de artigos e documentos, relacionados com o tema. Procurei em diferentes bases de dados como EBSCO, RCAAP, Scielo, PubMed, baseando-me em artigos científicos publicados e revistas fidedignas.

A realização do planeamento de consultas, do projeto de autoformação e dos processos fundamentados foram importantes para o desenvolvimento de competências, através da reflexão crítica e da análise e experiências vivenciadas. Relativamente ao projeto de autoformação, este foi fundamental, porque se refere a uma área de interesse pessoal e profissional pelos cuidados especializados à pessoa adulta com consumo de abuso de substâncias psicoativas, e que incluiu, pesquisa, definição de objetivos, desenvolvimento de competências na vertente das intervenções psicoterapêuticas, planeamento de cuidados, definição de estratégias e posterior avaliação da intervenção.

Os processos de enfermagem foram elaborados em todos os estágios clínicos, na qual elaborei os diagnósticos de enfermagem, defini as intervenções personalizadas e avaliei os resultados obtidos. Todos os processos elaborados foram apresentados e discutidos em sala de aula, com a docente orientadora e os colegas fomentando a partilha de experiências e discussão de ideias. Além da discussão pertinente entre enfermeiros generalistas e não generalistas em contexto comunitário, após ter desenvolvido e apresentado o tema “gestão de conflitos”, que foi um tema sugerido, atendendo às necessidades da equipa de enfermagem do serviço.

Ao longo do percurso formativo, por forma a aprofundar os meus conhecimentos frequentei diversas formações em que participei presencial ou on-line, inerentes à área da saúde mental, como Digital Health Summit, V Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental promovido pelo Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas (CENAT) e também variados seminários organizados pela mesma entidade, nomeadamente “discutindo o comportamento suicida e autolesão”. Também participei nas

Jornadas alusivas ao dia mundial da Saúde Mental organizados pela CSSJD em 2023 e 2024. Este ano particularmente importante, porque assisti à I Convenção comportamentos aditivos e dependências das Regiões do Atlântico. Participei nos Workshop's organizados pela ESESJC, por exemplo, Cluny Autumn school 2023, onde participei nos temas “gestão de referências bibliográficas”, “Pesquisa em bases de dados” e “elaboração de resumos, posters e comunicações livres” e ainda o Webinar intitulado “Intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica”.

Procurei neste sentido transmitir à equipa novos conhecimentos e normas, alertando para as mais recentes *guidelines*, por forma a fomentar uma prática clínica de qualidade.

Para tal, torna-se imprescindível o conhecimento de si próprio para o posterior desenvolvimento das situações experienciadas. Numa perspetiva de continuidade os meus saberes adquiridos nesta fase do processo académico são agora mais sólidos e precisos, que se evidenciam na melhoria da prática de cuidados especializados. Com certeza, demonstrei empenho e dedicação em todo este percurso, com os diversos profissionais de saúde, que contribuíram para a minha melhoria progressiva no processo de aquisição de competências comuns de especialista.

#### **4. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

Tal como preconizado pelo colégio de especialidade em termos de boas práticas, o EESMP é a pessoa dotada de competências específicas para intervir junto da pessoa, família e/ou grupo visando diminuir de forma significativa o seu sofrimento da pessoa e ajudar a lidar com perturbações do foro mental e/ou processos de transição mal adaptativos. Pretende-se, portanto, promover a saúde mental, prevenir problemas do foro mental, diagnosticar e intervir mediante as respostas malsucedidas ou mal adaptativas, que provoquem sofrimento, alteração ou perturbação mental (OE, 2017).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, plasmadas no Regulamento nº 515/2018 são:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta 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.

A abordagem holística é suportada pela relação estabelecida com o outro, baseadas nas necessidades identificadas e capacidades/potencialidades dos clientes, família e grupos. Neste sentido, favorece-se a relação de confiança e a parceria entre ambas as partes intervenientes, através da utilização de ferramentas específicas e a mobilização de si, EESMP, enquanto instrumento terapêutico, visando aumentar o *insight* e descobrir novas formas de resolução de problemas (OE, Colégio da Especialidade ESMP, 2017).

De acordo com a pronúncia da mesa do Colégio da Especialidade de ESMP (2023), sobre a clarificação de conceitos entre as intervenções psicoterapêuticas e psicoterapia, as intervenções psicoterapêuticas são uma das especificidades desta especialidade, permitindo apenas e só a este profissional de saúde ferramentas para avaliar e desenvolver um juízo crítico mediante a situação. Reforça que as intervenções psicoterapêuticas baseiam-se nos princípios e pressupostos do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, que visa dar resposta aos diagnósticos de enfermagem descritos em linguagem reconhecida internacionalmente. O EESMP promove a relação de confiança e de parceria, capacita o cliente através do aumento do *insight*, facilitando assim a promoção da saúde mental, prevenção de doença mental, no tratamento e no processo de reabilitação psicossocial. Para tal é dotado de um conjunto de competências específicas, mobilizadas no seu contexto prático, através de um conjunto de saberes e de conhecimentos científicos, técnicos, relacionais e humanos.

Além das intervenções psicoterapêuticas são referidas nas competências específicas as intervenções sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. De acordo com a orientação do Colégio da Especialidade, nº 47/2023, distinguem-se os conceitos mencionados, referindo que a intervenção sócio terapêutica assenta na compreensão da pessoa enquanto alguém inserido num determinado grupo/sociedade/comunidade, estabelecendo uma interação, onde o foco é o grupo e não a pessoa de forma isolada. Avalia neste sentido as relações interpessoais e pressupõe uma intervenção enquanto grupo. A intervenção psicoeducacional engloba a transmissão de conhecimento à pessoa, família e/ou grupo, com o objetivo de melhor compreender a perturbação mental, as possíveis estratégias para lidar com o problema e o tratamento a ser implementado, assim como os possíveis efeitos e consequências. A intervenção psicossocial, por sua vez trata-se de um conjunto de estratégias que visam a modificação de fatores biológicos, comportamentais, emocionais, cognitivos ambientais ou sociais no âmbito do processo de reabilitação da pessoa, família e/ou grupos.

Sequeira & Sampaio (2020) revogam as ideias afirmando que a intervenção psicoterapêutica implica a aplicação informada e intencional de técnicas de psicoterapia, no sentido de provocar alteração, de forma positiva, aos comportamentos, emoções, cognições e/ou outras características pessoais. A OE (2023), define a intervenção psicoterapêutica como resultado de uma parceria (EESMP-pessoa), onde se cria uma relação de ajuda e de confiança, e, conseqüentemente crescimento e desenvolvimentos de ambos os intervenientes, fomentando a resolução de problemas identificados.

A intervenção psicoeducacional integra uma componente educativa que visa influenciar atitudes e comportamentos de saúde. Podemos referir que a psicoeducação tem como objetivo dotar as pessoas de conhecimento, informação, instruindo-as de experiências de aprendizagens, de modo a facilitar a adaptação voluntária da pessoa, família, grupos ou comunidades (Sequeira & Sampaio, 2020). Conforme o Regulamento nº 515/2018 as intervenções psicoeducacionais definem-se como intervenções de enfermagem que envolvem intervenções sistemáticas, didáticas e psicoterapêuticas, auxiliando o entendimento e a gestão responsável da saúde mental e das perturbações e doenças mentais, por parte da pessoa doente e suas famílias.

As intervenções psicossociais implicam processos de interação entre a pessoa e o ambiente com vista à mudança da realidade, e, portanto, são intervenções estruturadas de forma individual, em grupos ou comunidades que tem como objetivo a inserção da pessoa com perturbação ou doença mental no seu ambiente familiar, social e profissional, sendo o EESMP o elemento de suporte e aquele que promove a reabilitação das mesmas. Visa a obtenção da máxima autonomia e funcionalidade, mediante os diferentes papéis que assume na sociedade, prevenindo a incapacidade, através de mudanças ambientais e adaptação do contexto (Regulamento nº 515/2018).

Deste modo, devido ao progresso das diferentes vertentes do saber, é esperado do EESMP desenvolver uma prática clínica baseada na melhor evidência científica, orientada para os melhores resultados de cuidados de enfermagem.

Seguidamente, evidencio o modo como adquiri e desenvolvi cada competência específica acima mencionadas, fazendo uso da descrição, análise e reflexão das experiências vivenciadas durante os diferentes campos de estágio, recorrendo à evidência científica como forma de sustentar a minha prática.

A prática clínica em contexto de comunidade, em respostas diferenciadas, em um serviço de tratamento direcionado para os comportamentos aditivos e dependências, e em internamento de agudos permitiu-me adquirir e desenvolver as competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente o autoconhecimento, bem como refletir sobre as mesmas e, a forma como poderia melhorar ou implementar outra(s) estratégia(s) para o desenvolvimento das mesmas.

#### **4.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional**

No que diz respeito à alínea a) – das competências, posso aferir que desenvolvi competências de autoconhecimento e de autoconsciência de mim mesma pelas intervenções que planeei e implementei bem como através de ferramentas individuais, tais como: a reflexão, reconhecer os meus sentimentos e as emoções, observar, identificar e avaliar. Referente a esta competência fui capaz de identificar as minhas emoções, sentimentos e valores e limitações pessoais perante as situações complexas vivenciadas nos diferentes contextos, bem como gerir o impacto em mim, enquanto pessoa. Deste modo pude identificar fenómenos de transferência e contratransferência. O conceito de transferência trata-se de um fenómeno que surge das relações interpessoais e refere-se à situação que acontece quando o cliente redireciona os seus sentimentos, atitudes e emoções para o profissional de saúde, neste caso específico para o EESMP (Bezerra, 2024). Normalmente utilizado para reconhecer as reações do utente ao profissional. É importante que o EESMP se mantenha atento às reações negativas/positivas que o utente lhe remete, por forma a controlar o processo, e dar espaço para a compreensão e que sejam abertamente trabalhadas as relações passadas e atuais do utente (OE, 2023). Por exemplo, quando estamos perante um problema já identificado e procuramos a melhor resposta para a pessoa e ela questiona “se fosse consigo o que faria”? ou então “já passou alguma vez por esta situação?”. Por outro lado, a contratransferência é o oposto, isto é, acontece quando o profissional de saúde redireciona os sentimentos, atitudes e emoções para a pessoa (Bezerra, 2024). Portanto, pode o fenómeno de contratransferência condicionar o efeito no outro. O fenómeno de contratransferência é comum de ser utilizado face às respostas cognitivo-afetivas do profissional para o utente. Manifesta-se pela influência do utente nos sentimentos do profissional, em consequência de assuntos não ou mal resolvidos por parte do profissional. A discussão de caso com colegas mais experientes pode ser útil na medida em que poderá ser uma janela para exploração de relações interpessoais do utente (OE, 2023). Na linha do exemplo anterior, a contratransferência aconteceria se o EESMP utilizasse as suas vivências pessoais como um exemplo de solução ao problema identificado, isto é, “se fosse eu resolveria desta forma”.

Isto implica ainda a gestão de reações corporais, respostas emocionais e comportamentais manifestas no sentido de favorecer a relação terapêutica, e permitir/impôr limites na relação profissional para manter o objetivo terapêutico. As ferramentas individuais

utilizadas passam pelo desenvolvimento, implementação e participação em eventos específicos da área de saúde mental. Neste caso tive a oportunidade de participar no evento realizado em novembro de 2023- “Digital Health Summit 2023”, inúmeras formações online organizadas e realizadas pelo CENAT, nomeadamente o “I Congresso Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental”, que me permitiram desenvolver conhecimento e também alicerçar o autoconhecimento. As Jornadas de Saúde Mental e Psiquiatria desenvolvidas pela CSSJD em 2023 intitulado “Refletir o presente Construir o futuro” e em 2024 intitulado “I Convenção comportamentos aditivos e dependências das regiões do Atlântico”, este ano particularmente onde desenvolveram a temática dos comportamentos aditivos e dependências, que me permitiu conhecer melhor a realidade da nossa região e o trabalho desenvolvido por diversas entidades, bem como conhecer outras realidades de outras Regiões do Atlântico e ainda, aprofundar esta temática e alicerçar com a prática clínica desenvolvida até ao momento. Além da participação ativa em workshops organizados e desenvolvidos presencialmente pela ESESJC, que se tornaram fulcrais no desenvolvimento e concretização do projeto formativo pessoal e profissional, bem como do presente relatório, mais concretamente o evento “Cluny Autumn School 2023” e o Webinar intitulado “Intervenções especializadas em enfermagem, de saúde mental e psiquiátrica” que me permitiram desenvolver ferramentas para a concretização deste relatório e aprofundar e desenvolver as competências especializadas do EESMP contribuindo assim para melhorar e adequar a minha intervenção para uma prática mais segura e de maior qualidade. Outro dos eventos à qual participei foi na Reunião Científica do Grupo de Investigação: Literacia e Saúde Mental Positiva LSM+, promovida pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), onde foram apresentados os diferentes projetos em curso, e que me permitiram alargar a visão acerca desta temática e desenvolver conhecimento e autoconhecimento.

Para além dos eventos divulgados anteriormente, ainda tive a oportunidade de desenvolver e participar em um trabalho de grupo, apresentado em um evento online, XIV Congresso Internacional organizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental (ASPESM) 2023 “Saúde Mental uma prioridade para Todos”, intitulado de “Coerção em Psiquiatria: Revisão Narrativa do Estado da Arte” (Apêndice A), esta metodologia de pesquisa contribuiu para o desenvolvimento e conhecimento da temática, e a responsabilidade na preparação para posterior apresentação online em evento público, contribuindo para o aperfeiçoamento de uma das competências inerentes à comunicação. Para além da realização de uma revisão integrativa, que nos permitiu implementar conhecimentos inerentes à temática e colocados em prática, e desenvolver competências de

pesquisa rigorosa em bases de dados e todo o processo estruturado respetivo à concretização de uma revisão. A nossa questão de pesquisa foi “Qual a perceção dos enfermeiros relativamente à coerção em serviço hospitalar de psiquiatria?” e concluímos que este é um fenómeno que continua a disseminar-se em várias instituições e contextos de internamento, levando muitos profissionais de saúde, mas com particularidade os enfermeiros, a debruçar-se sobre esta problemática e sobre o impacto nos utentes e nos próprios profissionais. De salientar que a coerção retira o poder de tomada de decisão, provoca isolamento, implica administração de terapêutica e uso de força física visando a restrição mecânica.

