



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

Relatório de Estágio

**O Silêncio do Estigma Internalizado: Intervenção de
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em
Comportamentos Aditivos e Dependências**

The Silence of Internalized Stigma: Mental Health and Psychiatric Nursing
Intervention in Addictive Behaviors and Dependencies

Andreia Jeremias Flório



**Lisboa
2024**



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

Relatório de Estágio

**O Silêncio do Estigma Internalizado: Intervenção de
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em
Comportamentos Aditivos e Dependências**

The Silence of Internalized Stigma: Mental Health and Psychiatric Nursing
Intervention in Addictive Behaviors and Dependencies

Andreia Jeremias Flório



Orientadora: Professora Doutora
Olga Maria Martins De Sousa Valentim



**Lisboa
2024**

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

Cora Coralina

Agradecimentos

Este trabalho não podia ter sido concretizado sem a ajuda de várias pessoas que ao longo destes quase dois anos auxiliaram o meu processo de desenvolvimento pessoal e académico. É com felicidade que agradeço:

À minha orientadora, a Professora Doutora Olga Valentim, pelo seu saber e rigor científico, exigência, disponibilidade, mas acima de tudo, por me ter incentivado a ir mais além no desenvolvimento das minhas capacidades como enfermeira especialista, aumentando o meu potencial no que toca à autoconfiança. Aqui lhe exprimo a minha gratidão.

Aos meus orientadores de estágio, à enfermeira Cristina, à enfermeira Isabel e ao enfermeiro João, por toda a dedicação, entrega, partilha de conhecimentos, paciência e altruísmo. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

Às três equipas onde estive inserida no âmbito dos estágios, a todos os profissionais, destacando os colegas enfermeiros, por me terem recebido excecionalmente e me terem feito sentir como um elemento integrante da equipa, muito obrigada.

A todos os clientes que, pelos diversos motivos, me acompanharam neste processo de aprendizagem, com uma especial gratidão aos clientes participantes no projeto de intervenção, por toda a disponibilidade e entrega.

A todos os meus amigos, pelo carinho, incentivo e força constante. A todos os colegas que partilharam esta experiência, por todo o companheirismo principalmente nos momentos mais difíceis.

Por fim, à minha família, em especial à minha mãe, pelo apoio incondicional, por terem acreditado no meu valor e pela compreensão dos momentos em que estive ausente.

Lista de siglas

APA – American Psychological Association

ARS - Administrações Regionais de Saúde

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

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

ECSM - Equipa Comunitária de Saúde Mental

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ETET – Equipa Técnica Especializada de Tratamento

ISMI – Internalized Stigma of Mental Illness scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PUS - Perturbação de Uso de Substâncias

RSES – Rosenberg Self-Esteem Scale

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UIL-CAD - Unidade de Intervenção Local em Comportamentos Aditivos e Dependências

ULS - Unidade Local de Saúde

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime

WHO - World Health Organization

Resumo

A Perturbação de Uso de Substâncias tem um impacto significativo em todas as vertentes da vida da pessoa que é dependente destas, consistindo numa perturbação mental que afeta o cérebro e o comportamento, causando incapacidade em controlar o seu uso. Inerente a esta perturbação destaca-se o estigma internalizado, que é proposto como um obstáculo ao tratamento e reabilitação social de pessoas com comportamentos aditivos e dependências (CAD), estando associado negativamente com a autoestima.

Este Relatório enquadra teoricamente a problemática do estigma internalizado e dos CAD, com a análise da relação entre estes e a autoestima. Com o objetivo de promover uma prestação de cuidados mais eficaz, baseada em evidência científica, dirigida às pessoas afetadas por estas condições de doença mental, foi realizada uma revisão *scoping*, que serviu de suporte ao desenvolvimento de um Programa de Intervenção. Este mobilizou técnicas psicoeducativas e cognitivo-comportamentais, em seis sessões individuais, presenciais, semanais, avaliado antes e após, com seis clientes. Os resultados indicaram ganhos em saúde no que diz respeito à consolidação da experiência subjetiva de ser um membro da sociedade e de resistência ao estigma internalizado.

Para além disso, este relatório tem como objetivo representar o percurso do mestrado, orientado para a aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e de Mestre. Através dos diferentes contextos de estágio, tive a oportunidade de aprofundar o autoconhecimento, analisar crítica e reflexivamente a minha prática profissional, fortalecer capacidades comunicacionais e relacionais, baseadas no Modelo Teórico de Tidal, adquirir competências para a intervenção na otimização e recuperação da saúde mental e desenvolver competências de mobilização de intervenções psicoeducacionais, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoterapêuticas.

Palavras-chave: estigmatização; comportamento aditivo; saúde mental; autoestima; enfermagem psiquiátrica.

Abstract

Substance Use Disorder has a significant impact on all life aspects of the person who is dependent on them, consisting of a mental disorder that affects the brain and the behavior, causing an inability to control their use. Inherent to this disorder is internalized stigma, which is proposed as an obstacle to the treatment and social rehabilitation of people with addictive behaviors and dependencies (ABD), being negatively associated with self-esteem.

This Report theoretically frames the issue of internalized stigma and ABD, with an analysis of the relationship between these and self-esteem. With the aim of promoting more effective care provision, based on scientific evidence, to people affected by these mental illness conditions, a scoping review was carried out, which supported the development of an Intervention Program. This mobilized psychoeducational and cognitive-behavioral techniques, in six individual, face-to-face, weekly sessions, evaluated before and after, with six clients. The results indicated health gains with regard to the consolidation of the subjective experience of being a member of society and resistance to internalized stigma.

Furthermore, this Report aims to represent the Master's degree path, oriented towards the acquisition and development of Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing and Master's skills. Through the different internship contexts, I had the opportunity to deepen my self-knowledge, critically and reflectively analyse my professional practice, strengthen communication and relational skills, based on Tidal's Theoretical Model, acquire skills for intervention in the optimization and recovery of mental health and develop skills for mobilizing psychoeducational, socio-therapeutic, psychosocial and psychotherapeutic interventions.

Keywords: stereotyping; behavior, addictive; mental health; self concept; psychiatric nursing.

Índice

Introdução.....	10
1. Problemática.....	13
2. Enquadramento Concetual e Metodológico.....	15
2.1. Comportamentos aditivos e dependências.....	15
2.2. Estigma, estigma internalizado e autoestima.....	17
2.3. Estigma internalizado, autoestima e comportamentos aditivos e dependências.....	19
2.4. Intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.....	20
2.5. Modelo Teórico de Tidal.....	21
3. Contextos de estágio.....	25
3.1. Contexto I (comunitário).....	25
3.2. Contexto II (respostas diferenciadas).....	27
4. Projeto de Intervenção.....	30
4.1. Diagnóstico de situação.....	30
4.2. Definição dos objetivos.....	31
4.3. Planeamento da intervenção.....	32
4.4. Execução e avaliação.....	35
4.4.1. Adaptação do projeto de intervenção à pessoa com doença mental.....	42
4.5. Divulgação dos resultados.....	43
5. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista....	45
6. Desenvolvimento de Competências Específicas do EEESMP.....	54
7. Desenvolvimento de Competências de Mestre.....	63
8. Conclusão.....	65
Referências Bibliográficas.....	68

Índice de quadros

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica, psicossocial e de saúde dos seis participantes com CAD que concluíram o programa

Quadro 2 – Medidas de tendência central e de dispersão e comparação das escalas ISMI e RSES nos dois momentos com a aplicação do teste Wilcoxon (N=6)

Quadro 3 – Médias da escala ISMI e subescalas por participante, antes e após a intervenção

Quadro 4 - Médias da escala RSES por participante, antes e após a intervenção

Quadro 5 – Percentagem das questões sobre o estigma experienciado, antes e após a intervenção

Quadro 6 - Percentagem das questões sobre o estigma percebido, antes e após a intervenção

Quadro 7 - Percentagem das questões sobre o estigma internalizado, antes e após a intervenção

Quadro 8 - Medidas de tendência central e de dispersão e comparação das escalas ISMI e RSES nos dois momentos com a aplicação do teste Wilcoxon (N=2)

Introdução

O presente relatório, elaborado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), enquadra-se na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 2º ano, 1º semestre, do 1º Curso de Mestrado em ESMP, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, constituindo-se como parte do método de avaliação da UC.

A elaboração do presente relatório de estágio tem como objetivo geral representar o percurso realizado ao longo do mestrado, centrado na aquisição e desenvolvimento das competências, tanto comuns quanto específicas, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), determinadas pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), e pelo Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (OE, 2018), respetivamente, bem como, das competências de Mestre, determinadas pelo artigo 15º do Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto (Diário da República, 2018). Como objetivos específicos, estes consistem em: enquadrar teoricamente e concetualmente os conhecimentos adquiridos durante o presente curso académico; descrever o projeto de intervenção especializado em ESMP no âmbito da redução do estigma internalizado e aumento da autoestima em pessoas com comportamentos aditivos e dependência de substâncias; analisar de forma crítica, reflexiva e avaliativa, as aprendizagens adquiridas que proporcionaram um crescimento pessoal e profissional desenvolvido ao longo deste percurso.

O estigma relacionado com a saúde é descrito como um processo sociocultural em que grupos sociais são desvalorizados, rejeitados e excluídos com base numa condição de saúde desconsiderada socialmente (Livingston et al., 2011). A estigmatização da doença mental continua a ser uma preocupação constante na vida das pessoas que sofrem destas condições por ser tão prevalente (Óri et al., 2023). Embora as perturbações relacionadas com substâncias sejam classificadas como doenças mentais, a estigmatização das pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) provoca consequências mais graves em relação a outros problemas do foro mental (Deilamizade et al., 2020). Por sua vez, o estigma internalizado faz com que as pessoas com CAD evitem os cuidados de saúde mental de que necessitam, o que se torna num obstáculo (Bozdog & Çuhadar, 2022).

A escolha do tema apresentado “O Silêncio do Estigma Internalizado: Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Comportamentos Aditivos e Dependências”, foi motivada pela relevância da problemática do consumo de substâncias e pelo reconhecimento do impacto do estigma na procura de ajuda. Além disso, o meu interesse pessoal nessa área de estudo, especialmente no que diz respeito ao estigma internalizado que esta população com CAD enfrenta, também influenciou essa decisão.

Diante desse contexto, percebi a necessidade e a oportunidade de desenvolver um projeto de intervenção que não apenas fornecesse suporte e cuidados adequados aos indivíduos com CAD e suas famílias, mas também contribuísse para a desconstrução do estigma internalizado que frequentemente os impede de procurar ajuda.

Como destacado por Ghada Waly, diretora executiva da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), o estigma pode ter consequências fatais, privando as pessoas com perturbações de uso de substâncias (PUS) da assistência de que precisam e merecem, mantendo os problemas ocultos até que seja demasiado tarde (World Health Organization [WHO], 2023).

Neste sentido, torna-se crucial investir na área da saúde mental, através da compreensão da prevalência dos CAD em Portugal, e do seu impacto na saúde mental, tanto das pessoas doentes, quanto das suas famílias, grupos e comunidade. Isso requer a implementação de intervenções de enfermagem especializadas eficazes, baseadas em evidências científicas, e na participação no debate público acerca das políticas atuais nesta matéria.