De realçar que todos os eventos supracitados foram deveras importantes no desenvolvimento de competências e na aquisição de novos conhecimentos para a prática clínica e contribuíram para o enriquecimento do meu processo formativo.

De forma mais pormenorizada, contribuíram para o enriquecimento pessoal enquanto pessoa e profissional, através do desenvolvimento do autoconhecimento, tomando consciência das minhas atitudes, comportamentos, emoções, valores e de outros fatores pessoais que poderiam interferir na relação interpessoal, quer com o utente, família e/ou grupo quer com a equipa multidisciplinar. Deste modo tentei sempre fortalecer a relação de aliança, através do “tomar conta de mim”, tendo em atenção as minhas respostas verbais e físicas, os limites para uma relação terapêutica no sentido de preservar a mesma.

## **4.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental**

Relativamente a esta competência, ao longo dos diferentes ensinamentos tentei sempre realizar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental, através nomeadamente da avaliação do estado mental (AEM), identifiquei fatores promotores e protetores da saúde mental, fatores predisponentes de perturbação mental, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes de acordo com as especificidades de cada serviço, assim como conhecer e avaliar os recursos e respostas disponíveis.

Conforme modelo de Hildegard Peplau, as interações terapêuticas são fundamentais na construção de uma aliança e relação de confiança entre EESMP-utente, e esta relação que se cria é importante para conhecer as necessidades emocionais, cognitivas e psicossociais da pessoa. Em concordância, o EESMP é quem possui o conhecimento mais aprofundado e o desenvolvimento de capacidades para atuar em um maior nível de complexidade dos cuidados a par do conhecimento técnico especializado. O EESMP tem a capacidade de interpretar as dinâmicas relacionais e mais complexas, com uma visão mais abrangente do

contexto e deste modo demonstrar competência e autonomia. Para o EESMP a autonomia é refletida através da sua capacidade de gestão de situações complexas, através do uso da relação terapêutica com base em evidências práticas avançadas.

Portanto, constatamos assim que o EESMP atua de forma distinta do enfermeiro generalista porque implica na sua intervenção uma maior profundidade, em especial, nas situações deveras complexas que exigem do profissional um manuseio avançado, através da combinação de estratégias terapêuticas e intervenções baseadas em evidência.

Torna-se assim fundamental o planeamento da intervenção e a sua fundamentação aquando da aplicação, independentemente das intervenções serem psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e/ou psicoeducacionais, porque a sua combinação quando aplicada de forma personalizada, adaptada às necessidades da pessoa, promove melhoria significativa da sua saúde mental.

Durante a entrevista nas consultas de especialidade, realizei sempre uma avaliação inicial detalhada, isto é, realizei AEM, avaliei determinados aspetos como fatores de risco, de proteção, e rede de suporte existente e disponível, com o intuito de compreender a história de saúde da pessoa e também da família e entender qual o impacto na qualidade de vida e na autonomia da pessoa, visto que o enfermeiro especialista intervém em situações de maior complexidade que exige planeamento, avaliar um conjunto de fatores relacionados com o utente e posteriormente intervir de forma adequada e individualizada. Avaliei e validei recursos existentes e disponíveis, nomeadamente na equipa multidisciplinar, recursos inerentes ao utente enquanto pessoa, à comunidade, como o centro de saúde, casa do povo e também um conjunto de outros recursos da comunidade que de acordo com a situação do utente deve ser validado no sentido da socialização, para uma intervenção personalizada e que vá de encontro às necessidades manifestas da pessoa, família e/ou grupo, no sentido de promover e otimizar a saúde mental. Neste percurso por vezes a minimização de riscos e redução de danos para o próprio e para os outros (família e comunidade) tem que ser a opção. Por exemplo, no serviço de respostas diferenciadas- serviço destinado a tratamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências- aquando da entrevista e avaliação inicial procurei conhecer, compreender e identificar o contexto ambiental, familiar e profissional, para lograr delinear um conjunto de estratégias passíveis de ajuda à pessoa e família para gestão e resolução dos problemas identificados. Numa das situações identifiquei um problema de contexto familiar que inquietava o cliente e era um gatilho identificado por ele para o consumo de substâncias. O doente (consumidor de substâncias) tinha um relacionamento e vivia em casa da sua mãe, juntamente com a irmã, cunhado e sobrinhos,

no entanto, este ambiente não era acolhedor nem protetor, porque eram relatados episódios de agressividade verbal entre a sua companheira e a sua irmã. Estes conflitos familiares contribuíram para uma má relação no seio familiar, e o doente optou por comprar apartamento com a sua atual companheira, no sentido de melhorar a relação entre os familiares, até porque o mesmo sentia-se incomodado com a situação e se tentava parar a discussão ouvia comentários pouco agradáveis “estás a defender a tua namorada” ou “estás a defender a tua irmã”, mas em tom de voz alto e algo ameaçador. Tal aconteceu. No entanto devido a estes problemas familiares e o facto de não conseguir lidar com os mesmos, a personalidade da companheira, e desde a mudança de habitação não falar com a sua mãe e a sua família, teve recaída. No dia da alta quando contactada a companheira, a mesma recusou recebê-lo em casa, pelo que sugeri a hipótese de regressar temporariamente à casa da mãe, sem a companheira, onde havia um ambiente atualmente menos conflituoso e menos gerador de *stress*. Neste período pós-alta foi negociado com o doente a resolução dos conflitos com a irmã e posteriormente com a sua companheira. Para o cliente foi identificada uma solução para o problema, podendo diminuir o risco de recaída no período pós-alta, até resolução dos conflitos. Neste sentido aplica-se a teoria do *empowerment* que pretende enquanto nossa intervenção dar mais poder ao doente para resolver as situações, mesmo que com apoio, envolve o doente e o ser capaz de tomar determinadas decisões, como tal aconteceu, em determinado tempo. É dar o poder e a capacidade de resolução de problemas e de tomada de decisão.

As atividades em grupo, nomeadamente a técnica de relaxamento muscular progressivo, foi uma atividade desenvolvida em contexto comunitário, internamento de agudos e internamento de respostas diferenciadas com o intuito de promover a saúde mental, prevenir a doença mental ou uma perturbação mental, através da redução dos níveis de stress e ansiedade, sendo esta uma das áreas de competência do EESMP. Na comunidade, a intervenção psicoterapêutica- relaxamento- foi desenvolvida e implementada a familiares de pessoas com comportamento de abuso de substâncias psicoativas, sendo que no centro de saúde, não foi possível agregar um grupo de pessoas com comportamento aditivo ou dependência atual, recente ou passado, uma vez que por vezes não havia adesão às consultas de ESMP. Pelo que a minha alternativa foi manter a temática, mas junto dos familiares, sendo também um grupo-alvo da nossa intervenção enquanto EESMP. O feedback foi bastante positivo e os familiares manifestaram interesse em manter, e esse projeto ficou à responsabilidade da enfermeira especialista que iria tentar organizar a agenda de forma a manter pelo menos 1x mensal. De referir que as famílias foram contactadas via telefónica, a

partir do qual obtive o consentimento, e no dia da atividade entreguei um folheto, como ferramenta de psicoeducação, com informações acerca do relaxamento, o conceito, tipos de relaxamento, benefícios e outras formas de realizar relaxamento. Também desenvolvi um poster e apliquei na sala onde foi realizada a atividade.

Em contexto de internamento de agudos e de respostas diferenciadas foi implementado ou efetuado sessão de relaxamento a grupos, entre 6-8 pessoas, inicialmente a pessoas com comportamentos aditivos e dependências com o objetivo de reduzir a sintomatologia apresentada, nomeadamente os níveis de ansiedade e *stress* elevados, o *craving* e, devolver mecanismos de adaptação e de autocontrolo e assertividade em situações de crise. Posteriormente pela adesão e pelo feedback positivos dos utentes, a intervenção psicoterapêutica- relaxamento- foi alargada a pessoas com outras patologias, como sejam, o transtorno da ansiedade e depressão, essencialmente. Em todos os ensinamentos clínicos planeei, e implementei numa fase inicial a técnica da respiração diafragmática, com posterior aplicação do relaxamento muscular progressivo de Jacobson e para terminar a intervenção o uso da imaginação guiada, recorrendo a imagens positivas. Todas as pessoas com atividade delirante ou alucinatória não participaram, pelo que numa fase inicial, em contexto de internamento de agudos, a pessoa a quem dedicava o meu estudo de caso não participou devido à atividade delirante apresentada.

No decurso das atividades de grupo desenvolvidas no internamento de agudos tive oportunidade de participar e de implementar recorrentemente, permitindo assim um aperfeiçoamento das minhas competências e domínio na implementação das reuniões dos “bons dias”. Estas reuniões decorreram na sala de reuniões do serviço destinado ao tratamento de pessoas com doença/perturbação mental, diariamente, no período da manhã, com os seguintes objetivos: conhecer o grupo, promover e estabelecer a relação interpessoal no sentido de favorecer as partilhas e vivências de cada um, abordar aspetos que fossem motivo de preocupação para os utentes e mencionados pelos mesmos, abordar e desenvolver temáticas e aspetos fulcrais no processo de *recovery* da pessoa, por exemplo, auto-estima, saúde mental, recaída, medicação, impulsividade e competências sociais. Nestas reuniões permite-se trabalhar um conjunto de intervenções psicoterapêuticas em grupo, mas também trabalhar intervenções psicoeducacionais e psicossociais. Relativamente às intervenções psicoterapêuticas, seguem-se: a modificação do comportamento, o aconselhamento, o treino de competências sociais, o controlo de impulsos e treino de assertividade, a comunicação terapêutica, entrevista motivacional. As intervenções psicoeducacionais versaram aspetos como: o regime medicamentoso, os comportamentos aditivos e dependências, a ansiedade,

os sinais de alarme da doença mental. As situações psicossociais eram na sua maioria avaliadas em parceria, por nós através da entrevista e através de relato de familiares e/ou vizinhos e, referenciadas posteriormente para outros técnicos nomeadamente a assistente social. Em reuniões entre a assistente social e EESMP havia partilha de aspetos inerentes e fundamentais para o planeamento e concretização da alta da pessoa, atendendo e intervindo em aspetos como as condições de habitação, a rede de suporte, os recursos financeiros, da comunidade, de si enquanto pessoa, o apoio às atividades instrumentais da vida quotidiana e até mesmo a supervisão e o treino para a administração da terapêutica correta.

No ensino clínico no contexto de internamento de respostas diferenciadas foram variadas atividades de grupo desenvolvidas, umas de âmbito terapêutico e de outras âmbito mais recreativo. Junto da pessoa com consumo de abuso de substâncias foi possível participar em atividades mais informais, que não sendo terapêuticas complementam as intervenções psicoterapêuticas porque envolvem o utente, as interações com os outros utentes contribuem para a socialização e para a implementação das intervenções psicoterapêuticas. Estas atividades são por exemplo: jogar a roleta, às cartas e à bola, que permitiram estabelecer uma relação de maior proximidade e posteriormente uma relação de confiança e facilitando a criação da relação de ajuda. Permitiram-me também conhecer as personalidades de cada utente, o seu funcionamento, o seu comportamento interativo, o seu posicionamento face à gestão das situações, a necessidade de limites, entre outros aspetos, em momentos informais. Além de ter desenvolvido atividades de caráter terapêutico, como sejam as sessões de educação, intituladas “estilos de vida saudáveis” e dinâmicas de grupo com “jogo de palavras”. Nesta última atividade desenvolvia-se usando um conjunto de palavras que eram colocadas numa caixa, por exemplo, “consumos”, “família”, “qualidades”, “receios” e cada pessoa incluído enfermeiros, retiravam uma palavra e emitiam um comentário. Durante a atividade debatíamos os temas e trocávamos ideias e partilhavam experiências vividas. Esta atividade tinha como objetivo principal efeito “quebra-gelo”, pretendia-se assim conhecer o grupo, fomentar as relações interpessoais e favorecer a aliança e parceria entre os profissionais e os utentes, daí os profissionais também terem participado na atividade.

Além das intervenções mencionadas anteriormente, também tive a oportunidade de planear, implementar e avaliar uma formação em serviço direcionada aos colegas da equipa no Centro de Saúde, intitulada “gestão de conflitos”, sendo uma vez mais uma das competências específicas do EESMP. Neste sentido foi realizada formação em serviço com o objetivo de aumentar a literacia dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros,

sobre conflitos e a gestão dos mesmos, para promover um bom ambiente laboral e uma prestação de cuidados de qualidade. O tema escolhido e abordado, como referido acima foi a “gestão de conflitos”, e surgiu na sequência de uma reunião com enfermeira chefe e com os enfermeiros para identificação das suas necessidades, não foi aplicado o questionário de avaliação, mas atendeu-se ao sentir da equipa. Esta intervenção em grupo, formação em serviço, foi desenvolvida com o objetivo de promover a saúde mental no local de trabalho, através da redução dos níveis de *stress* e otimização da gestão de conflitos e consequentemente na qualidade dos cuidados prestados. Esta intervenção também contribuiu para o desenvolvimento da aquisição e desenvolvimento das minhas competências como futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no que concerne esta alínea, uma vez que é competência do EESMP a otimização da saúde mental em grupos.