Os dois contextos selecionados para o estágio, integrados na UC Estágio com Relatório, tiveram a duração de nove semanas cada um. Um deles foi em um ambiente comunitário, trabalhando com uma Equipa Comunitária de Saúde Mental (ECSM), enquanto o outro foi em um ambiente especializado de tratamento, colaborando com uma Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET). O último contexto de estágio foi direcionado aos CAD, sendo escolhido como base para a implementação do projeto de intervenção descrito neste relatório.

Deste modo, foi possível obter uma compreensão do estigma internalizado e da autoestima, tanto em pessoas com doença mental, adaptando o projeto para este contexto, quanto em pessoas com CAD. Foi possível observar como a intervenção

especializada do EEESMP pode ser eficaz e contributiva na capacitação destas pessoas a adquirirem estratégias que visam a redução do estigma internalizado e o aumento da autoestima, resultando numa melhor qualidade de vida.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes, com um total de oito capítulos. A primeira parte é dividida em quatro capítulos: o primeiro capítulo diz respeito à problemática do tema, respondendo à questão “por que é este um assunto importante?”, com a apresentação de um enquadramento sumário e da sua relevância para os clientes e para a ESMP. O segundo capítulo aborda o enquadramento concetual e metodológico. Inicialmente, é apresentada uma contextualização histórica do consumo de drogas em Portugal. Em seguida, são aprofundados os conceitos de estigma, estigma internalizado, autoestima e CAD. Além disso, é detalhado o Modelo Teórico utilizado e apresentada a Revisão *Scoping* sobre o tema, que serviu como fonte de evidência científica para as intervenções especializadas de enfermagem realizadas no projeto de intervenção. O terceiro capítulo é referente aos contextos de estágio, com a descrição sumária de cada um deles, de modo reflexivo. O quarto capítulo diz respeito ao Projeto de Intervenção e às suas etapas metodológicas.

A segunda parte compreende a análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP e de Mestre, correspondendo ao quinto, sexto e sétimos capítulos, respetivamente. Por fim, o oitavo e último capítulo refere-se à conclusão, que consiste na síntese do trabalho desenvolvido ao longo deste percurso, com a análise crítica dos aspetos mais relevantes no processo de aprendizagem.

O relatório de estágio é redigido segundo as normas do Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, utilizando as normas da *American Psychological Association (APA)* 7ª edição.

1. Problemática

Segundo o *World Drug Report 2023*, da UNODC, **o consumo de drogas mantém uma alta prevalência a nível global**. Estima-se que o número de consumidores de substâncias psicoativas aumentou de 240 milhões em 2011 para 296 milhões em 2021 (que corresponde a 5,8% da população global, com idades entre os 15 e os 64 anos), o que significa que 1 em cada 17 pessoas apresentou consumos de droga nos últimos 12 meses. Estima-se também que meio milhão de mortes, em 2019, foram atribuídas a esta problemática (WHO, 2023). Relativamente a Portugal, dados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na população geral, de 2016/17, as prevalências do consumo de qualquer droga foram de 10% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e de 4% nos últimos 30 dias, verificando-se aumentos face a 2012, sobretudo do consumo recente e atual (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2022).

Os dados revelam uma **disparidade significativa entre o número de consumidores e aqueles que efetivamente recebem ajuda especializada**, a nível global, isto é, apenas 20% das pessoas com PUS encontram-se em tratamento, pelo que o acesso a este é altamente desigual (WHO, 2023). Uma das principais causas para esta desigualdade deve-se ao **fenómeno do estigma**, que reduz a probabilidade de as pessoas com PUS procurarem e manterem o tratamento necessário.

De acordo com a Rede Iberoamericana de Organizações Não Governamentais que trabalham em Drogas e adições (RIOD) (2019), o estigma associado ao uso de drogas e aos comportamentos aditivos afeta de maneira transversal a vida das pessoas, provocando um impacto na saúde física e mental, na capacidade de encontrar e manter um emprego e uma habitação, nas relações sociais e no autoconceito, bem como, atrasa a procura de um tratamento adequado, constituindo-se como uma barreira para aceder e/ou permanecer no regime de tratamento.

Diante a gravidade da prevalência dos dados mencionados, tanto em escala global quanto nacional, e do impacto negativo do estigma associado, que afeta todas as vertentes da vida da pessoa com CAD, tornou-se evidente a necessidade de realizar um projeto de intervenção neste tema. Além disso, vale ressaltar que **o tema ‘estigma’ está incluído no conjunto de programas psicoeducativos** desenvolvidos pelos EEESMP, seguindo as recomendações do Guia Orientador de Boas Práticas de

Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave, da OE (2021). Conforme esse documento, uma Boa Prática é indicada como “executar intervenções de combate ao estigma e discriminação da pessoa com doença mental grave” (p. 40), neste caso, o conceito é adaptado para ‘pessoas com comportamentos aditivos e dependências’.

Neste sentido, a evidente vulnerabilidade que as pessoas consumidoras de substâncias psicoativas e suas famílias apresentam desencadeia a necessidade de um conjunto de competências comuns e específicas dos EEESMP. Essas competências capacitam os EEESMP a intervir nos processos de adaptação com vista à promoção da ajuda necessária para lidar com os problemas relacionados, minimizar o seu impacto e melhorar a qualidade de vida (Seabra et al., 2021).

O **estigma internalizado** é definido como um processo subjetivo, caracterizado por sentimentos negativos sobre si mesmo, comportamento desadaptado, alteração da identidade pela aceitação de estereótipos, resultante das experiências individuais relativas às percepções ou antecipação de situações sociais negativas com base num *status* social negativo ou condição de saúde (Livingston et al., 2011). Este tipo de estigma é comum em pessoas com PUS (Saffari et al., 2022). Não obstante, diversos estudos têm demonstrado uma relação negativa entre o estigma internalizado e a autoestima, chegando esta última a ser encarada como ‘constituente’ do estigma internalizado (Oliveira, 2015).

2. Enquadramento Concetual e Metodológico

2.1. Comportamentos aditivos e dependências

O **consumo de substâncias psicoativas** tem acompanhado a História da Humanidade desde as civilizações mais antigas, ocorrendo em todas as culturas e sendo transversal a todas as épocas. O desejo de modificar o nível de consciência e o estado de humor tem sido um fator decisivo que contribuiu para que o Homem recorra a uma ampla variedade de substâncias com efeito psicoativo (Ismail & Gonçalves, 2022). Esta premissa serve de mote à contextualização histórica, que se segue, acerca do fenómeno do consumo de droga no nosso país.

Desde 1894 que se tenta controlar a **problemática do consumo de droga em Portugal**, em conformidade com o resto do mundo. Em 1963, criou-se a Lei da Saúde Mental, que atribuiu o cariz de doença mental à toxicodependência, no entanto, nessa altura não existiam quaisquer centros ou unidades de tratamento, tendo apenas surgido a primeira consulta específica de toxicodependência em 1973 (Catarino, 2020). No final dos anos 70, início dos anos 80, a ação do Governo em matéria de drogas intensificou-se pela criação e atuação de vários centros de estudos e de investigação, demonstrando-se assim uma atitude mais flexível influenciada pelo quadro compreensivo do fenómeno do consumo de drogas através da vertente psicossocial (Dias, 2007).

Na década de 1980, Portugal atravessou uma época em que o consumo de heroína se sobrepôs ao do haxixe, tão característico dos anos 70. Com a heroína surgiram novos problemas sociais, nomeadamente, o VIH/SIDA (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) – problema de saúde pública que se manifestou na população em geral e, rapidamente, se estendeu à população toxicodependente, pelo consumo de substâncias via endovenosa. Este aspeto exigiu uma intervenção mais pragmática no âmbito das políticas da redução de riscos e minimização de danos (Dias, 2007). Foi criada pelo Governo, em 1998, a *Comissão para a Estratégia Nacional do Combate à Droga*, que recomendou a descriminalização do consumo de estupefacientes, confirmada com a promulgação da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, que tinha como propósito delimitar o controlo do consumo de droga em Portugal, e alterar o estatuto legal do consumidor, classificando-o como alguém que sofre de uma doença, ao invés de um criminoso. As

Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) foram criadas para operacionalizar a referida Lei, tendo esta sido traduzida num avanço fundamental, cujos resultados foram, inequivocamente, favoráveis quanto à redução de nocividade associada ao problema das drogas a todos os níveis, pois, desde que entrou em vigor, houve uma diminuição do consumo problemático a nível nacional (Catarino, 2020; Figueira et al., 2014).

Ao longo destas duas décadas, foi possível identificar ganhos como a estabilização da utilização de heroína e da administração injetável de drogas, a redução da infeção VIH/SIDA, da mortalidade, e da criminalidade associada às substâncias psicoativas entre consumidores (Cruz, 2021). Portugal continua a surgir abaixo dos valores médios europeus nas prevalências de consumo recente de canábis, cocaína e ecstasy, que constituem as três substâncias ilícitas com maior predomínio de consumo em Portugal (SICAD, 2022). Contudo, existem alguns indicadores menos positivos, como o aumento da diversidade e do grau de pureza de várias drogas, a subida de overdoses, a diminuição do risco percebido associado ao consumo de drogas entre os mais jovens, o agravamento do consumo de canábis na população geral, e maior circulação de drogas, nomeadamente sintéticas, nos mercados via internet (SICAD, 2022).

De acordo com Cruz (2021), torna-se pertinente promover, a nível da sociedade portuguesa, uma visão menos catastrófica sobre as substâncias psicoativas, educar os cidadãos quanto à diversidade dos seus padrões de consumo e o impacto associado, e apostar em políticas não paternalistas estigmatizantes.

Os **comportamentos aditivos**, entendidos como “processos de adição”, são comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes condutas, como por exemplo: substâncias psicoativas, jogo, internet, sexo, compras, etc., envolvendo também um potencial de prazer. A continuidade e a perseverança deste tipo de comportamento, coexistindo com outros fatores, poderá evoluir para dependência (SICAD, 2013).

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5.^a edição (DSM-5), faz referência a **perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas** como “a característica essencial da Perturbação de Uso de Substâncias (PUS) consiste na presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo, apesar dos

problemas significativos relacionados com a substância” (APA, 2014, p. 523). Assim sendo, a PUS resulta de uma interação complexa de múltiplos fatores. Os fatores de risco incluem fatores genéticos, biológicos ou de vulnerabilidade fisiológica, fatores psicológicos, (e.g., capacidade de *coping* e falta de resiliência), fatores psicossociais externos e socioculturais, (e.g., problemas sociais e familiares), e influências étnicas e culturais (Registered Nurses’ Association of Ontario [RNAO], 2015; Townsend, 2011).

2.2. Estigma, estigma internalizado e autoestima

A etimologia da palavra ‘**estigma**’, do grego *stygma*, refere-se a uma tatuagem, isto é, uma marca distintiva de carácter decorativo, religioso, ou utilizado para representar propriedade (Oliveira, 2015). Erving Goffman, considerado uma figura de renome no estudo do estigma, apresentou, em 1963, uma conceptualização inovadora relativa ao seu processo de desenvolvimento, consequências nas sociedades contemporâneas, e a influência na construção da identidade social (Oliveira, 2015).

De acordo com Goffman, **estigma** é “um atributo profundamente desqualificante, quando uma pessoa é diminuída de inteira e comum para marcada e indigna” (Goffman, 2021, p. 15). Este conceito é utilizado para afastar de um grupo dominante algum indivíduo ou um conjunto de pessoas com determinadas características que os diferenciam da norma, resultando em indivíduos rejeitados, objetos de discriminação e excluídos da participação em diversas áreas da sociedade (Nascimento & Leão, 2019; Verona & Branthoover, 2022).

Foram vários os autores que ao longo do tempo se debruçaram sobre o processo de estigmatização, dando um contributo valioso para a sua (re)conceptualização. Um exemplo notável é o trabalho de Corrigan e Watson (2002), que identificaram o papel fundamental dos estereótipos, preconceitos e discriminação, enquanto as três componentes constituintes do estigma público ou social. Com base nestes autores, estereótipos são definidos como crenças negativas coletivamente aceites acerca de determinados grupos (e.g., periculosidade, incompetência). Por seu lado, os preconceitos acrescentam à dimensão cognitiva, isto é, aos estereótipos, um conteúdo emocional, originando uma atitude geralmente desfavorável (e.g., raiva, medo). Por fim, a discriminação consiste no comportamento em resposta aos

preconceitos (e.g., recusa de ajuda, recusa de oportunidades de emprego e habitação).

Entre os vários tipos de estigma associados à doença mental, os mais relevantes para este enquadramento são o estigma público/social e o **estigma internalizado**. O estigma público/social refere-se às atitudes negativas desencadeadas pelo público em geral dirigidas às pessoas com experiência de doença ou outros problemas de saúde mental (Subu et al., 2021), enquanto que o **estigma internalizado**, também designado como auto-estigma, consiste na aceitação e internalização de crenças generalizadas e/ou estereótipos negativos da sociedade, que se descreve como algo verdadeiro para a própria pessoa (Dubreucq et al., 2021; Oliveira, 2015; Roe et al., 2013; Saffari, et al., 2022).

Desta forma, o processo de internalização do estigma torna-se central para as condições psicológicas destes indivíduos, o que provoca diminuição da **autoestima** e autoeficácia, perceção de desvalorização, sentimentos de vergonha, culpa, angústia, raiva ou auto-reprovação (Gerlinger et al., 2013; Soares, 2011; Verona & Branthoover, 2022).

O estigma internalizado, por sua vez, consiste numa experiência psicológica muito complexa que deriva do estigma como um stressor de carácter social (Abiri et al., 2016). Esse fenómeno engloba respostas cognitivas (e.g., pensamentos autodestrutivos e sensações de inferioridade e incompetência), afetivas (e.g., sentimentos de tristeza, vergonha, raiva) e comportamentais (e.g., desvalorização, ocultação da doença, isolamento social) (Valentim et al., 2023). Essas reações são intrinsecamente ligadas às perceções individuais sobre si mesmos.

Rosenberg (1965) definiu a **autoestima** como uma avaliação que o indivíduo faz sobre si mesmo, que se expressa numa atitude positiva ou negativa em função de si, em que este aprova ou não o resultado (Quintão, Delgado & Prieto, 2011). Essa conceção pode ser relacionada a praticamente qualquer aspeto da experiência e comportamento humano (García et al., 2019). A formação da autoestima está associada a dois componentes: um cognitivo, que se refere aos pensamentos sobre determinado objeto, e outro afetivo, que determina a atitude positiva ou negativa do indivíduo relativamente ao objeto (Felicíssimo et al., 2013).

Alguns autores têm apontado que uma das principais **consequências do estigma** internalizado consiste na **diminuição da autoestima** (Corrigan, 2004). O

estigma internalizado está negativa e inversamente relacionado com a autoestima, motivação para alcançar objetivos pessoais, tomada de decisões, adesão ao tratamento, bem-estar, qualidade de vida, valorização pessoal e psicossocial (Dubreucq et al., 2021).

Neste sentido, reforçar a autoestima em pessoas vulneráveis é crucial para a sua integração social, com um impacto positivo, uma vez que representa um importante componente de promoção da saúde, o que contribui tanto para a gestão do stress, quanto para a mudança de comportamentos (Panagiotounis, et al., 2021). Além disso, o estigma não só atinge diretamente as pessoas com doença mental, mas também tem um efeito significativo naqueles que são próximos e importantes, incluindo os seus membros familiares (Valentim et al., 2023).

2.3. Estigma internalizado, autoestima e comportamentos aditivos e dependências

O **fenómeno dos CAD** representa um desafio para a sociedade atual, pelo forte impacto na qualidade de vida das pessoas aditas, pelos recursos que são necessários para ajudar na recuperação e/ou minimizar as consequências e para fazer face ao impacto social que ele provoca (Seabra et al., 2021). Ao contrário de outras perturbações, a PUS é ainda encarada como um problema do foro moral e criminal e não como uma doença, sendo as pessoas com PUS responsabilizadas e culpadas pelo seu estado, por parte da sociedade em geral (Livingston et al., 2011). Esta conceção resulta num julgamento àqueles que consomem substâncias, encarados assim como pessoas imprevisíveis e perigosas que tomam más decisões e que devem sofrer as consequências (Verona & Branthoover, 2022).

Estudos sugerem que a **PUS** é alvo de estigmatização mais acentuada em comparação com outras condições mentais (Verona & Branthoover, 2022), e que as consequências mais graves associadas a essa perturbação estão relacionadas ao sofrimento psicológico (Seabra, 2021).

O **estigma internalizado** contribui para uma série de resultados com efeitos adversos para pessoas em risco de desenvolverem PUS ou já diagnosticadas com esta condição, nomeadamente o efeito “why try” (ou “porquê tentar” em português). Esse efeito engloba uma série de processos interligados, como o estigma

internalizado desencadeado pela reação aos estereótipos, a diminuição da autoestima e autoeficácia, bem como a incapacidade de promover comportamentos relacionados com a conquista de objetivos de vida. Essas dinâmicas, resultam na falta de oportunidades de emprego, habitação ou aspirações pessoais (Corrigan, Larson & Rüsch, 2009). Além disso, são observados outros efeitos negativos, tais como problemas de saúde física e mental, como depressão, ideação suicida, dificuldades em estabelecer ou manter relações, **baixa autoestima**, dificuldades na adesão e manutenção do tratamento, atrasos nos processos de recuperação e de reintegração social e, conseqüentemente, maior envolvimento em comportamentos de risco (RNAO, 2015; Saffari, et al., 2022).

Nesta perspectiva é fundamental relacionar os conceitos de **estigma internalizado**, **autoestima** e **CAD**, e implementar intervenções especializadas de ESMP. O objetivo é promover fatores protetores inerentes aos comportamentos aditivos, como a presença de relações sociais saudáveis e o desenvolvimento de competências emocionais, comportamentais, cognitivas, morais e interpessoais (Panagiotounis et al., 2021).

2.4. Intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Foi realizada uma revisão *scoping* com o tema: “Estigma internalizado em pessoas com doença mental, a intervenção especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: uma revisão *scoping*”. O objetivo foi mapear as intervenções psicoterapêuticas eficazes na redução do estigma internalizado e no aumento da autoestima. Esta revisão, realizada em agosto de 2023, seguiu os princípios do *Joanna Briggs Institute*.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa sobre a PUS, contudo, não foram encontrados resultados relevantes que atendessem aos critérios de inclusão, o que levou à necessidade de ajustar a estratégia de pesquisa para a temática da doença mental. Neste sentido, a questão de investigação foi reformulada para: “Quais as intervenções eficazes na diminuição do estigma internalizado e aumento da autoestima em pessoas com doença mental?”.

A questão de revisão baseou-se na estratégia PCC, onde a População (P) são as pessoas com doença mental, o Conceito (C) é o estigma internalizado e autoestima, e por fim, o Contexto (C) são as intervenções de enfermagem.

Os artigos selecionados foram obtidos através do cruzamento de termos-chave: “self esteem” AND (“internalized stigma” OR “self stigma”) AND (“psych* intervention*” OR “nurs* intervention*” OR “therap*” OR “intervention*”) AND (“mental illness” OR “mental health” OR “mental disorder*”). A metodologia da revisão *scoping* realizada envolveu a análise de artigos em seis bases de dados (Academic Search Complete, Cochrane, CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection e ERIC), remetente ao período compreendido entre 2018 e 2023.

Foram excluídos os artigos que envolviam crianças/adolescentes, outros tipos de estigma, os artigos indisponíveis em *full text* e que não se encontrassem em português, inglês ou espanhol. O processo de *screening* envolveu dois revisores, bem como o processo de extração de dados. Obteve-se um total de 116 artigos, sendo que destes apenas sete foram considerados na análise integral.

De acordo com os resultados encontrados, a psicoeducação e a abordagem cognitivo-comportamental, mais especificamente a intervenção de reestruturação cognitiva, emergiram como as intervenções psicoterapêuticas mais eficazes na redução do estigma internalizado e no aumento da autoestima em pessoas com doença mental.

Com base nesses resultados, foi concebido e desenvolvido de um programa de intervenção especializado em ESMP incorporando técnicas psicoeducativas e cognitivo-comportamentais, adaptado para pessoas com CAD, apresentado no Capítulo 4.

2.5. Modelo teórico de Tidal

A enfermagem, enquanto disciplina científica e profissão, engloba certas características, das quais se destacam um vasto campo de conhecimento que possa ser transmitido através do ensino académico, da autonomia na tomada de decisão, da autoridade sobre a prática e da responsabilidade, e reconhecimento pelos resultados

(Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2016). Tais características são possíveis devido à existência de modelos e teorias de enfermagem, que representam uma linguagem específica e que têm como principal objetivo definir, explicar, compreender e interpretar os fenômenos que caracterizam os domínios de estudo e intervenção da enfermagem (Alcântara et al., 2011).

Foram consideradas várias influências teóricas ao longo deste percurso acadêmico, como a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, analisada no Estudo de Caso realizado. No entanto, identificamos o Modelo de Tidal como o mais adequado para orientar a intervenção com pessoas com PUS. Esse modelo desempenha um papel no processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, pois fornece uma estrutura para compreender o processo de recuperação dos CAD (Young, 2010).

Phil Barker é um filósofo, psicoterapeuta e professor honorário na Universidade de Dundee, na Escócia. Ele iniciou o desenvolvimento do Modelo de Tidal no início dos anos 90 do século XX, em conjunto com a sua esposa, Poppy Buchanan-Barker, aquando exercia funções como professor de Enfermagem Psiquiátrica na Universidade de Newcastle. A conceção deste modelo decorreu da reflexão de Barker sobre o foco concetual da enfermagem psiquiátrica, bem como sobre o papel do cuidado, compaixão, compreensão e coragem em ajudar pessoas que passam por situações de angústia extrema, perdas e crises espirituais (Alligood, 2018).