De acordo com o que foi descrito anteriormente posso aferir que as competências específicas relacionadas com este tópico foram atingidas com sucesso, porque atualmente considero que tenho maior competência para avaliar, aferir as necessidades, planear as intervenções de acordo com o historial e com determinado momento em que vão sendo avaliadas em determinado tempo conforme a evolução da situação e em função das intervenções psicoterapêuticas, e ainda capacidade de gestão de situações complexas potenciando a autonomia dos utentes favorecendo as opções mais ajustadas à pessoa, família e/ou grupo e comunidade.

#### **4.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto**

Outra das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica refere-se a “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”, portanto, neste sentido fui capaz de desenvolver competências nesta área na medida em que identifiquei diagnósticos de enfermagem, atendendo às necessidades expostas, identifiquei os resultados esperados, fiz planeamento e implementei as intervenções psicoterapêuticas quer a nível individual quer a nível de grupo, através do planeamento de acordo com o historial com determinado momento que vão sendo avaliados em determinado tempo conforme evolução da situação e em função das intervenções psicoterapêuticas e, aperfeiçoei a capacidade de trabalho em equipa, para facilitar a

comunicação e na qual as pessoas se sentem mais preparadas para identificar e sinalizar as situações e opções mais ajustadas à pessoa.

Assim, foi possível alicerçar a minha intervenção na concretização do processo de enfermagem, nomeadamente na realização dos diferentes estudos de caso, e também no planeamento, implementação e avaliação das diversas consultas de ESMP que pude desenvolver e participar.

Os diagnósticos elaborados/identificados de enfermagem foram descritos segundo a linguagem CIPE. Ao longo dos ensinamentos clínicos mediante as situações apresentadas, não identifiquei nenhuma emergência psiquiátrica. Realizei registos de enfermagem, de acordo com o modelo ADIR, no Centro de Saúde, e no ATRIUM, sistema informático hospitalar, o que me permite avaliar a evolução clínica do doente, compreender a alteração de comportamento ou outras complicações que poderão ser do foro psiquiátrico ou do foro orgânico, e porque nos dá indicadores acerca dos cuidados de saúde mental, por isso mesmo, tentei que os meus registos de enfermagem “espelhassem” o mais real e claramente possível as diferentes situações vivenciadas por cada utente.

Utilizei instrumentos de avaliação, como ferramentas para avaliar alguns dados, apoiar a tomada de decisão, medir a eficácia das intervenções, refiro de seguida as escalas utilizadas: SOCRATES (Anexo A), Sobrecarga do Cuidador Informal (Anexo B), Escala de Ansiedade de Hamilton (Anexo C), Escala de Zarit (Anexo D), Escala Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo E) e Escala Montreal Cognitive Assessment (MOCA) (Anexo F). A escala SOCRATES é um instrumento de avaliação que serve para avaliar o nível de motivação que a pessoa com problemas de adição se encontra. Esta escala deve ser aplicada pelo próprio e é composta por 17 questões, e em cada questão a pessoa responde entre o número 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda da questão naquele momento e por 3 subescalas: Reconhecimento do problema (6 itens); Ação (7 itens) e Ambivalência (4 itens). A subescala do reconhecimento do problema está relacionada com a capacidade de *insight* da pessoa em relação ao consumo da substância, enquanto a subescala da ambivalência e ação estão relacionadas com a evolução da pessoa. A pontuação obtida em cada subescala é situada em termos de percentis entre 10 (nível muito baixo), 30 (baixo), 50 (médio), 70 (alto) e 90 (nível muito alto) (Ordem dos Psicólogos, 2016) Utilizei esta escala em contexto de centro de saúde a uma pessoa a quem prestei cuidados, e desenvolvi o estudo de caso, a qual se encontrava a vivenciar um processo de reabilitação, pós-alta de internamento em unidade de agudos por quadro alucinatório e delirante + heteroagressividade em contexto de abuso de substâncias psicoativas. A pontuação final

deste instrumento de avaliação nesta escala foi de 70, o que significa que se encontrava muito motivado para o abandono dos consumos de substâncias psicoativas.

A escala de ansiedade de Hamilton, usada a nível internacional, como o nome indica é um instrumento utilizado para medir o nível de ansiedade da pessoa no momento da sua aplicação. Foi das primeiras escalas que utilizei com intuito de avaliar a ansiedade e a sua gravidade, enquanto sintomas somáticos e psíquicos. A escala de ansiedade de Hamilton foi elaborada por Max Hamilton, é composta por 14 itens, e as respostas poderão traduzir-se em: ausente (0), ligeira (1), moderada (2), grave (3) ou muito grave (4). Quanto maior o score maior gravidade de ansiedade.

A escala de Zarit é um instrumento de avaliação utilizado com o objetivo de avaliar a sobrecarga do cuidador informal de idosos. A sobrecarga do cuidador define-se como uma perturbação consequente da dependência a nível físico e incapacidade mental da pessoa alvo do cuidado. Com o intuito de melhor intervir e disponibilizar as respostas mais adequadas e mais ajustadas à pessoa cuidadora, surge o instrumento de avaliação de Zarit que permite identificar quais os fatores que causam a exaustão do cuidador (Ferreira et al., 2010) Este instrumento de avaliação é composto por 22 questões relativamente à autoavaliação do estado mental/emocional do cuidador informal no momento da sua aplicação e as respostas podem ser quantificadas entre 1-5, sendo: 1 (nunca), 2 (quase nunca), 3 (às vezes), 4 (bastantes vezes) e 5 (quase sempre). Quantas mais vezes o cuidador responder no nível 4 e 5 correspondendo a uma pontuação total mais elevada, maior sobrecarga vivenciada. Se a pontuação final for inferior a 47 não apresenta sobrecarga, se for entre 47-55 tem sobrecarga leve e se for superior a 55 sobrecarga elevada (Sequeira, 2007).

Este instrumento de medida foi aplicado neste meu percurso em contexto de centro de saúde a uma cuidadora de irmã, diagnosticada recentemente com demência. Após aplicação da escala, o valor que se obteve foi 50 identificando sobrecarga ligeira. Tal resultado pode estar relacionado à efetiva rede de suporte familiar que a cuidadora apresentava, nomeadamente o marido e os filhos, que apoiavam na realização das tarefas domésticas e também devido ao fato de ainda conciliar a vida laboral. Mesmo após a colaboração de uma outra cuidadora para a irmã, por um período de 3/4h no período da manhã, que assumia a responsabilidade da ocupação e entretenimento, possibilitando o cumprimento das tarefas domésticas e acesso a recursos, instituições comunitárias e bens essenciais. Contudo, sendo este instrumento de medida aplicado e validado para a população idosa, e sendo a pessoa alvo dos cuidados informais, uma jovem com cerca de 60 anos, embora com demência, achei pertinente aplicar outro instrumento de avaliação no sentido

de melhor adaptar as respostas. Neste sentido, apliquei a Sobrecarga do Cuidador Informal, uma escala semelhante em termos de avaliação e cujo resultado foi igual ao apresentado anteriormente.

Perante os resultados obtidos das escalas aplicadas e em consonância com as necessidades e problemas identificados da pessoa e/ou família, após uma avaliação inicial detalhada, planeei e tracei as intervenções de enfermagem especializadas mais ajustadas. Foram intervenções planeadas, realizadas e implementadas segundo a priorização e avaliação contínua do estado mental da pessoa. Por exemplo, no Centro de Saúde tive a oportunidade de conhecer uma pessoa com demência diagnosticada há pouco tempo, em que na fase que a conheci e estabeleci relação estava na fase de adaptação, pelo que pude aplicar a escala MOCA e identifiquei as principais alterações (atenção e memória), a partir dos resultados e na continuidade dos cuidados foi implementada estimulação cognitiva através de exercícios de atenção/concentração e memória.

Foram tidos em atenção os contextos ambientais como fatores de relevo no sucesso e eficácia das intervenções. No desenvolvimento das intervenções psicoterapêuticas tive sempre em atenção o ambiente terapêutico e adequado. Por exemplo, aquando da realização e desenvolvimento do relaxamento proporcionei um ambiente obscurecido, ambiente agradável, com temperatura agradável, em que a pessoa se sentisse confortável e descontraída, ao final da tarde, utilizando tom de voz e música adequados, por forma a criar as condições necessárias no sentido da otimização dos resultados pretendidos.

#### **4.4. Presta 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**

Esta competência descreve “presta 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”, assim no âmbito dos ensinamentos clínicos durante este percurso pude desenvolver várias intervenções psicoterapêuticas.

Estas intervenções psicoterapêuticas foram desenvolvidas de forma individual, maioritariamente em consultas de especialidade, e outras foram desenvolvidas em grupo, mais concretamente na atividade de grupo por mim planeada e desenvolvida.

O relaxamento, como intervenção psicoterapêutica foi transversal aos diferentes campos de estágio como forma de dar resposta e sentido ao projeto pessoal por mim escolhido e desenvolvido neste relatório, mas também para desenvolver e aperfeiçoar uma das intervenções psicoterapêuticas, assim como, contribuir para o bem-estar, satisfação e melhoria dos utentes. As técnicas de relaxamento são utilizadas como terapia alternativa e com sucesso significativo na redução dos níveis de ansiedade, através da promoção de momentos de alívio de tensão muscular. A maior parte dos utentes em contexto de internamento apresentam níveis elevados de ansiedade e quando possuem oportunidade de partilhar as suas vivências e experiências com o EESMP, quando lhes é demonstrada compreensão, empatia e interesse, esses níveis reduzem (Townsend, 2011).

Foram tidos em atenção os contextos ambientais como fatores de relevo no sucesso e eficácia das intervenções. No desenvolvimento das intervenções psicoterapêuticas tive sempre em atenção o ambiente terapêutico e adequado. Por exemplo, aquando da realização e desenvolvimento do relaxamento proporcionei um ambiente escurecido, ambiente agradável, com temperatura agradável, em que a pessoa se sentisse confortável e descontraída, ao final da tarde, utilizando tom de voz adequado e música serena, por forma a criar as condições necessárias no sentido da otimização dos resultados obtidos e pretendidos.

As combinações de vários métodos de relaxamento revelam uma maior eficácia, quanto não tal não seja possível, devido a diferentes circunstâncias ou condicionantes, é recomendada pelo menos o uso de uma (Shah, 2014). O uso da técnica da respiração diafragmática e os exercícios de técnicas imaginárias com recurso à visualização positiva confirmam a efetividade no tratamento de pessoas com problemas relacionados com o abuso de substâncias psicoativas (Rangé & Marlatt, 2008).

Além da intervenção psicoterapêutica anteriormente referida, planeei e implementei outras tais como: modificação do comportamento, treino de assertividade, treino de autocontrolo, reestruturação cognitivo-comportamental e entrevista motivacional com o propósito de alterar o comportamento e a atitude da pessoa com comportamentos aditivos e dependências. Desenvolvi também Mindfulness com o objetivo de reduzir níveis de ansiedade em consulta. A estimulação cognitiva através de exercícios para minimizar e retardar a evolução da doença demencial. O role-playing foi aplicado numa situação de dificuldade de adaptação ao contexto, dinâmica e funcionamento familiar, aqui o enfermeiro que encarnou o papel de um dos elementos da família para trabalhar a situação de assertividade e facilitar a resposta adaptativa.

E inerente a todas as abordagens e intervenções planeadas e implementadas a relação de ajuda, de extrema importância e fulcral para o sucesso de todas as outras intervenções psicoterapêuticas.

Desenvolvi em muitas das consultas planeadas e realizadas por mim intervenções psicoeducativas, uma das temáticas mais frequentemente desenvolvida foi inerente ao regime medicamentoso, onde o meu papel enquanto EESMP nesta área foi promover adesão ao regime terapêutico, cumprir o regime, dar orientações, esclarecer e clarificar aspetos.

Outra das temáticas relacionava-se com a adaptação a situações complexas, como sejam situações de doença/perturbação mental. Os meus objetivos principais foram: dar a conhecer a patologia, as suas manifestações, os efeitos não desejados, facilitar a compreensão e apoiar no processo de adaptação quer do cliente quer da família. Além dos declarados “normais” processos de transição em determinadas fases do ciclo vital, como por exemplo, na adolescência quando emergem as questões em relação ao “eu” e em relação à construção da personalidade e conflitos parentais, podemos ter que lidar com situações de crise. Na fase de transição para a reforma, como exemplo, uma cliente procurou ajuda no centro de saúde por ter apresentado sintomatologia depressiva após o início da reforma, aqui o meu objetivo foi orientar para estratégias de adaptação, como atividade física, atividade lúdicas e de lazer, ter uma ocupação de lazer, e também desenvolver a literacia em saúde mental.

Neste percurso e na mesma linha de pensamento no sentido da reabilitação houve necessidade de referenciar e envolver outras respostas em articulação interinstitucional, por exemplo, o serviço social para apoiar o cliente e família, por défices cognitivos marcados e para permitir o regresso do familiar ao local de trabalho, mas também devido à necessidade de apoio financeiro e/ou de ajuda domiciliária, impulsionando o envolvimento de outros no processo terapêutico. A referenciação para centros de apoio, por exemplo, grupos de autoajuda (tabagismo), centros de reabilitação (alcoologia) e até mesmo centros de dia, foi uma preocupação constante e transversal conforme as necessidades.

De forma sucinta, todas as intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais desenvolvidas ao longo do percurso formativo tiveram como objetivo principal atingir autossatisfação e a máxima autonomia nas atividades de vida, favorecendo o máximo potencial de cada pessoa.