O Modelo de Tidal consiste numa teoria de médio alcance (Alligood, 2018; Wickman & Schmidt, 2023), e representa uma abordagem filosófica para a recuperação ou descoberta da saúde mental. Ao contrário de ser simplesmente um “modelo de tratamento”, centrado na mudança da pessoa, o Modelo de Tidal parte do pressuposto de que a pessoa já está a atravessar um processo de mudança, ainda que de forma subtil (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Neste sentido, destaca-se a importância de o enfermeiro compreender a pessoa e as suas necessidades, enquanto simultaneamente, a pessoa precisa entender como o enfermeiro a pode ajudar (Alligood, 2018). É, assim, assumido, que a experiência humana é percebida através da narrativa ou história pessoal – “as pessoas são as suas narrativas” (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p. 11). Este Modelo tem como base de sustentação teórica, a Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau; o modelo de empoderamento no cuidado em saúde mental de Musker e Byrne; e a Teoria do Caos (Lima et al., 2022).

O Modelo de Tidal é fundamentado em quatro focos de interesse de base teórica, na água como conceito metafórico, em seis princípios orientadores, em três domínios, em dez compromissos, em quatro questões filosófico-terapêuticas, e em Avaliação Holística.

O autor utiliza a metáfora da água para compreender as experiências de sofrimento humano:

A vida é uma viagem que se desenrola num inesperado oceano de experiências. Em certos momentos críticos, as pessoas podem experimentar as tempestades ou até pirataria (crise). Noutros momentos, o navio pode começar a encher-se de água e a pessoa enfrenta a perspectiva de naufrágio ou afogamento (colapso). As pessoas que se encontram nessa tempestade podem precisar de ser orientadas para um porto seguro, para reparar o navio ou para recuperarem de um trauma (reabilitação). A partir do momento em que o navio está reparado, ou a pessoa ganhou a força necessária, pode navegar novamente, com o objetivo de recolocar a pessoa no curso da sua vida (recuperação) (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p. 9).

Relativamente à intervenção do enfermeiro, os autores descrevem:

Pessoas que experienciam situações de crise, traumáticas, entre outros problemas de saúde mental, frequentemente relatam uma perda do seu “*sense of self*”. Desta forma, necessitam de uma estratégia sofisticada de “salvamento” (resgate psiquiátrico), e como continuidade, de uma intervenção adequada que promova uma verdadeira recuperação, agindo o enfermeiro, como um “salva-vidas”, que realiza as reparações necessárias ao navio (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p. 10).

No que se refere aos focos de interesse de base teórica do Modelo de Tidal, o principal foco terapêutico nos cuidados de saúde mental situa-se na comunidade. A vida de uma pessoa é um “oceano de experiências”, encarando-se a crise psiquiátrica como uma “ameaça de afogamento”. Neste sentido, os cuidados de saúde mental visam devolver as pessoas para o “oceano de experiências”, para que possam continuar a sua viagem de vida. Um dos principais objetivos das abordagens utilizadas neste modelo teórico é ajudar as pessoas a desenvolverem a consciência das pequenas mudanças, que, em última análise, têm um grande efeito nas suas vidas. O *empowerment* está no centro do processo do cuidado, no entanto, é importante reconhecer que as pessoas já têm o seu próprio “poder”.

De acordo com Alligood (2018), cabe aos enfermeiros ajudar as pessoas a “se fortalecerem” para que sejam capazes de utilizar o próprio poder pessoal para assumirem um maior controlo das suas vidas. Na relação entre enfermeiro e pessoa cuidada, estabelece-se uma união (ainda que de forma temporária) como pares numa dança. Esta metáfora representa o processo de cuidado genuíno, que envolve não

apenas “cuidar da” pessoa, mas sim “cuidar com” ela, alinhando-se com a nossa concepção dos cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

3. Contextos de estágio

3.1. Contexto I (comunitário) - Unidade de Saúde Mental – Equipa Comunitária de Saúde Mental de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da área de Lisboa

De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2022), as equipas comunitárias de saúde mental (ECSM) são unanimemente consideradas um dos pilares para a prestação e promoção de cuidados assistenciais na área da saúde mental, quer pela proximidade e acessibilidade, quer pelo combate ao estigma e carácter inclusivo, envolvendo o trabalho em rede entre os cuidados primários, hospitalares e estruturais na comunidade. Estas equipas têm como responsabilidade a prestação de cuidados de ambulatório às populações, dando resposta às suas necessidades, em estreita articulação com os clientes e respetivas famílias e com os elementos significativos da comunidade, como sejam as autarquias, comunidade escolar, setor social, proteção de menores, entre outras, em proximidade geográfica. São também responsáveis por assegurar todas as funções necessárias num nível de atendimento especializado e diferenciado, o que inclui a avaliação das necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliárias e intervenções de reabilitação, tendo como objetivo a recuperação global da pessoa com doença mental (Decreto-Lei n.º 113/2021).

O acesso a este serviço é feito por referência prévia por médicos de família de um dos centros de saúde da área assistencial, psiquiatras do serviço de urgência do centro hospitalar da área assistencial, e médicos de outros serviços do referido centro hospitalar.

A composição das equipas é multidisciplinar, sendo integrada maioritariamente por médicos psiquiatras e internos de psiquiatria, num total de nove, e em menor número, por dois enfermeiros, três psicólogos, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um psicopedagogo, um assistente técnico e dois assistentes operacionais.

A intervenção dos enfermeiros nas ECSM passa pelo desempenho de funções de Terapeuta de Referência, de acordo com um modelo de organização dos cuidados que visa ajudar a manter as pessoas com doença mental grave em contacto com os serviços, contribuindo assim para reduzir a frequência e duração dos internamentos,

e melhorar os resultados em saúde, nomeadamente, no que se refere ao funcionamento social e à qualidade de vida (Brito, 2018).

Durante nove semanas integrei uma destas equipas, traduzindo-se esse período numa etapa de aprendizagem importante no meu desenvolvimento pessoal e profissional. De facto, estas equipas fazem a diferença no processo de recuperação das pessoas que precisam de cuidados de saúde mental integrados e multidisciplinares, uma vez que são constituídas por profissionais competentes e dedicados, inseridos em instalações adequadas, a destacar um espaço de Unidade de Dia destinado a um programa contínuo de reabilitação psicossocial com atividades terapêuticas, dirigido por um psicopedagogo, onde tive a oportunidade, por duas vezes, de realizar intervenções psicoeducacionais a um grupo de nove clientes, resultando em momentos de aprendizagem valiosos e promotores de confiança nas minhas capacidades como futura enfermeira especialista.

Relativamente à importância da intervenção dos enfermeiros, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes são: capacidade para comunicar sentimentos diminuída; baixa autoestima; comunicação comprometida; cognição comprometida; pensamento comprometido; tristeza; ansiedade moderada (CIPE, 2016; OE, 2018). Os diagnósticos de adesão ao regime terapêutico, adesão ao regime medicamentoso e potencial de recuperação (CIPE, 2016; OE, 2018), são os focos principais das intervenções realizadas com os clientes, devido ao facto de os enfermeiros na equipa serem apenas dois, ao invés de seis, de acordo com o número de clientes acompanhados em consulta, que se encontra na ordem de quatrocentos, o que dá um rácio de duzentos clientes por enfermeiro.

Como resultado, qualquer ausência na equipa de enfermagem, seja por motivo de aposentação, doença, licença, ou outro, acarreta uma clara redução nos rácios de enfermagem. A falta de enfermeiros em equipas de saúde mental pode comprometer a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados aos clientes e/ou famílias/ grupos, o que aumenta o risco de resultados adversos e prejudica a sua recuperação, e além do mais, esta situação pode levar a sentimentos de insatisfação profissional entre os membros da equipa, e em último caso, contribuir para o desenvolvimento de *burnout* (Faria et al., 2019).

Na minha perspetiva, uma melhoria fundamental na ECSM seria o aumento do número de enfermeiros. Isso permitiria um tempo de consulta de enfermagem mais prolongado, menos centrado na administração psicofarmacológica, e mais importante ainda, permitiria a implementação dos seis programas instituídos na equipa. Atualmente, esses programas estão “fechados na gaveta” devido à falta de profissionais. Estes programas têm como principal objetivo a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental grave, além de oferecer uma intervenção de enfermagem dirigida a pessoas com demência e aos seus cuidadores.

É crucial que os gestores de saúde mental reconheçam a importância dos enfermeiros na equipa e tomem medidas para garantir um número adequado de enfermeiros em relação a outros profissionais de saúde mental.

3.2. Contexto II (respostas diferenciadas) – Equipa Técnica Especializada de Tratamento de uma Unidade de Intervenção Local em Comportamentos Aditivos e Dependências (UIL-CAD) da área de Lisboa

De acordo com o Relatório de Atividades 2018, elaborado pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT) (ARSLVT, 2019), “Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento (ETET) têm como função a prestação de cuidados de saúde na área dos CAD e as patologias a eles associados” (p. 47). Estas equipas fazem parte do atual Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD), criado pelo Decreto-Lei n.º 89/2023 (Presidência do Conselho de Ministros, 2023), que resulta da extinção, por fusão, do SICAD.

A prestação de cuidados nestas equipas é realizada em consultas de ambulatório, com a oferta de uma variedade de intervenções, tais como, avaliação diagnóstica, consulta e acompanhamento médico, psicoterapia individual, tratamento com agonistas opiáceos, terapia familiar, grupos terapêuticos, treino de aptidões sociais, programas de inserção laboral, com a finalidade de garantir uma resposta especializada no tratamento e reinserção dos utentes com CAD.

O acesso às ETET pode ser feito pelos cidadãos com problemas de adição e famílias, por referência de médicos de família dos centros de saúde da área assistencial, psiquiatras do serviço de urgência do centro hospitalar da área assistencial, e pelo sistema judicial.

A composição das equipas é multidisciplinar, sendo integrada, principalmente, por médicos psiquiatras e de clínica geral, enfermeiros, psicólogos clínicos, assistentes sociais, e técnicos administrativos com formação psicossocial. Através destas equipas, a resposta de tratamento em CAD é assegurada para uma população, cada vez mais envelhecida, com necessidades e vulnerabilidades específicas, e com maiores comorbilidades físicas e psíquicas.

A intervenção das ETET é integrada e articulada com outros serviços diferenciados de saúde, o que visa reduzir comorbilidades e minimizar os riscos das infeções sexualmente transmissíveis e das doenças infetocontagiosas, assegurando ganhos, ao nível da saúde individual e da saúde pública. Não obstante, ao nível do apoio psicossocial, são desenvolvidas atividades de reinserção social dos utentes, no sentido de promover a reorganização da sua vida pessoal e social, e de diminuir os fatores de risco e de exclusão social. Para além das intervenções supracitadas, que são realizadas pelos enfermeiros, mas também por outros profissionais de saúde, a intervenção destes profissionais também abrange o programa de tratamento com agonistas opioides, em específico o de metadona. Os diagnósticos de enfermagem mais comuns incluíram: comportamento aditivo, comportamento compulsivo, *coping* comprometido, dependência de álcool, dependência de substâncias psicoativas, comportamento interativo comprometido, ansiedade (CIPE, 2016; OE, 2018).