Acredito assim que o caminho percorrido até então me permitiu desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para relatar e comprovar as relações terapêuticas desenvolvidas, as intervenções psicoterapêuticas realizadas ao longo do percurso, as interações com os utentes e famílias optei por fazer uma breve referência ao trabalho desenvolvido e incluir algumas evidências documentais em forma de: planeamentos, resumos, portfólios, reflexões, cronograma, projeto de autoformação e formações, que se encontram exibidos nos apêndices e outros que não estando apresentados devem ser relatados pelo seu efeito e a sua eficácia. Para tal, alguns indicadores foram importantes na avaliação destas mesmas intervenções. Nomeamos assim, os seguintes indicadores: diminuição do *stress*, redução dos níveis de ansiedade, diminuição do *craving*, melhoria do padrão de sono, melhoria do humor, melhoria da qualidade de vida, aumento da literacia em saúde mental e melhoria do autoconhecimento.

Assim sendo, começo por referir-me à intervenção psicoterapêutica- relaxamento a pessoas adultas com comportamento de abuso de substâncias psicoativas- desenvolvida nos diferentes ensinamentos clínicos, mas de realçar aquele que foi planeado, implementado e reavaliado em contexto de centro de saúde, pelo material produzido como: folheto informativo sobre a temática da atividade (Apêndice B) com o objetivo de aumentar a literacia nesta temática e fornecer uma ferramenta de consulta rápida e acessível para facilitar a realização individual desta atividade, o qual foi entregue às famílias participantes da atividade. Elaborei também um “poster” (Apêndice C) para divulgação da atividade que afixei em locais estratégicos e próprios para o efeito e na porta do espaço onde se iria realizar a sessão. Para o sucesso da intervenção procedi ao planeamento alicerçado em aspetos importantes, e elaborei um guia orientador (Apêndice D). Ainda no contexto comunitário planeei, realizei e avaliei, uma formação em serviço com o objetivo de aumentar a literacia em saúde mental e melhorar o ambiente laboral, através da otimização das relações interpessoais e melhoria na comunicação interpessoal. A formação abordou a temática: “gestão de conflitos” (Apêndice E), procedi também à sua divulgação recorrendo à elaboração de um documento informativo, contendo: tema, data, hora e local da formação, que foi colocado no local a que os enfermeiros acedem diariamente junto à folha de assiduidade (Apêndice F).

Desenvolvi diversos planeamentos de consultas de ESMP, elaborados tendo em conta a situação apresentada pela pessoa a quem se destinava (conforme registos anteriores e relatos da EESMP) e os objetivos da consulta que iria implementar, que contemplavam diversas áreas da vida da pessoa, tais como: avaliação do estado mental, história clínica, antecedentes pessoais e familiares, rede de suporte, fatores de risco e proteção, história psiquiátrica e diversas áreas de intervenção de enfermagem.

Foi elaborado também um portfólio do percurso efetuado, o qual pretendeu congregiar todo o trabalho desenvolvido para a aquisição e desenvolvimento de competências no contexto da comunidade (Apêndice G). Todo este trabalho desenvolvido foi organizado de forma estruturada no início do ensino clínico através da realização de um cronograma, que foi apresentado à docente orientadora e à enfermeira chefe e tutora (Apêndice H).

No ensino clínico II- contexto de internamento de agudos desenvolvi conversações, em documento próprio da ESESJC, entre mim e a pessoa alvo de cuidados e de estudo. Estas conversações são transcritas para o papel e tem como objetivos relatar a conversação existente e a intervenção escolhida no momento, visando a melhor intervenção de acordo com as necessidades identificadas, e no mesmo documento pretende-se no quadro de “observações” discutir, partilhar e fundamentar as nossas intervenções, bem como, os comportamentos, atitudes e emoções manifestas no sentido de refletir sobre a prática visando aumento da qualidade dos cuidados. Um dos principais objetivos destas conversações é refletir sobre a nossa intervenção, aumentar o autoconhecimento e melhorar posteriormente a nossa intervenção enquanto EESMP.

No ensino clínico referente ao contexto de respostas diferenciadas desenvolvi inicialmente um cronograma por forma a organizar o meu percurso, planear e programar os diferentes serviços que pretendia desenvolver competências e os tempos previstos e, traçar os principais objetivos pessoais para a concretização do mesmo (Apêndice I). Desenvolvi uma sessão de psicoeducação com a temática “estilos de vida saudáveis” (Apêndice J), às pessoas com problemas relacionados com comportamentos aditivos e dependências, no período de internamento. Este tema foi desenvolvido após avaliação do grupo, sendo este um grupo que necessitava de reforço do autocuidado e, pretendíamos com esta intervenção discutir e partilhar aspetos básicos e inerentes à vida diária, e abordar o tema dos consumos, promover a partilha de testemunhos de ideias, sem que os utentes se sentissem intimidados a abordar o tema. A atividade possibilitou conhecer melhor o grupo, fortalecer relações interpessoais e trabalhar simultaneamente competências sociais.

Esta foi a área de eleição para o nosso projeto de autoformação, o qual exigiu um grande investimento, para o qual defini objetivos pessoais e estratégias a adotar na sua concretização, e ajudou-me a direcionar e organizar o pensamento para o presente relatório (Apêndice K). No desenvolvimento deste projeto de autoformação uma das competências mais investidas foi o autoconhecimento, as intervenções psicoterapêuticas e a intervenção na pessoa e grupo com comportamentos aditivos. Ao longo do percurso fui afirmando cada vez mais a certeza de que esta era a área de eleição a investir e desenvolver- à pessoa com

comportamento de abuso de substâncias psicoativas. Considero que este fator foi fulcral para o sucesso do projeto, assim como, o percurso efetuado, com integração em diferentes serviços relacionados com o tema.

Transversal a todos os ensinamentos clínicos, é de salientar para o processo de autoconhecimento as reflexões realizadas e desenvolvidas, bem como os diferentes estudos de caso, que além do processo individual de conhecimento me impeliram a pesquisar, conhecer e desenvolver áreas de intervenção psicoterapêutica, psicossociais, psicoeducacionais, direcionando para intervenções diferentes conforme os casos clínicos, atendendo à pessoa e suas especificidades (avaliação do estado mental, à história clínica, antecedentes e todos os fatores internos e externos envolventes, nomeadamente o contexto atual onde está integrado).

Para que a intervenção especializada vise a excelência, é imperativo que o enfermeiro se muna de instrumentos que lhe permitam precisão na avaliação, pelo que, apresentamos em anexo, os diferentes instrumentos de avaliação utilizados ao longo deste percurso (Anexos) bem como ferramentas importantes à aquisição e desenvolvimento das competências e do presente relatório.

## 5. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O grau de mestre será atribuído a quem adquirir as seguintes competências: saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização; capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades e competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo, de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, emitido no dia 16 de agosto, e segundo o artigo 15 do referido documento.

Deste modo, subjacente ao grau de Mestre emergem os domínios do saber-saber, saber-fazer, saber-ser e saber-estar. O saber-estar deveras fundamental na área da saúde mental e psiquiátrica em especial, manifestado pelas atitudes e comportamentos, que são preconizados que o enfermeiro especialista e mestre desenvolva, por forma a facilitar as relações interpessoais, entre pares e potenciar a relação terapêutica, com o alvo dos cuidados de enfermagem, seja ele pessoa, família, grupo e/ou comunidade.

Além das competências referidas anteriormente, faz parte o desenvolvimento na área de investigação. É exigido na área da investigação que o enfermeiro especialista e Mestre detenha capacidade de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios inerentes a um determinado assunto, de forma clara e perceptível. O desenvolvimento na área da investigação é um fator facilitador na resolução de problemas complexos e de novas situações. Sendo, a investigação a base sustentada para uma prática baseada na evidência científica, crucial para a qualidade dos cuidados prestados e também para uma tomada de decisão consciente.

De entre os variados trabalhos desenvolvidos e implementados ao longo deste percurso e em cada unidade curricular foram desenvolvidas diversas estratégias para a construção das competências, nomeadamente as competências de Mestre.

Referente à competência de Mestre abordada na primeira alínea acerca de **“saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de**

**problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”,** foi desenvolvida através do planeamento, implementação e avaliação de consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, da referenciação para outros recursos, realização de reflexões diárias com o enfermeiro orientador e quinzenais em suporte informático com integração e articulação de teoria partilhadas com a docente orientadora, e com feedback.

A **“capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”** é mais uma competência a desenvolver pelo Mestre. Esta competência implica o uso de conhecimento e evidência científica na abordagem terapêutica do cliente, através da avaliação do estado mental, da pesquisa e da análise, fundamentando os processos de enfermagem, as intervenções de enfermagem nas consultas de especialidade, mas também pelo planeamento de consultas, e do processo crítico-reflexivo.

Para a seguinte competência de Mestre: **“ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”,** entretanto adquirida pelo desenvolvimento de reflexões diárias com o enfermeiro orientador, discussão das situações clínicas, discussão de casos clínicos com profissionais de saúde integrantes da equipa multidisciplinar como, por exemplo, assistente social, nutricionista ou psicóloga, dependendo das necessidades e prioridades na gestão de casos. Ainda pela realização de formação em serviço à equipa, destinada a enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas, após identificação das necessidades.

A mestria **“competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”** desenvolve-se pelo conjunto de habilidades adquiridas que facilitam o processo de aprendizagem, como seja, a maturidade, o desenvolvimento do autoconhecimento, nomeadamente o reconhecimento, compreensão e interpretação dos medos, das limitações, dos receios, mas também as potencialidades, como sejam, a empatia e o gosto e interesse pessoal pela área da saúde mental e ainda a experiência profissional adquirida em 8 anos como enfermeira em uma casa de saúde destinada ao tratamento da pessoa com patologia psiquiátrica da Região.

Inerente à unidade curricular, Estágio com Relatório, foi proposto a elaboração de um projeto de autoformação, para tal a minha área de interesse foi direcionada aos cuidados

especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente o relaxamento como intervenção psicoterapêutica na pessoa adulta com comportamento de abuso de substâncias psicoativas. Este tema por mim escolhido foi baseado uma vez mais na área de interesse pessoal e necessidade/curiosidade em desenvolver novos conhecimentos na área dos comportamentos aditivos, tendo sido até então, durante o meu percurso profissional uma área que não tive oportunidade de desenvolver e aprofundar, mas que sempre me despertou curiosidade. Futuramente, esta área é uma das opções a investir e debruçar-me enquanto Enfermeira Especialista na área de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Assim, tive a oportunidade de acompanhar a pessoa adulta com comportamento de abuso de substâncias psicoativas nos diferentes estádios. Desde o internamento numa instituição destinada ao cuidado de pessoas com perturbação mental na região, em fase aguda da doença, no internamento da instituição pertencente ao SESARAM para o cuidado às pessoas com dependências e consumos aditivos, na qual a pessoa procura o início do tratamento para o problema relacionado com a sua (as) dependência (as). Nestes contextos, tive a oportunidade de observar a intervenção desenvolvida no âmbito do internamento, na consulta externa e do programa de substituição em baixo-limiar, na qual a nossa principal e fundamental intervenção é no sentido da redução de riscos e minimização de danos. E ainda pude acompanhar a pessoa em fase de recuperação, pós-alta, no centro de saúde da área de residência. De referir que para mim foi um processo de aprendizagem deveras gratificante nesta área, porque me permitiu adquirir e desenvolver ferramentas pessoais e profissionais para lidar e intervir em pessoas com a problemática dos consumos e dependências. Senti que é uma área de trabalho persistente, com muitas nuances e que necessita de uma equipa resiliente, com capacidade de improviso e de adaptação além da propensão em lidar com esta população. Nesta linha de pensamento adquiri conhecimentos, capacidade de integração dos conhecimentos na resolução de situações complexas, como se denota na área dos consumos aditivos e das dependências, através da planificação das intervenções propostas, individuais ou de grupo, como por exemplo, as consultas de especialidade, as atividades informais desenvolvidas em grupo e a discussão de processos fundamentados em equipa e com a docente orientadora. Desenvolvi a capacidade de resolução das situações complexas, adaptando-me às condicionantes e circunstâncias que me eram apresentadas, a título de exemplo, aquando de um conflito de grupo (utentes) no internamento houve necessidade de intervir, através da comunicação tentei utilizar técnicas de descalção, desviando o foco de atenção, e ajudando o grupo a refletir acerca da situação, o motivo do conflito, os erros cometidos, como agir em situações futuras. Neste sentido também foi possível desenvolver

a capacidade de comunicação, além da comunicação com os pares, nomeadamente nos momentos da passagem de turno, discussão de casos em equipa multidisciplinar e também com os colegas de curso e com a docente orientadora. De referir ainda, a relevância do desenvolvimento e aperfeiçoamento do autoconhecimento enquanto pessoa e EESMP.

O projeto de autoformação trata-se de uma ferramenta que permite sistematizar e organizar os objetivos que se pretende alcançar, através de um plano de ações e de metas previamente definidas. Como o próprio nome indica, pretende desenvolver o próprio caminho, estimulando a forma de pensar e delineando o trajeto a seguir (Barradas, 2021). Daí que a partir do plano de estudos tive o privilégio de desenvolver um projeto de interesse e preferência pessoal e definir a minha própria metodologia (definir o tema a ser trabalho, quais as bases de dados a utilizar para efetuar a pesquisa acerca do tema escolhido, escolher a intervenção psicoterapêutica a ser implementada ao longo do percurso formativo e contributos desta intervenção na prática) contribuindo assim para a aquisição das competências mencionadas ao longo deste trabalho.

Em cada ensino clínico desenvolvi um processo fundamentado a integração da teoria contribuiu para avaliar de forma integral, o estado mental, história pessoal e familiar dos utentes, analisar focos de atenção, formular diagnósticos de enfermagem e implementar as intervenções especializadas de enfermagem ajustadas, e avaliar posteriormente os resultados. Constatar se os resultados atingidos correspondem aos pretendidos ou não, se o resultado for positivo manter as intervenções implementadas no sentido da manutenção de cuidados, se o resultado não for o desejado, reavaliar no sentido de identificar o que correu menos bem e criar outras estratégias/intervenções que possam favorecer o resultado que se pretende. Esta capacidade de análise e de síntese das situações complexas são competências inerentes ao EESMP e que diferem na avaliação, implementação e reavaliação do enfermeiro de cuidados gerais.

Tais processos facilitaram a consolidação e articulação do conhecimento teórico e das competências específicas na área de saúde mental e psiquiátrica. Esta forma de pensamento foi mantida desde o início do processo formativo, dado que se torna uma mais-valia, na medida em que organiza o pensamento crítico e a forma como os cuidados são prestados ao outro em situações de maior complexidade. Cada processo de enfermagem realizado foi apresentado por mim e discutidos em sala de aula, para os colegas mestrados e para a docente orientadora, como uma das formas de aprendizagem, de reflexão e de adequação da intervenção. Os processos de enfermagem fundamentados foram todos eles sustentados em bibliografia recente, para melhores cuidados prestados e uma maior

qualidade, fomentando a discussão e partilha de conhecimento e a fundamentação das intervenções de enfermagem especializadas implementadas.

Posso aferir que a discussão e partilha dos diferentes processos fundamentados, permitiram-me desenvolver a capacidade de comunicar situações, de discussão, isto é, questionar as situações, avaliar e refletir as intervenções e tomadas de decisão adotadas. Estas competências também facilitam posteriormente a resolução de novas situações e de situações complexas, através do desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, em diferentes contextos, de forma mais segura e eficaz.

As reflexões que foram desenvolvidas seguiram o Ciclo Reflexivo de Gibbs. Este ciclo de aprendizagem baseia-se em 6 estádios diferentes: descrição (do sucedido); sentimentos (que sensações/pensamentos); avaliação (o que correu bem ou mal na experiência); análise (encontrar sentido); conclusão (que mais poderia ter feito); e por fim o planeamento da ação (a repetir-se a situação, como atuar). Todos estes passos permitem a reflexão da situação de forma crítica, facilitando a autoanálise, o autoconhecimento, e a análise da situação e posteriormente melhorar a nossa atuação.

Esta fase do meu projeto académico torna-se um sonho e um momento de grande orgulho. A defesa pública será um momento marcante e fará parte da aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre. Será um marco na minha vida profissional, contudo inacabado. Inacabado no sentido que o processo de autoaprendizagem é um processo contínuo, e exigente pelo quotidiano e, portanto, em constante desenvolvimento.

O quotidiano profissional exige do Enfermeiro Especialista e Mestre uma excelência dos cuidados prestados, e neste sentido sinto que desenvolvi e adquiri competências que me permitem uma prestação de cuidados especializados de excelência e uma aprendizagem ao longo da vida.

Além de que, todos os trabalhos elaborados, o planeamento prévio das consultas, os processos fundamentados, as reflexões críticas e os relatórios e as suas respetivas apresentações, ilustram as estratégias que proporcionaram a aquisição e o desenvolvimento das competências intrínsecas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Mestre.

## **CONCLUSÃO**

Nesta etapa final deste percurso formativo e académico, constato que, a descrição, reflexão e análise crítica das experiências vividas nos diferentes locais de estágio, me permitiram desenvolver e aprofundar conhecimentos relevantes na aquisição das competências comuns de Enfermeiro Especialista, competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e ainda nas competências de Mestre, desenvolvidas ao longo deste percurso. Neste sentido as atividades/intervenções planeadas permitiram a concretização dos objetivos pessoais na certeza da aquisição das competências e o aprofundamento da temática de investimento escolhida, aliados ao esforço, trabalho e dedicação.

De acordo com aquilo a que me propus pude desenvolver as competências nos diferentes campos de ensino clínico, desde o contexto de comunidade, contexto de internamento e de respostas diferenciadas. Os diferentes campos de estágio revelaram-se promotores do meu desenvolvimento profissional, e tornaram-se fundamentais para aplicação de conhecimentos teóricos às situações práticas, partilha de novos conhecimentos e vivência e gestão de diferentes situações complexas.

Para tal, os trabalhos desenvolvidos foram de encontro ao tema principal-intervenção na pessoa com comportamentos aditivos e dependências, mais especificamente, na pessoa adulta com comportamento de abuso de substâncias psicoativas, e procurei formas de enriquecimento pessoal e profissional, através não só do desenvolvimento de pesquisa em bases de dados, reflexões críticas, reflexão sobre ação, atividades planeadas, desenvolvidas reavaliadas, como também, através da procura contínua e participação em formações/eventos realizados, abordando este ou outros temas importantes na área da saúde/doença mental. De referir, que a temática relacionada com os comportamentos aditivos e dependências, se tornou para mim uma área desafiante, desde a necessidade de pesquisa acerca das características da população, as intervenções psicoterapêuticas mais eficazes e ainda o conhecimento e domínio das substâncias psicoativas. A minha maior dificuldade ao longo do trabalho de pesquisa e de análise foi relacionado com a síntese do tema das drogas, sendo que há uma vasta informação acerca das mesmas, e nomeadamente as drogas sintéticas que se encontram em constante evolução, e a uma velocidade rápida. Senti que aprendi muito sobre este assunto em contexto clínico, mais especificamente no internamento de respostas diferenciadas, onde os utentes dominavam este assunto e após

uma aliança terapêutica os utentes sentiam-se à vontade e partilhavam, por exemplo, como adquiriam a (s) substância (s), como manipulavam a mesma, como “tomavam”, que tipo de mistura faziam, e para mim foi além de desafiante uma mais-valia o conhecimento apreendido em contexto informal.

Do ponto de vista formal, como já frisei anteriormente participei em eventos, presenciais como sejam: as Jornadas organizadas pela CSSJD em 2023 e 2024, o evento “Digital Health Summit 2023”, Webinar e Workshop’s desenvolvidos e organizados pela ESESJC. Em formato on-line participei em eventos realizados pelo CENAT, onde foram abordadas as melhores práticas para a prática clínica na área da saúde mental e psiquiátrica, Reunião Científica do Grupo de Investigação: Literacia e Saúde Mental Positiva LSM+ promovida pela ESEP e, a apresentação do trabalho de grupo em evento online promovido pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, XIV Congresso Internacional, intitulado “Saúde Mental uma Prioridade para Todos”, onde apresentamos uma revisão narrativa acerca da coerção em psiquiatria. Todas estas vivências permitiram-me adquirir, aprofundar e aperfeiçoar a minha prática de cuidados especializados e nas diferentes competências.

Relativamente ao estágio de respostas diferenciadas, no sentido da intervenção de enfermagem especializada, este foi para mim um ensino clínico enriquecedor e deveras gratificante, porque tive a oportunidade de aprender e desenvolver determinadas competências e intervenções específicas para esta população, porque se torna uma realidade diferente e uma prática algo distinta, além das características pessoais da pessoa com perturbação e dependência de substâncias. Foi um trabalho árduo e complexo, mas do qual me sinto orgulhosa e feliz pela escolha da área do projeto. Permitiu-me uma nova abordagem e perspetiva da realidade do problema da pessoa adulta com comportamento de abuso de substâncias psicoativas.

Ao longo destes meses o investimento efetuado no processo de aquisição de competências específicas incorporou o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos, planeamento, implementação e avaliação de diversas intervenções psicoterapêuticas, desde a relação de ajuda, mudança de comportamento, treino de assertividade, controlo de impulsividade, psicoeducação, a técnica de relaxamento, entre outras. Nos diferentes campos de estágio pude desenvolver e treinar a técnica de relaxamento, em diferentes contextos, mas atendendo à área de projeto- a pessoa com comportamento de abuso de substâncias psicoativas.

A intervenção psicoterapêutica desenvolvida no projeto desenvolveu-se com sucesso, visto que houve grande adesão, uma participação assídua, e bastante satisfatória, onde obtive resultados imediatos e a longo prazo, e os clientes manifestavam sensação de bem-estar, tranquilidade, paz e maior consciência de si. A técnica de relaxamento contribuiu também para a autogestão dos clientes, no controlo de impulsos e, na diminuição de níveis de ansiedade e *stress* vivenciados em momentos de crise, permitindo assim que os clientes sejam dotados de uma maior capacidade de liderança do seu dia-a-dia, aumentando o empowerment e melhorando a sua qualidade de vida.

O projeto desenvolvido e aqui relatado demonstrou ser algo bastante desafiador na sua implementação e concretização, no entanto, é um projeto que me apraz dizer que foi conseguido com sucesso, e que contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns, específicas e de Mestre associadas à área de eleição por mim escolhida, desde o início deste projeto.

Concluo que esta área de intervenção na pessoa com comportamentos aditivos e dependências é um dos maiores desafios na prática clínica do EESMP, dada a vasta informação, inovação e desenvolvimento das substâncias psicoativas, mas também e sobretudo pelo impacto destas em cada pessoa. Torna-se um desafio agriçoce na medida em que se trata de uma população com determinadas características na qual por vezes é difícil intervir, mas quando exequível, essa possibilidade está muito associada ao investimento do EESMP na pessoa com comportamentos aditivos. Torna-se assim, visível e notório a essência e importância do papel do EESMP, nos ganhos em saúde a longo prazo. Trata-se também de um trabalho de muita resiliência e de perseverança, sendo necessário desenvolver capacidades para lidar com a frustração.

A consciencialização das atividades elaboradas espelha as competências adquiridas e desenvolvidas, tornando-se mais visível aquando da realização do presente relatório. Contudo, sei que se torna difícil transcrever para este relato todas as experiências vividas e o grau de complexidade associado a cada competência. Posso garantir a contínua procura da excelência dos cuidados e as diversas oportunidades de aprendizagem a que me propus.

Assim, a atenção integral ao utente, através de uma abordagem holística, centrada no utente e com vista a um cuidado mais personalizado; o aconselhamento e a literacia em saúde mental, no sentido de melhor compreender a doença mental ou perturbação mental e os seus efeitos e empoderar as pessoas; a prevenção e a promoção da saúde mental, através do papel interventivo do EESMP na comunidade; o processo de reabilitação psicossocial através de um acompanhamento contínuo e com a sua monitorização, constituem algumas

das ferramentas que tornam visíveis a contribuição na prática da Enfermagem em Saúde Mental e que foram desenvolvidas nos ensinamentos clínicos, atendendo à especificidade de cada contexto clínico.

Estes, são aspetos fulcrais em termos de Gestão e Políticas de Saúde Mental, através do feedback das necessidades e desafios enfrentados pelos utentes, pela redução dos internamentos com foco na reinserção dos utentes na comunidade, favorecendo a reabilitação dos mesmos, através do trabalho em equipa multidisciplinar e interinstitucional, contribuindo assim para a construção de políticas em saúde mental. Em jeito de conclusão, todos estes aspetos mencionados provocam um impacto significativo na melhoria do acesso aos cuidados de saúde mental, da qualidade e da efetividade dos cuidados especializados que são prestados aos utentes.

Como forma de sugestão para uma melhoria futura, faço referência à necessidade e importância de estudos acerca da importância e relevância das intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente a técnica de relaxamento, como um contributo para a prática clínica da pessoa com comportamentos aditivos e dependências. Bem como, saliento a importância de atividades ocupacionais e de entretenimento, de bem-estar, com orientação, em contexto de internamento, como sendo parte integrante do trabalho da equipa multidisciplinar, sendo esta uma lacuna que detetei no serviço de internamento em contexto de respostas diferenciadas.

Agora que se aproxima o final desta etapa só me resta novamente agradecer a partilha de experiências e conhecimentos pelas diferentes equipas, bem como o acolhimento e disponibilidade demonstrados. Foram essenciais na aquisição de competências nos mais variados domínios.

No resultado da formação para a prática atual transposição está a ser desenvolvido e implementado um projeto no serviço onde atualmente exerço funções, intitulado “Relaxamento como intervenção psicoterapêutica na diminuição da ansiedade do doente cirúrgico submetido a cirurgia colorretal” (Apêndice L). O projeto visa diminuir a ansiedade do doente cirúrgico através da continuidade do projeto pessoal já iniciado aqui e manter o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências específicas do EESMP. Para a concretização do projeto será ainda aplicado um instrumento de medida (escala de Hamilton) para permitir quantificar os resultados obtidos e posteriormente apresentar à equipa.

É deveras um sentimento de agrado e satisfação ver o resultado deste percurso a ser reconhecido na equipa onde me integro.

Não foi um percurso fácil, mas foi enriquecedor, desafiador e gratificante a nível pessoal e profissional, que me permitiu adotar estratégias para lidar com os obstáculos e superá-los. Nomeadamente em relação à gestão de tempo.