De forma idêntica ao Contexto I, durante nove semanas integrei uma destas equipas, período durante o qual vivenciei uma etapa enriquecedora de aprendizagens. Essa experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências tanto comuns quanto específicas de ESMP, além de promover o desenvolvimento de competências pessoais.

Esta experiência levou-me a um processo de reflexão acerca dos cuidados oferecidos nesta ETET. Creio que um aumento do número de enfermeiros especialistas em saúde mental, seria uma medida essencial para otimizar a qualidade dos serviços.

Segundo Seabra (2021), a vivência relacionada com o uso problemático de substâncias psicoativas é inevitavelmente associada à disfuncionalidade e pouca qualidade de vida das pessoas aditas e das suas famílias, o que provoca grande sofrimento psicológico. Nesta perspetiva, os EEESMP são aqueles com competências

específicas para compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental dos clientes com CAD.

Esta melhoria, não apenas devido à natureza específica das competências, mas também por proporcionar um aumento no tempo da consulta de enfermagem, que frequentemente são limitadas a cerca de quatro minutos. Na minha perspectiva, a intervenção do enfermeiro transcende a simples administração ou entrega de doses de metadona. Envolve um papel ativo na prevenção, dissuasão, redução e minimização dos problemas associados ao consumo de substâncias psicoativas. Através de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, os enfermeiros promovem fatores protetores e incentivam hábitos de vida saudáveis, o que contribui para a prevenção de comportamentos de risco (OE, 2001, 2011).

Outro fator importante desta proposta de melhoria passa pela possibilidade da participação dos enfermeiros da ETET em programas na área da prevenção e promoção da saúde, de forma a minimizar o impacto dos fatores de risco e em simultâneo, maximizar os fatores de proteção em CAD. Essa participação pode incluir a dinamização de campanhas de sensibilização, implementação de programas de treino de competências pessoais e sociais, organização e execução de programas de educação para a saúde em contexto escolar, ou junto de grupos de risco.

4. Projeto de Intervenção – “O Silêncio do Estigma Internalizado: Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Comportamentos Aditivos e Dependências”

Este capítulo reúne o Projeto de Intervenção especializado em ESMP no âmbito da redução do estigma internalizado e aumento da autoestima em pessoas com CAD. Ele descreve as etapas metodológicas do projeto que incluem diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planejamento, execução, avaliação, e divulgação dos resultados. Na etapa ‘execução e avaliação’ serão apresentados também os resultados do projeto ao Contexto I (Estágio de contexto comunitário). A sua implementação derivou do planejamento e da constante adaptação às necessidades, recursos e limitações encontradas nos dois contextos.

4.1. Diagnóstico de situação

A primeira etapa da metodologia de projeto - diagnóstico de situação - visa a elaboração de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar (Ruivo & Nunes, 2010). Neste contexto, será explorada a importância da temática na qual se pretende intervir.

O estigma, relacionado à doença mental e às perturbações de uso de substâncias (PUS), corresponde a um processo social, vivido ou antecipado, caracterizado pela desvalorização, rejeição e exclusão que resulta da experiência ou da antecipação de um julgamento social adverso sobre uma pessoa ou grupo, com base na sua condição de saúde mental (Livingston et al., 2011; RNAO, 2015).

Quando os elementos-chave do estigma social – estereótipos, preconceitos e discriminação – são incorporados e aceites como verdadeiros, surge o fenómeno do estigma internalizado. Conforme discutido no Capítulo 1, este tipo de estigma acarreta sérias consequências negativas, tanto para a pessoa quanto para a família, traduzindo-se numa barreira aos cuidados de saúde, uma vez que as pessoas evitam ser rotuladas publicamente como “doentes mentais” ou “viciadas/drogadas” (Saffari et al., 2022).

Considerou-se relevante explorar a relação da autoestima com o estigma internalizado, uma vez que a autoestima é reconhecida como um dos recursos de resistência generalizada (Switaj et al., 2017), estando inversamente relacionada com o estigma internalizado.

Nesta perspectiva, é fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, invistam nesta área da saúde mental, para que haja divulgação de conhecimentos baseados em evidência científica, como é o caso do presente projeto de intervenção. O objetivo é promover uma prestação de cuidados mais eficazes a todas as pessoas afetadas por essas condições.

4.2. Definição dos objetivos

Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar e assumem representações antecipadoras na ação a realizar (Ruivo & Nunes, 2010).

Objetivo geral:

- Capacitar os clientes com CAD de forma a reduzir o estigma internalizado e aumentar a autoestima através da participação num programa de intervenção em ESMP em contexto de ambulatório.

Objetivos específicos:

- Facilitar a identificação de pensamentos e sentimentos relacionados com o estigma internalizado e para a aquisição de estratégias face à diminuição do estigma internalizado e aumento da autoestima;

- Promover a diminuição do nível de estigma internalizado, com a redução do *score* da escala ISMI;

- Promover o aumento do nível de autoestima, com o aumento do *score* da escala RSES;

- Avaliar a efetividade do programa, antes e após a intervenção, na minimização do impacto do estigma internalizado na vivência com a PUS;

- Desenvolver as competências comuns e específicas do EEESMP, e de Mestre.

4.3. Planeamento da intervenção

O projeto “O Silêncio do Estigma Internalizado” foi concebido para ser executado numa ETET, conforme detalhado no subcapítulo 3.2. Neste capítulo, são descritos os procedimentos a serem adotados e os recursos necessários para o desenvolvimento eficaz do projeto. Será também estabelecido o conjunto de instrumentos de avaliação que permitirão avaliar a eficácia das intervenções psicoterapêuticas no decorrer do processo.

Público-alvo: Pessoas com CAD de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, integradas numa ETET, em programa de tratamento com agonistas opioides.

Crítérios de inclusão: Pessoas com CAD, integradas numa ETET, em programa de tratamento com agonistas opioides; com idade superior a 18 anos; que saibam ler e escrever; que apresentem um nível médio-alto de estigma internalizado e de baixa autoestima.

Crítérios de exclusão: Pessoas com agitação psicomotora; com atividade delirante e/ou alucinatória, ou estado confusional; que recusem a participação.

Instrumentos de avaliação: Os instrumentos de recolha de dados utilizados compõem-se em diferentes técnicas e instrumentos de avaliação:

- **Análise documental**, através da consulta do processo clínico dos clientes;
- **Observação**, designada como um dos instrumentos básicos para a recolha de dados na investigação qualitativa (Miranda, 2009);
- **Entrevista de colheita de dados**, de acordo com o Modelo de Tidal;
- **Questionário para caracterização sociodemográfica, psicossocial e de saúde**, abordando as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, existência de filhos, tipo de habitação, agregado familiar, nível de escolaridade, situação profissional, antecedentes criminais, comorbilidades, e consumo de substâncias psicoativas;
- **The Rosenberg Self-Esteem scale (RSES)**. A RSES foi desenvolvida por Rosenberg em 1965, e é uma das escalas mais utilizadas para a avaliação da autoestima global (Ramos, 2017).

- **Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI).** A ISMI é uma das escalas mais utilizadas para avaliar o estigma internalizado em pessoas com doença mental. Foi considerado pertinente substituir o termo “doença mental” para “perturbação de uso de substâncias” aquando da aplicação da escala aos clientes com CAD.
- **Substance Use Stigma Mechanisms Scale (SU-SMS).** A SU-SMS é uma escala estruturada que avalia três dimensões do estigma associado à PUS.

Setting terapêutico: O *setting* é mais do que os aspetos físicos do ambiente terapêutico, ou seja, é ocupado pelas questões éticas, relação terapêutica e confiança mútua entre o profissional de saúde mental e a pessoa alvo dos seus cuidados (Moreira & Esteves, 2012). Assim, esse ambiente onde ocorreram as sessões, proporcionou aos clientes um espaço tranquilo, livre de interrupções, julgamentos ou medos de críticas negativas. Além do mais, foram garantidos o respeito e a confidencialidade, facilitando a construção da relação terapêutica.

Recursos: Os recursos humanos consistiram na equipa de enfermagem. Os recursos físicos e materiais consistiram no espaço adequado com ambiente tranquilo e acolhedor, e em materiais educativos.

Procedimento:

Os clientes foram inicialmente avaliados (T0 – *baseline*) por meio de instrumentos de avaliação e entrevista de enfermagem para determinar as suas características sociodemográficas, o estigma e a autoestima. Posteriormente, após a realização das sessões de intervenção psicoeducativa e psicoterapêutica, foram submetidos a uma nova avaliação do estigma e da autoestima (T1).

De acordo com Sampaio et al. (2018), a intervenção psicoterapêutica em enfermagem, conduzida por EEESMP, baseia-se na aplicação de técnicas de psicoterapia após a identificação de diagnósticos em Enfermagem de Saúde Mental. O número de sessões pode variar entre três e doze, sendo crucial o envolvimento ativo do cliente e a sua compreensão. Ademais, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal desempenham um papel fundamental para o sucesso das intervenções.

O planeamento das sessões deste projeto seguiu os princípios desse modelo de intervenção. Neste sentido, a intervenção foi estruturada em seis sessões individuais, de 50 minutos, em formato presencial, de periodicidade semanal, com mobilização de técnicas psicoeducativas e cognitivo-comportamentais, baseadas nos resultados da revisão *scoping*, mencionada no subcapítulo 2.4.

A psicoeducação permite a capacitação da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental e da sua família, para lidar com a doença e com os problemas do quotidiano, assim como promove a participação ativa no tratamento (OE, 2021).

Por sua vez, a reestruturação cognitiva é uma das técnicas de intervenção cognitiva-comportamental mais conhecidas e frequentemente utilizadas, que deriva da Terapia Cognitiva de Beck, sendo aplicada a pensamentos negativos irrealistas ou pensamentos disfuncionais, erros cognitivos e algumas crenças, e tem como objetivo levar a pessoa a considerar hipóteses relativamente ao modo como construiu a sua realidade, analisando os padrões de pensamento que originaram determinadas ideias e crenças disfuncionais (Sequeira & Sampaio, 2020).

Os planos de sessão incluem informação acerca do nome, duração e objetivos das sessões. Como suporte à intervenção, relativamente às sessões de reestruturação cognitiva, foram elaboradas duas ferramentas para identificação e modificação de pensamentos automáticos, de acordo com Townsend (2011), designadas de “registo de pensamentos automáticos” e “registo diário de pensamentos disfuncionais”.