Termino assim o presente relatório, seguindo-se da sua defesa pública. Contudo, este é um caminho que se faz caminhado e, portanto, continuarei o meu percurso profissional, agora com mais ferramentas, a fim de prestar cuidados de excelência, procura contínua de novos conhecimentos e aprendizagens, defender a minha profissão e contribuir para uma melhor prática clínica, à luz das minhas competências.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adès, J. & Lejoyeux, M. (2004). Conduites de risque: Risk-taking behaviours. *EMC Psychiatrie*. 1 (3), pp.201-215. <https://doi.org/10.1016/j.emcps.2004.03.003>.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. (5a ed.). Climepsi.
- American Academy of Ambulatory Care Nursing. (2016). *Scope and standards of practice for registered nurses in care coordination and transition management*. Author.
- Alves, A. I. A. (2011). *Competências interpessoais em saúde: Comunicar para a qualidade, com o utente e em equipa multidisciplinar* (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública). Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/9585>.
- Barradas, C. (2021). *Cuidado especializado em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa com falência ou iminência de falência da função respiratória em contexto perioperatório: da urgência aos cuidados intensivos* (Relatório de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny). Funchal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39399>.
- Bezerra, B. R., Ibiapina A.R.S., Costa A.P.C., Júnior J.S.A., Silva R.A., Campelo L.L.C.R., Filho A.A.I.C. & Memoria L.V.F. (2020). *Terapia de relaxamento muscular de Jacobson em pessoas com ansiedade: revisão integrativa*. <https://doi.org/10.25248/reas.e3438.2020>.
- Bezerra, M.M.S. (2024). Transferência e contratransferência: os efeitos clínicos do observador no trabalho em grupos terapêuticos. *Instituto de Psicologia USP*, (35), 1-10. <https://www.scielo.br/j/pusp/a/W9zBtJJfgggbSLbcvFwwftXg/?format=pdf&lang=pt>.
- Borda, N.F., Ramírez-Pereira, M., Nurczyk, S. & Diaz-Videla, V. (2019). Nursing models na theories: support for palliative care. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8 (2). <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>.

- Borges, L.T.D., Wanderley, T.P.S.P., Nobre, I.R.S., Costa, S.S. & Batello, G.V.V.A.T. (2020). Nursing process in mental health. *Revista Brazilian Journal of health review* (3), 396-405. 10.34119/bjhrv3n1-030.
- Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções* (pp. 202-210). Lidel.
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** Série I. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 01 out. 2024]. Disponível em WWW: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>.
- Dias, P.C., Castillo-López, A.G., & Castillo, J.A.G. (2018). *Estudos sobre as dependências: contributos para a prática*. Axioma.
- Diogo, E. (2016). *Cessação tabágica: farmacoterapia e novas perspetivas* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica). <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/34089/1/Cessação%20tabágica%20farmacoterapia%20e%20novas%20perspetivas.pdf>.
- Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** 2ª série. 187 (27/09/2021) 96-103. [Consult. 01. out. 2024]. Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde**. 2017. Acessível na DGS.
- Elias, M. (2014). *As técnicas de relaxamento como instrumento terapêutico de enfermagem em pessoas com sofrimento mental* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16277/1/Relatório%20Teresa%20%2805-05-2014%29%2016h23.pdf>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *European drug report 2023: trends and developments*. EMCDDA: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en).
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A.C., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., Miguel, S., Leal, V. & Fonseca,

- C. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3 (2), pp. 13-19. <https://journals.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2806>.
- Freitas, R.J.M., Araújo, J.L., Moura, N.A., Oliveira, G.Y.M., Feitosa, R.M.M. & Monteiro, A.R.M. (2020). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamentado no TIDAL MODEL: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (2). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>.
- Fukada, M. (2018). Nursing competency: definition, structure and development. *Acta Medica*, 61(1), 1-7. <http://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>.
- Garcia, A.P.R.F., Freitas, M.I.P., Lamas, J.L.T. & Toledo, V.P. (2017). Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem* (1), 220-230. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>.
- Gomes, R.N. & Luchsinger, J.T. (2024). A influência do contexto socioeconómico na identificação do usuário e traficante no brasil: uma revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. [doi.org/10.51891/rease.v10i3.13276](https://doi.org/10.51891/rease.v10i3.13276).
- Ibiapina, A.R.S., Monteiro, C.F.S., Veloso, L.U.P., Sales, J.C.S. & Júnior, F.J.G. (2018). *Técnica de relaxamento muscular de Jacobson: tecnologia terapêutica para pessoas ansiosas e depressivas*. In I Congresso Norte-Nordeste de tecnologias de Saúde. <https://ojs.ufpi.br/index.php/connts/article/view/7993/4717>.
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências. (2009). *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=480&languageId=1>.
- Ismail, F. & Gonçalves, M.J. (2022). *Dependências tóxicas e comportamentais na prática clínica*. Lidel.
- Janeiro, L. & Metelo, T. (2004). Contribuições para a descrição do perfil de personalidade dos utentes do CAT- Sotavento/Olhão. *Revista Toxicodependências*, 10 (1), 25-35. [https://www.researchgate.net/profile/Luis-Janeiro/publication/321698703\\_CONTRIBUICOES\\_PARA\\_A\\_DESCRICAO\\_DO\\_PERFIL\\_DE\\_PERSONALIDADE\\_DOS\\_UTENTES\\_DO\\_CAT-](https://www.researchgate.net/profile/Luis-Janeiro/publication/321698703_CONTRIBUICOES_PARA_A_DESCRICAO_DO_PERFIL_DE_PERSONALIDADE_DOS_UTENTES_DO_CAT-)

SOTAVENTOOLHAO/links/5a2b9e3e45851552ae7aa4ea/CONTRIBUICOES-  
PARA-A-DESCRICA0-DO-PERFIL-DE-PERSONALIDADE-DOS-UTENTES-  
DO-CAT-SOTAVENTO-OLHAO.pdf.

Kahler, C., Surace, A., Gordon, R., Cioe, P., Spillane, N., Parks, A., Brown, R. (2018). Positive psychotherapy for smoking cessation enhanced with text messaging: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 71, 146-153.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551714418300144?via%3Dihub>.

Lei nº 35/2023. **Diário da República** I série. (Consult. 18 jul.2024). Disponível em [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_print\\_articulado.php?tabela=leis&artigo\\_id=&nid=3679&nversao=&tabela=leis](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=3679&nversao=&tabela=leis).

Lei nº 156/2015. **Diário da República** I série. 181 (16/09/15) 8059 – 8105. [Consult. 15 agosto. 2024]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>.

Limsanon, T. & Kalayasiri, R. (2015). Preliminary effects of progressive muscle relaxation on cigarette craving and withdrawal symptoms in experienced smokers in acute cigarette abstinence: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 46(2), 166-176. doi: 10.1016/j.beth.2014.10.002.

Lima, J.L.R., Gonçalves, H.M., Belo, F.M.P., Francisco, L.C.F.L., Silva, L.K.B., Alves, N.R., Santos, M.Z.A.L., & Albuquerque, M.C.S. (2022). Aplicabilidade do *Tidal Model* por enfermeiros em serviços de saúde mental: uma revisão de escopo. *Revista Research, Society and Development*, (11), 1-12. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25168>.

Lopes, M.A., Gomes, S.C. & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inesctecabril2018.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf).

- Martins, J. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, (12), 155-162. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16074>.
- Martins, M. G. A., Machado, A. P. M., Gouveia, M. C. S., Carvalho, P. S. C. P. & Renca, P.F. N.N. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-1/>
- National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention. (2014). *Reducing medication errors associated with at-risk behaviors by healthcare professionals*. <http://www.nccmerp.org/reducing-medication-errors-associated-risk-behaviors-healthcare-professionals>.
- Nunes, L., Fonte, C., Alves, S., Sani, A., Estrada, R. & Caridade, S. (2019). *Comportamento e Saúde Mental*. In Dicionário Enciclopédico. Lidel.
- Oliveira, R.C., Silva, L.F., Jesus, M.R., Santos, T.J., Evaristo, T.N., Ribeiro, W.F., Araújo, D.D. & Gusmão, R.O.M. (2020). O cuidado clínico e o processo de enfermagem em saúde mental: revisão integrativa da literatura. *Revista eletrónica acervo saúde*. <https://doi.org/10.25248/reas.e2018.2020>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *CIPE Versão 2- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lusodidacta.
- Ordem dos Psicólogos. (2016). *Guia orientador da intervenção psicológica nos problemas ligados ao álcool*. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia\\_orientador\\_da\\_intervencao\\_psicologica\\_nos\\_problemas\\_ligados\\_ao\\_alcool\\_2016.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia_orientador_da_intervencao_psicologica_nos_problemas_ligados_ao_alcool_2016.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nº 47/2023*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp\\_47-2023\\_clarificação-de-conceitos-no-âmbito-da-esmp\\_iniciativa-da-mceesmp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp_47-2023_clarificação-de-conceitos-no-âmbito-da-esmp_iniciativa-da-mceesmp.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto-2\\_padroesqualidadece\\_smp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5685/ponto-2_padroesqualidadece_smp.pdf).

Paulino, M.N.S. (2011). *As técnicas de relaxamento no alívio e controlo da dor em pessoas adultas e idosas: uma revisão sistemática da literatura*.

[https://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3381/1/8\\_147-165AS%20TÉCNICAS%20DE%20RELAXAMENTO%20NO%20ALÍVIO%20E%20CONTROLO%20DA%20DOR%20EM%20PESSOAS%20ADULTAS%20E%20IDOSAS-%20UMA%20REVISÃO%20SISTEMÁTICA%20DA%20LITERATURA.pdf](https://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3381/1/8_147-165AS%20TÉCNICAS%20DE%20RELAXAMENTO%20NO%20ALÍVIO%20E%20CONTROLO%20DA%20DOR%20EM%20PESSOAS%20ADULTAS%20E%20IDOSAS-%20UMA%20REVISÃO%20SISTEMÁTICA%20DA%20LITERATURA.pdf).

Payne, R.A. (2003). *Técnicas de Relaxamento: Um guia prático para Profissionais de Saúde*. Lusociência.

Pinheiro, C.W., Araújo, M.A.M., Rolim, K.M.C., Oliveira, C.M., & Alencar, A.B. (2019). Teoria das Relações Interpessoais: Reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Revista Enfermagem em Foco* (3), 64-69.

Pinheiro, C.W., Monteiro, A.R.M., Oliveira, S.K.P., Anjos, S.J.S.B. & Carvalho, R.E.F.L. (2022). Reflexões baseadas no Tidal Model sobre no conceito da psicose. *Revista Gaúcha de Enfermagem* (43), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210308.pt>.

Queirós, C. & Fernandes, O. (2021). *Desenvolvimento profissional contínuo no contexto da enfermagem gerontogeriatrica*. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38026/1/Compet%C3%Aancia%20e%20Enfermagem%20Gerontogeri%C3%A1trica\\_cap.8.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38026/1/Compet%C3%Aancia%20e%20Enfermagem%20Gerontogeri%C3%A1trica_cap.8.pdf).

Rangé, B.P., & Marlatt, G.A. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders*. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 30, pp. 88-95. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Ht4t7VqdH3BwnQTVHywhSfD/?format=pdf&lang=en>.

Regulamento n.º 658/2016. **Diário da República** n.º 133/2016, Série II de 2016-07-13, páginas 21549-21553. [Consult. 10 jul. 2024]. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/658-2016-74931900>.

- Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744 – 4750. [Consult. 15 out. 2024]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>>.
- Regulamento nº 515/2018. **Diário Da República**, 2ª Série. 151 (07-08-2018) 21427–21430. [Consult. 15 out. 2024]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>>
- Regulamento nº 743/2019. **Diário da República** 2ª série. 184 (25/09/2019). [Consult. 20. out. 2024]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124981040/details/normal?q=Regulamento+n%C2%BA%20743%2F201>.
- Regulamento n.º 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018) 3478-3487. [Consult. 23 out. 2024]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>.
- Ribeiro, O.M.P.L., Martins, M.M.F.P.S. & Tronchin, D.M.R. (2016). *Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura*. Revista de Enfermagem Referência (10), pp. 125-133. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>.
- Ribeiro, O., Martins, M. & Trochin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Referência* (14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>.
- Sacha, L., Amanda, L., Caroline, T., Richmond, R., Lewin, T. & Kullkani, J. (2014). *Gender differences in characteristics and outcomes of smokers diagnosed with psychosis participating in a smoking cessation intervention*. *Psychiatry research*, 215 (3), 586-593. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178114000377?via%3Dihub>.
- Sampaio, A., Almeida, A. L., Bernardino, A., Campos, A. C., Raimundo, A., Marques, A., Moura, A., Martins, A. A., Silva, C., Noversa, C., Dourado, C., Carreira, C., Pereira, C., Ferreira, C., Loureiro, C., Madeira, D., Caló, D., Chieira, D., Catré, D., ... Segura, E. (2016). *Manual de Cuidados Pós Anestésicos*. [http://www.simcoimbra.org/files/cursos/04\\_29\\_16\\_02\\_manual\\_cpa.pdf](http://www.simcoimbra.org/files/cursos/04_29_16_02_manual_cpa.pdf).

- Sampaio, F.M.C., Martins, A.E.C., Marques, J.P.R., Barreto, M.O.C., Seabra, P.R.C. & Lopes, S.C. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp\\_intervencao psicoterapeutica\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencao psicoterapeutica_ok.pdf).
- Santos, M.A., Lages, I., Albuquerque, M.C.S., Lima, J.L.R., Santos, S.G.S. & Comasseto, I. (2023). O papel da enfermagem nos centros de atenção psicossocial na perspectiva da teoria de Hildegard Peplau. *Revista Multidisciplinar de Humanidades*, 14 (3). 179-189.
- Seabra, P.R.C., Sá, L.O., Amendoeira, J.J.P. & Ribeiro, A.L. (2017). Satisfação com os cuidados de enfermagem em usuários de drogas: evolução de uma escala. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 38 (2). 1-8.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Quarteto editora.
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Severino, D.J.T., Rodrigues, B.S.S.L. & Spósito, P.A. (2021). O efeito da técnica de relaxamento muscular profundo de Jacobson na melhoria da saúde mental. *Brazilian Journal of Health Review*. 4(6), 26807-26818. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-253>
- SICAD. (2018). *Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão 2013*. [https://sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Linhas\\_de\\_Orientacao\\_para\\_a\\_Intervencao\\_em\\_Dissuasao.pdf.pdf](https://sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Linhas_de_Orientacao_para_a_Intervencao_em_Dissuasao.pdf.pdf).
- Smith, M.C. (2020). *Nursing theories and nursing practice* (5a ed.). F.A. Davis.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Lusociência.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *Relatório Mundial sobre Drogas*. <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2017/06/cerca-de-29-5-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-provocados-pelo-uso-de->

drogas--os-opioides-so-os-mais-prejudiciais\_-aponta-relatorio-mundial-sobre-drogas-2017-do-unodc.html.

Valladares-Torres, A.C.A., & Souza, J.C.M. (2020). *Utilização de técnicas de Arteterapia na reabilitação de pessoas com transtornos induzidos por substâncias*. *Archives of health*, 1 (6), pp. 415-431. 10.46919/archv1n6-005.

Valentim, O., Laranjeira, C. & Querido, A. (2019). *Evidências em saúde mental: da concepção à ação: comportamentos aditivos*. Escola Superior de Saúde de Leiria. <https://doi.org/10.25766/yx3k-wj15>.







## **APÊNDICES**



# APÊNDICE A - “COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DO ESTADO DA ARTE”

## COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DO ESTADO DA ARTE

**Coercion in Psychiatry: A Narrative Revision of the State of the Art**  
**Coerción en Psiquiatría: una Revisión Narrativa del Estado del Arte**

Catarina Conceição<sup>1</sup>, Ezequiel Domingos<sup>2</sup>, Fátima Caldeira<sup>1</sup>, Sandra Castro<sup>3</sup>, Paula Baptista<sup>1</sup>, Tiago Casaleiro<sup>4</sup>, Maria Gonçalves<sup>5</sup>, Tânia Lourenço<sup>5</sup>

<sup>1</sup>SESARAM, E.P.E., <sup>2</sup>Nephrocare Portugal, <sup>3</sup>Instituto Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde Câmara Pestana, <sup>4</sup>Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, <sup>5</sup>Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

Correio eletrónico: [catarinaconceicao0@gmail.com](mailto:catarinaconceicao0@gmail.com); contato telefónico: +351 963589256

### RESUMO

O uso de coerção em Psiquiatria continua a ser amplamente utilizado a nível global e, o recurso a estes métodos (por vezes desumanos e abusivos) remonta a vários séculos ao longo da história. Algumas destas medidas constituem graves violações dos direitos humanos dos doentes que se encontram aos cuidados das instituições de saúde mental e, cabe aos profissionais de saúde em geral e, aos enfermeiros em particular, debruçar-se e refletir sobre esta questão de forma a encontrar vias alternativas mais humanizantes e eticamente aceitáveis. Nesta revisão narrativa, pretendemos ponderar sobre a coerção em psiquiatria em utentes internados em instituições de saúde, os efeitos negativos que advém desta prática e qual o estado da arte acerca da atitude dos enfermeiros perante esta questão.

**DESCRITORES:** Coerção, Psiquiatria, Violência, Saúde Mental, Saúde

## APÊNDICE B - FOLHETO INFORMATIVO SOBRE A TEMÁTICA DA ATIVIDADE



### Quais os benefícios do relaxamento?

- Redução dos sintomas de ansiedade
- Redução dos sintomas depressivos
- Diminuição dos sintomas de *stress*
- Melhoria das insónias
- Promoção do bem-estar

(Payne, 2009)

### Relaxamento virtual

#### Eis algumas ideias...

- ✓ Medite-se
- ✓ Lojong
- ✓ *Calm*
- ✓ Relax & Sleep Well
- ✓ Take a Break

#### Contactos

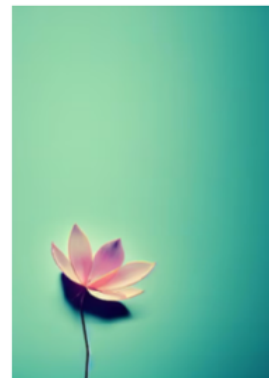
Enfª Paula Baptista  
Estudante do 1º Mestrado ESMP

#### Com orientação:

Profª Luísa Gonçalves  
Enfª Margarete Silva



SESSÃO DE TERAPIA  
EM GRUPO  
ESCOLA SUPERIOR DE  
ENFERMAGEM SÃO  
JOSÉ DE CLUNY



## SESSÃO DE TERAPIA EM GRUPO

RELAXAMENTO  
PROGRESSIVO DE  
JACOBSON



### O que é?

#### Relaxamento progressivo de Jacobson

É um método de relaxamento ativo que promove a redução da tensão muscular através da contração e descontração dos músculos.

(Borges & Ferreira, 2013)

### Quando aplicar o relaxamento?

Idealmente deverá ser realizado no final da tarde/anoitecer, tem a duração de cerca de 30 a 40 minutos. Pode ser aplicado num evento pontual ou de forma continuada.

(Borges & Ferreira, 2013)

*"A implementação da técnica de relaxamento está associada a sentimentos de paz e conforto, com ausência de tensão no corpo e na mente."*

### Vantagens do Relaxamento

- ✓ Baixo custo
- ✓ Fácil aprendizagem
- ✓ Promove elevados níveis de bem-estar
- ✓ Atuação sistémica.

(Payne, 2009)



### Relaxamento através da respiração – RESPIRAÇÃO ABDOMINAL

- ✓ Posição confortável, pode estar sentado
- ✓ Colocar as mãos no abdómen
- ✓ Concentrar na respiração
- ✓ Inicia com a expiração – soprar a vela (sentir o movimento descendente do abdómen sob as mãos)
- ✓ Inspiração- cheirar a flor (sentir o movimento ascendente do abdómen sob as mãos)
- ✓ Deixar respiração normal
- ✓ Repetir 5 a 8 vezes.

(Payne, 2009)

## APÊNDICE C - “POSTER”



SESSÃO DE TERAPIA EM GRUPO  
**RELAXAMENTO**  
RELAXAMENTO PROGRESSIVO  
DE JACOBSON

---

**11/01/2024**  
**18H**

CENTRO DE SAÚDE DO CANIÇO  
PISO 2

---

**“UM CORPO SEM TENSÃO REFLETE  
UMA MENTE CALMA”**

PARA OBTER MAIS INFORMAÇÕES, CONTACTE: ENFª MARGARETE SILVA; ENFª PAULA BAPTISTA

## APÊNDICE D- GUIA ORIENTADOR



### RELAXAMENTO

O relaxamento é definido com um estado de consciência, através do qual a pessoa experimenta sensação de bem-estar e onde se afastam os pensamentos distorcidos capazes de provocar *stress*. O relaxamento tem como principais objetivos terapêuticos: servir de medida preventiva de consequências fisiológicas geradas pelo *stress*, tratamento para alívio do *stress* e suas consequências fisiológicas como forma de desenvolvimento de competências mentais para lidar com o *stress*. (Sequeira & Sampaio, 2020)

O relaxamento constitui-se uma das intervenções psicoterapêuticas, que induz sensações agradáveis através da incidência direta ou indireta do tônus muscular.

O relaxamento pode representar-se através de vários modelos, nomeadamente: treino autogénico de Schultz, técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, técnica de relaxamento muscular modificado e relaxamento por imaginação guiada. (Sequeira & Sampaio, 2020)

Em contexto clínico irei aplicar e desenvolver competências na técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson. Esta técnica surgiu no século XX, tendo sido das primeiras técnicas de relaxamento aplicadas. Esta técnica realça o relaxamento físico assente no relaxamento profundo de todos os grandes grupos musculares. O objetivo é que a pessoa com esta técnica faça um relaxamento progressivo dos vários grupos de músculos através da contração/descontração. Tem resultados bastante positivos no tratamento e controlo da ansiedade. (Sequeira & Sampaio, 2020)

As técnicas de relaxamento poderão ser aplicadas nas seguintes situações clínicas: perturbações da ansiedade, *stress*, perturbações psicomotoras, como tiques, gaguez e espasmos musculares. (Borges & Ferreira, 2013)

Para que o autocontrolo do tônus muscular seja possível também é importante o autocontrolo da respiração. Daí que nesta sessão de terapia em grupo onde irei aplicar o relaxamento irei iniciar pelo autocontrolo da respiração.

## **Parte I- TÉCNICA DA RESPIRAÇÃO: RESPIRAÇÃO ABDOMINAL**

- √ Posição confortável (deitado, se tolerar)
  - √ Colocar mãos no abdómen
  - √ Concentrar na respiração
- √ Inicia com expiração (sentir o movimento descendente do abdómen sob as mãos)
- √ Inspiração (sentir o movimento ascendente do abdómen sob as mãos)
  - √ Deixar respiração normal
  - √ 5 a 8 vezes

**Parte II- TÉCNICA DE RELAXAMENTO: RELAXAMENTO  
PROGRESSIVO DE JACOBSON  
(Técnica Adaptada)**

**Grupo 1:** Feche a mão direita. Sinta a tensão na mão e antebraço. Agora largue. Repita

**Grupo 2:** Empurre o cotovelo da direita contra a cadeira ou contra a cama. Sinta a tensão que isto causar no braço. Quando se sentir bem, largue a tensão e note a diferença. Repita

**Grupo 3:** Como 1 à esquerda

**Grupo 4:** Como 2 à esquerda

**Grupo 5:** Levante as sobrancelhas e faça rugas na testa.

**Grupo 6:** Feche os olhos com força e levante o nariz.

**Grupo 7:** Cerre os dentes com uma força média e puxe os cantos da boca para trás como se estivesse a rir-se exageradamente.

**Grupo 8:** Para causar tensão à volta do pescoço, puxe o queixo para o peito sem deixar tocar.

**Grupo 9:** Inspire, suspenda a respiração e puxe os ombros para trás até as omoplatas se tocarem. Sinta a tensão nos ombros, peito e costas.

**Grupo 10:** Ponha os músculos da barriga duros, como se fosse receber um murro na barriga.

**Grupo 11:** Contraia os músculos da coxa da direita.

**Grupo 12:** Empurre os dedos do pé direito para cima de forma que a barriga da perna fique dura.

**Grupo 13:** Vire o pé direito para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo. Sinta bem a tensão que isto causa na parte do meio do pé.

**Grupo 14:** Como 11 à esquerda

**Grupo 15:** Como 12 à esquerda

**Grupo 16:** Como 13 à esquerda

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Borges, E. & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: estratégia de intervenção no *stress*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (10), 37-42.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental Diagnósticos e Intervenções*. Lousã: Lidel.

# APÊNDICE E - “GESTÃO DE CONFLITOS”

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
UC: Ensino Clínico I- Contexto de Comunidade

ESS+ ALTO TÁRQUA

ESSE ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM INSTITUTO DAS ENFERMEIRAS

# GESTÃO DE CONFLITOS

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO

1

**Docente:**  
Profª Luisa Gonçalves

Santa Cruz, 19 de Janeiro de 2024

**Discente:**  
Paula Baptista nº1572

1 2 3 4 5 6 7 8

9 10 11 12 13 14 15 16

17 18 19 20 21 22 23 24

25 26

## APÊNDICE F- DOCUMENTO INFORMATIVO



### CONVOCATÓRIA

Boa tarde, caros, colegas, serve o presente para vos convidar a uma sessão de formação no dia 19/01/2024 pelas 14h, a realizar-se no piso principal na sala de reuniões. O tema da formação será “gestão de conflitos”. Conto com a vossa presença e desde já agradeço a vossa disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos

Paula Baptista

## APÊNDICE G- PORTFÓLIO

### ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>	
<b>6</b>	
<b>2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO</b>	
<b>ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA</b>	
<b>9</b>	
<b>3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....</b>	<b>12</b>
<b>4. REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
4.1. Enquadramento .....	14
4.2. Metodologia.....	14
4.3. Resultados.....	14
4.4. Discussão .....	14
4.5. Contributos para a prática clínica .....	14
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>16</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>17</b>

## APÊNDICE H- CRONOGRAMA DO ENSINO CLÍNICO I



### CRONOGRAMA DE ATIVIDADE DE ENSINO CLÍNICO I- CONTEXTO DE COMUNIDADE

Meses	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
<b>Atividades planeadas</b>				
Conhecer o serviço	4ª Semana (27-30)			
Orientação Tutorial		(Dia 14)	Dias (8) e (26)	
Elaboração do Portefólio				
Enviar o Cronograma		1ª Semana (Dia 8)		
Escolher o estudo de caso		2ª Semana (11-15)		
Selecionar as famílias para sessão terapia em grupo		3ª Semana (18-22)		
Convocar famílias para a sessão de grupo		4ª Semana (25-29)		
Planear a formação em serviço		4ª Semana (25-29)		
Desenvolvimento da sessão terapia em grupo			2ª Semana (Dia 11)	
Desenvolvimento da formação em serviço			3ª Semana (Dia 19)	
Reflexão crítica Quinzenal				
Apresentação do estudo de Caso				1ª Semana (Dia 6)

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny- Paula Baptista nº1572



# APÊNDICE J -SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO “ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS”

Escola Superior de Enfermagem  
**S. José de Cluny**

1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
UC: Estágio com Relatório: Ensino Clínico III- Contexto de Resposta  
Diferenciada