Tratamento de dados: A análise dos dados foi realizada utilizando o *software* IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 27. Foram empregues técnicas de estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva envolveu o uso de medidas de tendência central e dispersão, como média e desvio-padrão, mediana e amplitude interquartil, além de frequência absoluta (n) e relativa (%). Na análise inferencial, foi utilizado o teste de *Wilcoxon Signed Ranks* para comparar as variáveis contínuas em dois momentos de avaliação distintos (T0/*baseline* e T1/término do programa). No que respeita à estatística inferencial, foi usada estatística não paramétrica, por não haver distribuição normal da amostra. Esta distribuição foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk (amostras de dimensão inferior ou igual a 30) (Marôco, 2021). O nível de significância adotado foi de 95% ($p < 0,05$).

Considerações éticas: Durante todas as etapas do projeto, foi dada prioridade ao respeito e à autonomia dos participantes, garantindo que as suas escolhas e interesses fossem integralmente considerados. Cada participante foi designado com uma identificação numérica, e nenhum documento associado permite qualquer forma de identificação, assegurando assim o anonimato. Além disso, todos os participantes foram completamente informados e esclarecidos sobre os objetivos do projeto, possibilitando-lhes fornecer o seu consentimento informado e esclarecido. É importante destacar que os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo foram estritamente observados ao longo do projeto de intervenção.

4.4. Execução e avaliação

A etapa de execução concretiza a realização das ações planeadas na etapa anterior. Por seu lado, a etapa de avaliação implica a comparação entre os objetivos definidos inicialmente e os objetivos atingidos (Ruivo & Nunes, 2010). O presente subcapítulo descreve a análise dos dados colhidos através dos diferentes instrumentos de avaliação, por forma a elaborar a caracterização sociodemográfica, psicossocial e de saúde dos participantes, e a avaliação dos resultados obtidos das intervenções realizadas, tanto quantitativos quanto qualitativos.

Inicialmente, os instrumentos de avaliação foram aplicados a onze clientes com CAD. Após a avaliação, constatou-se que quatro deles obtiveram pontuações inferiores a 2,5 na escala ISMI, indicando a ausência de estigma. Consequentemente, foram excluídos do projeto por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos. No entanto, esses quatro clientes ainda participaram das duas primeiras sessões de psicoeducação, concebidas como uma medida preventiva.

Dos onze participantes originalmente selecionados, apenas seis completaram integralmente o programa de intervenção. Um dos participantes abandonou o programa devido a emigração, o que impossibilitou a aplicação dos instrumentos de avaliação no final da intervenção.

Caracterização sociodemográfica, psicossocial e de saúde:

A caracterização sociodemográfica, psicossocial e de saúde dos seis participantes que concluíram o programa é apresentada no Quadro 1. Todos os clientes são do sexo masculino, com média de idades de 49 anos (DP = 5,02), compreendidas entre os 45 e 59 anos. O estado civil mais prevalente corresponde ao casado e solteiro. Relativamente à parentalidade, 83% dos clientes têm filhos. A maioria (66,6%) vive em casa própria/alugada e com familiares. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos clientes cumpriu o 2º ciclo do ensino básico. No que se refere à situação profissional, um dos clientes está reformado, e outro desempregado, enquanto os restantes encontram-se a trabalhar atualmente. Relativamente aos antecedentes criminais, 33% dos clientes cumpriu pena de prisão. Por último, 66,6% dos clientes apresentam HIV e Hepatite C como antecedentes pessoais de doenças infetocontagiosas.

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica, psicossocial e de saúde dos seis participantes com CAD que concluíram o programa.

Participantes	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	48	47	48	59	47	45
Estado civil	Casado	Solteiro	Separado	Casado	Solteiro	Divorciado
Parentalidade	Tem filhos	Tem filhos	Tem filhos	Tem filhos	Não tem filhos	Tem filhos
Habitação	Casa própria ou alugada	Casa própria ou alugada	Casa familiares	Casa própria ou alugada	Habitação social	Casa própria ou alugada
Agregado familiar	Familiares	Sozinho	Familiares	Familiares	Familiares	Companheiro(a)
Nível escolaridade	8º ano	6º ano	12º ano	9º ano	4º ano	8º ano
Situação profissional	Reformado	Trabalha	Desempregado	Trabalha	Trabalha	Trabalha
Antecedentes criminais	Sem história judicial	Prestação de trabalho a favor da comunidade	Pena de prisão	Sem história judicial	Sem história judicial	Pena de prisão
Comorbilidade doenças infecciosas	Não tem	Hepatite C	Hepatite C	HIV	Não tem	HIV

Resultados da Intervenção:

Relativamente à apresentação dos resultados da intervenção, foi analisada a evolução dos dados antes e após a intervenção para os seis participantes. Esta

comparação abrangeu as escalas ISMI e RSES, suas subescalas, como descrito no Quadro 2.

Quadro 2: Medidas de tendência central e de dispersão e comparação das escalas ISMI e RSES nos dois momentos com a aplicação do teste Wilcoxon (N=6).

Escalas	Antes		Após		Teste Wilcoxon	
	Média (DP)	Mediana (IQR)	Média (DP)	Mediana (IQR)	Z (Wilcoxon)	p
RSES	32,17 (5,56)	30,00 (10,25)	31,17(3,76)	30,50(7)	-0,420	0,674
ISMI Total	2,21(0,13)	2,21(0,22)	2,25(0,32)	2,34(0,56)	-0,105	0,916
Alienação	2,42(0,48)	2,63(0,94)	2,31(0,45)	2,38(0,78)	-0,921	0,357
Experiência de discriminação	2,10(0,49)	2,10(0,8)	2,13(0,69)	2,00(1,1)	-0,105	0,916
Afastamento social	2,35(0,20)	2,38(0,4)	2,46(0,50)	2,44(0,91)	-0,524	0,600
Adesão aos estereótipos	1,88(0,34)	2,00(0,43)	2,00(0,50)	2,00(0,75)	-0,531	0,595
Resistência ao estigma	1,89(0,34)	2,00(0,5)	2,06(0,25)	2,00(0,41)	-1,134	0,257

Legenda: RSES – *Rosenberg Self-Esteem Scale*; ISMI – *Internalized Stigma of Mental Illness Scale*. Correlações significativas para o $p < 0,05$.

Este Quadro apresenta a **escala RSES**, e as cinco dimensões da **escala ISMI**, as medidas de Média e desvio padrão (DP), Mediana e amplitude interquartil (IQR), teste de Wilcoxon, e o valor-p (p), também designado nível descritivo ou probabilidade de significância. Através destes resultados, pode observar-se que não ocorreram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões estudadas. No entanto, é digno de nota que houve uma redução na média da dimensão ‘alienação’, sugerindo uma possível maior percepção da integração dos participantes na comunidade. Ademais, observou-se um aumento na média da dimensão ‘resistência ao estigma’, indicando uma maior capacidade de resistir ou não se sentir afetado pelo estigma internalizado.

À análise individual dos participantes, observa-se que a maioria registou uma redução no estigma em várias subescalas e na escala total do ISMI, após a intervenção (Quadro 3).

Quadro 3: Médias da escala ISMI e subescalas por participante, antes e após a intervenção.

Part.	ISMI Total		Afastamento Social		Alienação		Adesão Estereótipos		Experiência Discriminação		Resistência Estigma	
	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
P1	2,25	1,96	2,75	2,00	2,43	2,43	2,00	2,00	2,00	1,20	1,33	6,00
P2	2,43	2,29	2,38	2,38	2,71	2,14	2,00	2,20	2,80	2,60	2,00	6,00
P3	2,25	2,43	2,38	2,75	2,57	2,57	1,80	2,40	2,20	1,80	2,00	7,00
P4	2,07	1,79	2,63	1,88	1,71	1,57	2,00	1,40	1,80	2,00	2,00	7,00
P5	2,18	2,39	2,38	2,38	2,86	3,00	1,60	2,20	1,40	2,00	2,33	6,00
P6	2,07	2,64	2,38	3,00	1,57	2,00	2,20	3,00	2,40	3,20	1,67	5,00

Legenda: ISMI – *Internalized Stigma of Mental Illness Scale*. Sublinhado a verde onde se detetaram melhorias nas médias e a azul onde não houve alterações.

Em relação à autoestima, também se verificaram melhorias nas médias nos participantes P1 e P6 após a intervenção (Quadro 4).

Quadro 4: Médias da escala RSES por participante, antes e após a intervenção.

Escala		P1	P2	P3	P4	P5	P6
		M	M	M	M	M	M
RSES	Antes	29,00	29,00	31,00	40,00	38,00	26,00
	Após	37,00	27,00	28,00	34,00	30,00	31,00

Legenda: RSES – *Rosenberg Self-Esteem Scale*. Sublinhado a verde onde se detetaram melhorias nas médias no após.

Estes resultados estão alinhados com os resultados do estudo de Gerlinger et al. (2013), no qual 52,6% dos clientes apresentaram um aumento na dimensão ‘resistência ao estigma’, 35,2% um aumento da autoestima e 49,2% uma diminuição da dimensão ‘alienação’.

No entanto, no que diz respeito à autoestima, avaliada através da escala RSES, não se observou após a intervenção uma melhoria na maioria dos participantes, como era esperado. As possíveis razões que podem explicar os resultados podem estar relacionadas à falta de autoeficácia, conforme discutido por Bozdog e Çuhadar no seu estudo de 2022, onde destacam a baixa motivação dos clientes para a mudança de comportamentos. Além disso, a dificuldade em lidar com pensamentos e sentimentos negativos e dolorosos do passado, juntamente com eventos pessoais que podem ter interferido no processo de mudança, também pode ter contribuído para esses resultados (Bozdog & Çuhadar, 2022).

Como forma de adquirir melhores resultados, considera-se pertinente a realização de um maior número de sessões, num período mais alargado de tempo, como sugere o estudo de Yanos et al. (2019), em que foi desenvolvida a “*Narrative*

Enhancement and Cognitive Therapy” (NECT), que consiste numa estratégia de combate ao estigma internalizado com vinte sessões de grupo estruturadas, distribuídas por várias semanas. É de salientar a efetividade desta intervenção, uma vez que obteve um breve, mas significativo efeito principal no que respeita à diminuição do estigma internalizado.

Além dos resultados mencionados anteriormente, também foram analisadas as questões relacionadas às experiências e expectativas dos clientes quanto ao consumo de substâncias, com base na **escala SU-SMS**. Essas questões abordaram as relações dos clientes com os seus familiares e profissionais de saúde, enquanto a terceira dimensão da escala tratou dos sentimentos dos clientes em relação ao consumo de substâncias.

As questões referentes ao **Estigma Experienciado (EE)** encontram-se no Quadro 5.

Quadro 5: Percentagem das questões sobre o EE, antes e após a intervenção.

Estigma experienciado (EE)	Discordo/ Discordo Muito		Neutro		Concordo/ Concordo Muito	
	Ant. %	Ap. %	Ant. %	Ap. %	Ant. %	Ap. %
1. Os membros da minha família acham que eu não sou de confiar.	66,7	66,7	0	0	33,4	33,4
2. Os membros da minha família desprezaram-me	66,6	83,3	0	0	33,3	16,7
3. Os meus familiares trataram-me de maneira diferente.	66,7	66,6	0	0	33,3	33,4
4. Os profissionais de saúde não atenderam as minhas preocupações	66,7	83,4	0	0	33,3	16,7
5. Os profissionais de saúde olharam para mim como um “comprador de comprimidos”	100,0	100,0	0	0	0	0
6. Os profissionais de saúde prestaram-me cuidados de pouca qualidade.	100,0	100,0	0	0	0	0

Legenda: Ant.=Antes; Ap.=Após.

Em relação ao EE, observa-se uma mudança positiva, especialmente nos itens 2 e 4, nos quais os participantes, após a intervenção, relataram experimentar menos desprezo por parte dos familiares e sentiram que os profissionais estavam mais atentos às suas preocupações.

As questões referentes ao **Estigma Percebido (EP)** encontram-se no Quadro 6.

Quadro 6: Percentagem das questões sobre o EP, antes e após a intervenção.

Estigma percebido (EP)	Discordo/ Discordo Muito		Neutro		Concordo/ Concordo Muito	
	Ant. %	Ap. %	Ant. %	Ap. %	Ant. %	Ap. %
1. Os membros da minha família vão pensar que não sou confiável.	100,0	83,3	0	16,7	16,7	0
2. Os membros da minha família vão desprezar-me.	83,3	83,3	0	16,7	16,7	0
3. Os membros da minha família vão tratar-me de maneira diferente	66,7	66,7	0	33,3	33,3	0
4. Os profissionais de saúde não vão atender às minhas preocupações	83,3	50,0	16,7	50,0	0	0
5. Os profissionais de saúde vão olhar para mim como um “comprador de comprimidos”	100,0	83,3	0	16,7	0	0
6. Os profissionais de saúde vão prestar-me cuidados de pouca qualidade.	83,3	83,3	0	16,7	16,7	0

Legenda: Ant.=Antes; Ap.=Após.

No EP, destaca-se a redução nas percentagens relacionadas aos itens 1, 2, 3 e 6, após a intervenção. Isso indica que os participantes expressaram menos concordância com a ideia de que as suas famílias poderiam considerá-los menos confiáveis, menosprezá-los ou tratá-los de maneira diferente. Da mesma forma, em relação aos profissionais de saúde, houve uma diminuição na concordância com a ideia de que não receberiam cuidados de qualidade inferior.

As questões referentes ao **Estigma Internalizado (EI)** encontram-se no Quadro 7.

Quadro 7: Percentagem das questões sobre o EI, antes e após a intervenção.

Estigma internalizado (EI)	Discordo/ Discordo Muito		Neutro		Concordo/ Concordo Muito	
	Ant. %	Ap. %	Ant. %	Ap. %	Ant. %	Ap. %
1. Ter consumido álcool e/ou drogas faz-me sentir uma pessoa má.	83,4	83,3	0	16,7	16,7	0
2. Sinto que não sou tão bom quanto os outros porque consumi álcool e/ou drogas	50,0	100,0	16,7	0	33,3	0
3. Sinto vergonha de ter consumido álcool e/ou drogas.	40,0	33,4	40,0	16,7	20,0	50,0
4. Considero-me menos como pessoa por ter consumido álcool e/ou drogas.	100,0	66,7	0	33,3	0	0
5. Ter consumido álcool e/ou drogas fez-me sentir impuro.	33,4	100,0	33,3	0	33,3	0
6. Ter consumido álcool e/ou drogas fez-me sentir enojado	33,4	100,0	33,3	0	33,3	0

Legenda: Ant.=Antes; Ap.=Após.

No que diz respeito ao EI, houve uma diminuição nas percentagens associadas aos itens 1, 2, 5 e 6, após a intervenção. Os participantes passaram a discordar da ideia de serem pessoas más, de não estarem à altura dos outros, de se sentirem

impuros e de experimentarem nojo. Contudo, observou-se um aumento na percentagem de concordância em relação ao sentimento de vergonha.

As dezoito questões correlacionadas com as quatro questões da Avaliação Holística do Modelo de Tidal traduziram-se na capacitação dos participantes, permitindo a identificação de pensamentos e sentimentos relacionados com o estigma internalizado, que serviram como estruturas facilitadoras contribuindo para a obtenção de benefícios ao final do programa para o desenvolvimento da intervenção e a aquisição de ganhos aquando da sua conclusão, enquanto adquiriam estratégias para reduzir o estigma internalizado e aumentar a autoestima, cumprindo assim um dos objetivos iniciais propostos. A análise dos dados qualitativos das sessões de reestruturação cognitiva está associada ao registo de pensamentos automáticos e registo diário de pensamentos disfuncionais.

Os participantes foram convidados a partilhar as suas **perceções sobre a importância de participar no programa de intervenção**. Estes reconhecem a relevância da intervenção ao valorizarem o trabalho realizado, ressaltando a necessidade contínua de promover uma maior compreensão e empatia relativamente aos desafios enfrentados por aqueles que lutam contra o estigma associado ao consumo de substâncias. Conforme expresso por alguns participantes:

“Assim já tenho mais oportunidades de encontrar um emprego. Sinto que posso melhorar a minha vida.” (P1)

Além disso, os participantes fazem uma avaliação positiva do projeto, reconhecendo o seu papel na promoção de alívio para os pensamentos e sentimentos envolvidos.

“Considero que este projeto é positivo, que serve como um alívio de pensamentos e sentimentos.” (P2)

Eles ressaltam a importância de discutir o estigma e abordar questões complexas e frequentemente mal compreendidas, especialmente em ambientes como o sistema prisional.

“É bom falar-se de estigma, pois existem atitudes erradas, principalmente na prisão”. (P4)

A menção ao preconceito enfrentado por aqueles que traficam e consomem drogas, incluindo os que estão em tratamento opioide com metadona, destaca a

realidade da estigmatização e a urgência em combater ativamente essas atitudes discriminatórias.

“Ainda há muito preconceito de quem trafica e consome para quem toma metadona, como é o meu caso.” (P6)

Essa consciencialização é essencial para promover mudança de mentalidades e combater a injustiça da discriminação que pessoas que consomem substâncias enfrentam no dia-a-dia.

4.4.1. Adaptação do projeto de intervenção à pessoa com doença mental

Considerou-se pertinente apresentar, neste subcapítulo, os participantes e os resultados obtidos da adaptação do presente projeto ao Contexto I, referente ao Estágio de contexto comunitário. Foram feitas algumas alterações ao projeto a nível das etapas diagnóstico de situação, em que o instrumento de avaliação '*Substance Use Stigma Mechanisms Scale*', não foi utilizado, uma vez que este se refere somente aos CAD; definição dos objetivos, em que foi substituída a problemática dos clientes com CAD/PUS para clientes com doença mental; e finalmente a etapa do planeamento, resultante nas alterações do número, duração e aos objetivos das sessões.

O programa de intervenção foi realizado com dois clientes do sexo masculino, ambos solteiros, com uma idade média de 30,5 anos (DP=2,05). Ambos residem em casa dos pais e não têm filhos. Quanto à educação, um completou o 3º ciclo do ensino básico, enquanto o outro concluiu o 1º ciclo do ensino superior. Estão desempregados, embora um deles participe em atividades numa instituição comunitária sócio ocupacional. Não possuem antecedentes criminais. No que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas, iniciaram o uso de canábis e álcool na adolescência, entre os 15 e 16 anos. Ambos têm um histórico de múltiplos internamentos em serviço de Psiquiatria, devido a sintomas psicóticos, mas estão atualmente sob acompanhamento em ECSM, com estabilização dos seus quadros clínicos.

Os resultados obtidos antes e após a aplicação dos instrumentos de avaliação ISMI e RSES são descritos no Quadro 8. Este Quadro apresenta a escala RSES, e as

cinco dimensões da escala ISMI, as medidas de Média e desvio padrão (DP), Mediana e amplitude interquartil (IQR), teste de Wilcoxon, e o valor-p (p).

Quadro 8: Medidas de tendência central e de dispersão e comparação das escalas ISMI e RSES nos dois momentos com a aplicação do teste Wilcoxon (N=2).

Escalas	Antes		Após		Teste Wilcoxon	
	Média (DP)	Mediana (IQR)	Média (DP)	Mediana (IQR)	Z (Wilcoxon)	p
RSES	28,50(0,71)	28,50(1,33)	29,50(0,71)	29,50(1,33)	-1,414	0,157
ISMI Total	2,48(0,53)	2,48(1,15)	2,05(0,43)	2,05(1,04)	-1,342	0,180
Alienação	2,63(0,53)	2,63(1,48)	2,13(0,18)	2,13(0,77)	-1,342	0,180
Experiência de discriminação	2,50(0,99)	2,50(1,63)	2,00(0,85)	2,00(1,48)	-1,342	0,180
Afastamento social	2,44(0,44)	2,44(1,06)	2,00(0,53)	2,00(1,14)	-1,342	0,180
Adesão aos estereótipos	2,25(0,35)	2,25(0,96)	1,75(0,35)	1,75(0,95)	-1,414	0,157
Resistência ao estigma	2,50(0,24)	2,50(0,83)	2,50(0,24)	2,50(0,83)	0,000	1,000

Legenda: RSES – *Rosenberg Self-Esteem Scale*; ISMI – *Internalized Stigma of Mental Illness Scale*. Correlações significativas para o $p < 0,05$.

Com base nestes resultados, embora não tenham sido identificadas diferenças estatisticamente significativas, podemos observar uma tendência para uma diminuição das médias do estigma internalizado, referente à escala ISMI Total, e em quatro das suas dimensões, após a intervenção, com exceção da dimensão ‘resistência ao estigma’, que se manteve no mesmo valor. Verifica-se também um aumento das médias da autoestima, referente à escala RSES, após a intervenção. Estes dados coincidem com os resultados do estudo de Türk e Ugurlu, de 2023, que determinou uma correlação estatística entre a diminuição da média da escala ISMI Total e o aumento da média da escala RSES.

4.5. Divulgação dos resultados

Por forma a contribuir para a disseminação de conhecimento, torna-se essencial a divulgação dos resultados deste projeto. Como tal, tive a oportunidade de

apresentá-los em diversos Congressos, Seminários e Encontros. A apresentação da comunicação oral intitulada “O Silêncio do estigma internalizado: Programa de intervenção em ESMP em CAD” no 3º Congresso Internacional da IntNSA, permitiu-me a premiação com o 1º prémio, o que me levou à elaboração do resumo para a Conferência **Lisbon Addictions 2024 “Empowering the workforce of the future”** com o título “*Breaking the Chains: Psychotherapeutic interventions to reduce internalized stigma and boost self-esteem in people with addictive substance use behaviors*”.

Para além disso, apresentei o poster “Intervenção especializada de ESMP com a pessoa nas fases iniciais da psicose: um estudo de caso” e a comunicação oral “Estigma internalizado em pessoas com doença mental, a intervenção especializada em ESMP: uma revisão *scoping*” no XIV Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM).

A partilha de experiências, discussão e reflexão sobre projetos, melhoria da prática clínica, investigação e implementação fizeram parte do 2º Encontro de Boas Práticas Alumni ESEL, do qual participei com a comunicação oral “Combater estigmas e fortalecer a autoestima em pessoas com dependência de substâncias”.