ESS+ ALTO TÁBICA

ESSE  
CENTRO DAS ESPECIALIDADES

## PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

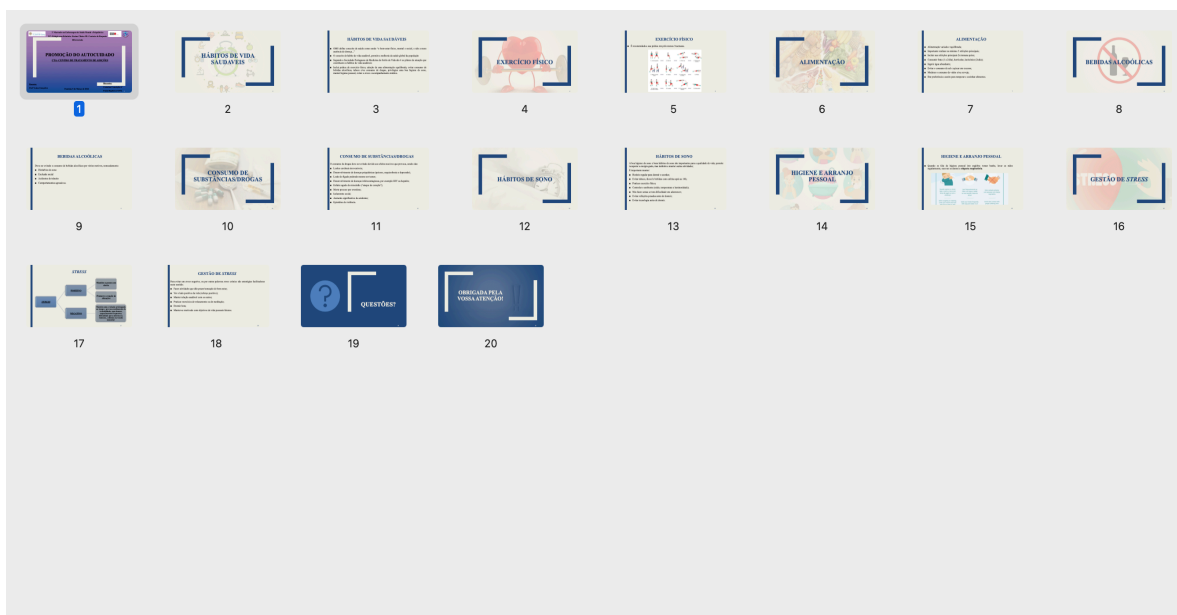
### CTA- CENTRO DE TRATAMENTO DE ADIÇÕES

**Docente:**  
Profª Luísa Gonçalves

**Discentes:**  
Catarina Conceição nº  
Paula Baptista nº1572

Funchal, 5 de Março de 2024

1



## APÊNDICE K- PROJETO DE AUTOFORMAÇÃO

### ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	6
1.1. O relaxamento como intervenção psicoterapêutica.....	6
1.2. O consumo de substâncias psicoativas.....	8
2. PLANEAMENTO DO ESTÁGIO.....	13
2.1. Objetivos e estratégias /atividades do projeto de autoformação.....	13
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

# APÊNDICE L - “RELAXAMENTO COMO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NA DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE DO DOENTE CIRÚRGICO SUBMETIDO A CIRURGIA COLORRETAL”

## PLANEAMENTO DO PROJETO: RELAXAMENTO COMO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NA DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE DO DOENTE CIRÚRGICO SUBMETIDO A CIRURGIA COLORETAL

### Critérios de inclusão:

- População adulta
- Submetido a cirurgia major colorretal
- Internado no serviço 2º poente
- Tempo de internamento superior ou igual a 5 dias

### Critérios de exclusão:

- Cirurgia minor

### Metodologia:

- Obter consentimento informado
- Aplicar questionário acerca de dados sociodemográficos e dados clínicos na admissão
- Avaliar SV (nomeadamente TA e FC) no dia da admissão
- Aplicar escala de ansiedade (Hamilton) no pré-operatório (uma vez que no dia da admissão poderá não estar presente EESMP)
- Aplicar técnica de respiração diafragmática + musicoterapia (em casos de confusão mental) + técnica de imaginação guiada
- Avaliar SV no pós-operatório, preferencialmente após intervenção psicoterapêutica
- Aplicar escala de ansiedade (Hamilton) no dia da alta ou véspera da alta. (As escalas deverão ser aplicadas por EESMP).
- A intervenção de relaxamento deverá ser executada pelo menos 2x durante o período de internamento.

### Resultados:

- Obter scores na escala de Hamilton inferiores no momento da alta clínica comparativamente ao dia da admissão.
- Dentro de 1 ano (Outubro/Novembro 2025) deverão ser apresentados os resultados à equipa do serviço colorretal.

## **ANEXOS**



## ANEXO A- ESCALA SOCRATES

### SOCRATES 8D

INSTRUÇÕES: Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de drogas*. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda *neste momento* com cada afirmação. Por favor, coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

	NÃO!	Não	?	Sim	SIM!	
	Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente	
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas.	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
5	Em tempos já consumi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
7	Eu tenho um problema com drogas.	1	2	3	4	5
8	Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
9	Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar recaídas.	1	2	3	4	5
10	Eu tenho um problema sério com drogas.	1	2	3	4	5
11	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
12	O meu consumo de substâncias está a causar muito mal.	1	2	3	4	5
13	Atualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
14	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
15	Eu sei que tenho um problema com as drogas.	1	2	3	4	5
16	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo.	1	2	3	4	5
17	Eu sou um toxicodependente.	1	2	3	4	5
18	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
19	Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de drogas e quero ajuda para evitar consumir drogas do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5

Tabela 1  
Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1			
Item 2			
Item 3			
Item 4			
Item 5	----	----	----
Item 6			
Item 7			
Item 8			
Item 9			
Item 10			
Item 11			
Item 12			
Item 13			
Item 14			
Item 15			
Item 16			
Item 17			
Item 18			
Item 19			
<b>Total</b> _____	<b>Total</b> _____	<b>Total</b> _____	
(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)	

Tabela 2  
Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

Percentis (%)		Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
10	<i> muito baixo</i>	15	32	8
20		21	33	11
30	<i> baixo</i>	24	35	13
40		25	36	14
50	<i> médio</i>	26	37	--
60		27	38	15
70	<i> alto</i>	29	39	16
80		30	39	17
90	<i> muito alto</i>	--	40	18

#### Reconhecimento do problema

- Reconhece e “sente” que tem um problema relacionado com o consumo de drogas.
  - Se nada fizer para mudar, as coisas vão ficar cada vez pior.
  - Expressa o desejo de mudança.

---

- Não tem a intenção de mudar.
  - Nega que os consumos lhe tragam consequências.
  - Rejeita que lhe digam que tem um “problema com drogas” ou que seja “toxicodependente”.

#### Ação

- Já está a fazer algo para mudar em relação ao consumo de drogas.
  - Recentemente pode ter feito algumas mudanças com sucesso.
  - A mudança está em ação.
  - Pediu ajuda para manter a mudança ou prevenir recaídas.

---

- Não está a fazer nada para mudar em relação ao seu consumo de drogas.
  - Recentemente, não fez nenhuma mudança em relação ao consumo de drogas.

#### Sumário da motivação

- Como não tenho um problema com as drogas nada tenho que fazer em relação a isso.

---

- Sei que tenho um problema com as drogas, mas não estou preparado para mudar.

---

- Sei que tenho um problema com as drogas e já estou a fazer coisas para mudar.

---

- O meu problema já não é com as drogas, mas continuo atento e a fazer coisas para não recair.

## ANEXO B- ESCALA SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL (ESC)

Nº.	Item	Nunca (0)	Rara Mente (1)	Às Vezes (2)	Várias Vezes (3)	Sempre ou Quase Sempre (4)
1	Senti-me mal por fazer algum plano ou atividade sem contar com o meu familiar					
2	Senti-me culpado pela forma como me comportei em determinadas ocasiões com o meu familiar					
3	Senti-me mal por não atender os meus outros familiares (marido, esposa, filhos...) como deveria devido ao cuidado					
4	Senti-me mal por não poder dedicar mais tempo à minha família (marido, esposa, filhos...) como deveria, devido ao cuidado					
5	Tenho pensado que não estou a fazer bem as coisas com a pessoa que estou a cuidar					
6	Tenho pensado que tendo em conta as circunstâncias estou a fazer bem a minha tarefa como cuidador/a					
7	Quando sai para fazer alguma atividade agradável (p.e. ir jantar a um restaurante), senti-me culpado e não parei de pensar que deveria estar a cuidar e a assistir o meu familiar					
8	Tenho-me sentido mal por coisas que quiçá terei feito mal com a pessoa que estou a cuidar.					
9	Tenho pensado que quiçá não estou a cuidar bem					
10	Senti-me mal por me ter enraivecido com a pessoa que estou a cuidar					
11	Senti-me mal por repreender por algum motivo a pessoa que estou a cuidar					
12	Estou chateado comigo mesmo por ter sentimentos negativos em relação à pessoa que estou a cuidar					
13	Tenho-me encontrado a pensar que não estou à altura das circunstâncias					
14	Senti-me mal por não ter mais paciência com a pessoa que estou a cuidar					
15	Senti-me mal por deixar o meu familiar ao cuidado de outra pessoa enquanto eu fazia as minhas tarefas (p.e. trabalho, compras, ir ao médico, etc)					
16	Senti-me mal por deixar o meu familiar ao cuidado de outra pessoa enquanto eu me divertia.					
17	Senti-me culpado por desejar que a outros "lhes toque esta cruz" e sofram o mesmo que eu					
18	Senti-me má pessoa por odiar e invejar outros familiares que poderiam ser responsáveis parcialmente no cuidado e não o fazem					
19	Senti-me mal por ter sentimentos negativos (p.e. ódio, raiva e ressentimento) por alguns familiares					
20	Senti-me culpado pelo facto de ter tantas emoções negativas em relação ao cuidado					
21	Pensei que a forma como cuida do meu familiar poderia não ser adequada e contribuir para piorar o seu problema					
22	Senti-me culpado por pensar que a minha falta de informação e preparação poderia fazer com que não estivesse a lidar da melhor forma possível no cuidado ao meu familiar					

## ANEXO C- ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

### Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

A Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton é composta por 14 itens. Para cada um dos itens, assinale a opção que considera mais adequada para descrever a forma como a/o utente se apresenta ao longo da entrevista.

	0	1	2	3	4
	Ausente	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave
1. Humor ansioso: Preocupação, apreensão, antecipação do pior, irritabilidade.					
2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, incapacidade para relaxar, reação de sobresalto, choro fácil, tremores e sensação de inquietação.					
3. Medos: Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não reparador associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual/cognitivo: dificuldade de concentração, défice de memória.					
6. Humor depressivo: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, sinais de depressão, insónia terminal, alterações do humor.					
7. Nível Somático muscular: Dores musculares e dores de cabeça, espasmos musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz trémula.					
8. Nível Somático sensorial: ruídos auditivos, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigamento.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dispepsia: dor abdominal antes ou depois das refeições, azia, sensação de enfartamento, refluxo, náuseas, vômitos, ruídos intestinais, diarreia, perda de peso, obstipação.					
12. Sintomas Geniturinários: Poliúria, urgência urinária, amenorrela, menorragia, anafrodisia (falta de desejo sexual), ejaculação precoce, disfunção eréctil, impotência.					
13. Sintomas Autonómicos: Xerostomia, corar, palidez, hipersudorese, vertigens, cefaleias de tensão, arrepios.					
14. Comportamento na Entrevista: Tenso (não relaxado), tiques nervosos (apertar os dedos ou mãos), inquietação ou agitação, mãos trémulas, testa franzida, expressão facial tensa, aumento da tensão muscular, suspiros, palidez facial, engolir repetidamente, etc.					

## ANEXO D- ESCALA DE ZARIT

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?					
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?					
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?					
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?					
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?					

## ANEXO E- MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

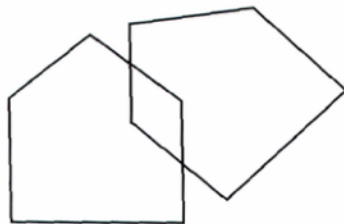
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**TOTAL**(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

**Considera-se com defeito cognitivo:**

- analfabetos  $\leq 15$  pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

# ANEXO F- ESCALA MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

## MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VERSÃO PORTUGUESA 7.3 – VERSÃO ALTERNATIVA

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

<b>VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA</b>		<b>Copiar o cilindro</b>		<b>Desenhar um Relógio (nove e dez)</b> (3 pontos)		<b>Pontos</b>
						[ ] [ ] [ ] Contorno      Números      Ponteiros ___/5
<b>NOMEAÇÃO</b>						
						[ ] [ ] [ ] ___/3
<b>MEMÓRIA</b>	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo
	1º ensaio					
	2º ensaio					
<b>ATENÇÃO</b>						
Leia a sequência de números. (1 número/segundo).		O sujeito deve repetir a sequência. [ ]		5 4 1 8 7		
O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [ ]				1 7 4		___/2
Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.						
[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB						
Subtrair de 7 em 7 começando em 80. [ ] 73 [ ] 66 [ ] 59 [ ] 52 [ ] 45						
4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos						
<b>LINGUAGEM</b>						
Repetir: Ela soube que o advogado dele meteu um processo após o acidente. [ ]		As meninas a quem deram muitos doces ficaram com dores de barriga. [ ]				___/2
Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "M" (1 minuto). [ ] _____ (N ≥ 11 Palavras)						
<b>ABSTRACÇÃO</b>						
Semelhança p.ex. entre banana e laranja = frutos [ ]		olho - ouvido [ ]		trompete - piano [ ]		___/2
<b>EVOCAÇÃO DIFERIDA</b>		Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Barco	Ovo	Calças	Sofá
			[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
<b>Opcional</b>		Pista de categoria				
		Pista de escolha múltipla				
<b>ORIENTAÇÃO</b>						
[ ] Dia do mês [ ] Mês [ ] Ano [ ] Dia da semana [ ] Lugar [ ] Localidade						___/6
Adapted by : Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD © Z. Nasreddine MD      www.mocatetest.org      Examinador: _____						<b>TOTAL</b> ___/30
Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). <i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 3</i> . Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.						