A participação no 1º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Mental “Tempos de Crise - Ameaças e Oportunidades para a Saúde Mental” permitiu-me a apresentação da comunicação oral “A aplicação do Modelo de Tidal: Estudo de Caso e implicações clínicas”, bem como a oportunidade de integrar a Comissão Organizadora, executando a função de moderadora de mesa das comunicações livres, o que consistiu numa experiência pessoal enriquecedora.

Análise reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas

5. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), competências comuns são 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.

São quatro os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista:

- a) (Domínio A) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) (Domínio B) Melhoria contínua da qualidade;
- c) (Domínio C) Gestão dos cuidados;
- d) (Domínio D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A - Responsabilidade profissional, ética e legal.

Os princípios éticos são orientações fundamentais que influenciam a tomada de decisões éticas, que se traduzem pelos princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e, veracidade (Townsend, 2011), que vão de encontro aos princípios gerais do artigo 99º, n.º 2, do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), que apontam a igualdade, a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, e a competência e o aperfeiçoamento profissional. Por conseguinte, tendo estes princípios em conta, fui capaz de criar estratégias de resolução de problemas com o cliente, em parceria, nunca tendo decidido sozinha o que este deveria ou não fazer. A tomada de decisão foi suportada em juízos baseados no meu conhecimento e experiência, de acordo com o 5º compromisso do Modelo de Tidal – “usar ferramentas disponíveis”, isto é, o que funcionou no passado pode funcionar no futuro, tendo em conta a individualidade do cliente. Para além disso, mostrei-me sempre disponível para estar presente nas reuniões de equipa, de maneira formal ou informal, e nas passagens de turno, de modo a construir a tomada de decisão em equipa, através da partilha de

conhecimentos e experiências por parte dos seus constituintes, especialmente, os peritos. Todas as decisões foram tomadas após um processo de reflexão, baseadas acima de tudo, em evidência científica. Este processo de reflexão esteve inerente aos resultados das tomadas de decisão, permitindo-me avaliar o meu desempenho.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos é igualmente pertinente em comparação aos princípios éticos. Esta Declaração, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948, considera que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”. Existe uma relação dos direitos humanos supracitados com os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, segundo o artigo 99º, n.º 3, do CDE, que constituem na responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, no respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados, e na excelência do exercício da profissão em geral e também com outras profissões.

Ser enfermeiro é assumir uma responsabilidade moral, ética, social e humana. Não se trata apenas de uma profissão. Na minha perspetiva, é muito mais do que isso, pois é lidar com a vulnerabilidade e com o sofrimento humano. Até ao momento, não vivenciei situações de internamento ou doença grave, por isso, posso não conseguir compreender exatamente o que isso significa, no entanto, tenho a certeza de uma coisa: aqueles que necessitam de cuidados de enfermagem, precisam de sentir confiança nos enfermeiros. O facto de alguém se encontrar vulnerável faz com que a enfermagem adquira uma importância excepcional, e como tal, os enfermeiros não devem falhar para com a responsabilidade que lhes é imposta. Esse pensamento esteve sempre presente no meu percurso académico e profissional, pelo que os princípios do respeito pela dignidade, intimidade, unicidade e autonomia da pessoa cuidada/família expressaram-se prioritários na minha prática profissional.

Procurar estabelecer uma relação de confiança entre enfermeiro e cliente é o ponto de partida para todo o processo de cuidar. No percurso dos estágios fui capaz de compreender o cliente tal como ele se assumia, através da prestação de cuidados não estigmatizantes e não discriminatórios ou assentes em juízos de valor. Garanti o respeito pelos seus valores, costumes, crenças espirituais, e rituais ou práticas específicas, tendo em conta a sua dignidade. Tive a oportunidade de intervir com um conjunto de pessoas de etnias, condições socioeconómicas, condições de saúde

diferentes, e inclusivamente com pessoas excluídas socialmente, o que me permitiu acima de tudo respeitar e salvaguardar a sua individualidade.

O respeito pela intimidade está intrinsecamente ligado à confidencialidade, um valor fundamental que permeou a minha prática profissional. Em todos os momentos, evitei participar de conversas indiscretas sobre os clientes e os serviços que lhes são prestados. Um exemplo concreto dessa abordagem foi a elaboração de um consentimento informado e esclarecido como parte do projeto de intervenção. Este documento tinha como objetivos capacitar o cliente para tomar decisões, fornecer informações completas e garantir a sua compreensão, permitindo-lhe decidir voluntariamente. Além disso, este documento garantia ao cliente o direito de desistir de participar no projeto a qualquer momento, sem prejuízo, e ainda, o compromisso ao anonimato dos seus dados.

A privacidade relativa aos dados colhidos, em todos os momentos da minha intervenção, foi mantida em total confidencialidade, o que incluiu os assuntos abordados em contexto de consulta de enfermagem e o preenchimento dos instrumentos de avaliação. Adotei apropriadas medidas para garantir que os documentos fossem devidamente guardados, tanto em formato físico quanto digital, impedindo assim o acesso não autorizado por parte de terceiros de papel como informático, para que nenhuma outra pessoa tivesse acesso a estes.

O respeito pela autonomia considera que os clientes são capazes de fazer escolhas independentes para si mesmos (Townsend, 2011). Este princípio está inerente ao princípio do direito à informação, que significa desenvolver uma relação baseada no *empowerment*, onde os clientes devem ter acesso todos os conhecimentos necessários para tomarem decisões esclarecidas e informadas, mesmo que, como enfermeira, não concorde com as suas escolhas – uma situação que por vezes ocorreu. Um exemplo disso foi quando intervimos com um cliente o diagnóstico “potencialidade de recuperação (*recovery*)” e o encaminhei para Comunidade Terapêutica.

O processo de admissão estava em fase avançada, mas o cliente optou por desistir do programa no último momento, sem dar uma explicação concreta. Esta situação despertou em mim sentimentos de desilusão e tristeza, pois acreditava que essa era a melhor opção para o cliente naquele momento. O episódio exigiu um esforço, não apenas da minha parte, mas de todos os profissionais envolvidos. Sem

dúvida, é responsabilidade dos enfermeiros promover a literacia e fornecer ferramentas aos utentes, permitindo que eles tomem decisões de acordo com o seu contexto de vida e de saúde-doença. Não é papel dos enfermeiros adotar atitudes paternalistas e autoritárias, mas sim, manter a relação de ajuda e não 'desistir' do cliente.

O respeito pela unicidade do cliente implica percebê-lo como ser único, com as suas qualidades e fragilidades. Mais do que respeitar a sua individualidade, é essencial aceitá-lo na sua totalidade. Desenvolvi esta competência, com base nos ensinamentos de Phaneuf (2005), ao reconhecer a dignidade do cliente como ser humano. Refleti sobre os diversos papéis que o cliente desempenha ao longo da vida, como filho(a), mãe/pai, profissional, e pessoa com sonhos e objetivos. Ao considerar o seu potencial de recuperação, adquiri consciência das adversidades que ele enfrenta e as suas necessidades de ajuda.

B – Melhoria contínua da qualidade.

Identificar e descrever o problema, percebê-lo e dimensioná-lo, formular objetivos iniciais, perceber as causas, planejar e executar as atividades, verificar os resultados, propor medidas corretivas, 'standardizar' e treinar a equipa, reconhecer e partilhar o sucesso, constituem-se como as etapas organizativas de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, de acordo com o Conselho de Enfermagem Regional (2013). Estes projetos têm como objetivos melhorar os cuidados de enfermagem e refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Neste sentido, como fundamento para o desenvolvimento desta competência, dediquei-me a conhecer os Programas existentes quer a nível das instituições onde se realizaram os estágios, como por exemplo, a Consulta Descentralizada de Hepatite C na ETET, quer Programas a nível nacional, procurando integrar conhecimentos sobre as diretivas na área da qualidade e melhoria contínua. Ademais, a colaboração em atividades na área da qualidade com a promoção da literacia em saúde, no âmbito de Feira da Saúde, dirigidas à população em geral, revelou-se importante. Posto isto, procurei constantemente desenvolver conhecimentos teóricos, baseados em evidência científica, com a finalidade de promover a qualidade na prestação de cuidados.

A melhoria contínua de qualidade está relacionada com padrões de qualidade, que dizem respeito à sistematização de uma ação em resposta a uma necessidade

em cuidados de saúde de uma pessoa, família ou comunidade, num determinado contexto e momento, que traduza a intervenção mais efetiva, de acordo com os dados disponíveis no momento da sua prescrição e execução (Sequeira, 2014, conforme citado por OE, 2018). Nesta perspetiva, tive a oportunidade de elaborar uma análise/reflexão sobre a temática da satisfação profissional no âmbito da UC Gestão e Liderança em Enfermagem, inserida no 1º ano, 2º semestre, baseada em evidência científica, a qual apresentei ao enfermeiro gestor do serviço onde exercia funções na altura, promovendo a discussão de oportunidades e estratégias de melhoria, o que me permitiu desenvolver um olhar crítico face à estrutura organizacional dos contextos de estágio onde estive inserida. Para além disso, com a supervisão dos enfermeiros orientadores, organizei, realizei e avaliei sessões de formação às equipas de enfermagem onde estava inserida, no âmbito dos contextos de estágio, com as temáticas: “Modelo de Tidal”; e “Etiqueta respiratória”, com o intuito de promover a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.

A qualidade dos cuidados de saúde compreende a prestação de cuidados eficazes e seguros, refletidos numa cultura de excelência que engloba a colaboração, comunicação, compaixão, competência, advocacia, respeito, responsabilidade e confiabilidade, e tem como resultados de saúde os ideais ou desejados (Allen-Duck et al., 2017). Todos estes valores estão na génese do cuidado em enfermagem, e constam sistematicamente na minha prática profissional. Partindo de uma citação de Townsend (2011): “O local onde a comunicação ocorre influencia o resultado da interação” (p. 135), pelo que, garanti as condições de temperatura e luminosidade adequadas ao contexto de interação, para que o cliente, família ou grupo se sentisse confortável. Para além de contemplar o espaço físico, tive como foco a promoção de um ambiente cultural, espiritual e psicossocial gerador de segurança e proteção, através de técnicas de comunicação, que são fundamentais para o desenvolvimento de uma relação terapêutica. A privacidade foi também assegurada em todos os momentos.

Ademais, a preocupação em reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano foi uma constante na minha intervenção, e neste sentido, aprofundi conhecimentos acerca da psicofarmacologia a administrar e assegurei o controlo dos prazos de validade dos fármacos utilizados. Os registos de enfermagem, de acordo com as regras institucionais, contribuíram não só para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para aumentar a visibilidade da enfermagem diante dos

clientes, famílias e equipa multidisciplinar (Martins et al., 2008). Tive ainda a oportunidade de cooperar na organização do trabalho multiprofissional, pela integração nos serviços. A integração, de acordo com Flores et al. (2020), é decisiva no sucesso e adaptação do enfermeiro à instituição de saúde e, simultaneamente, permite o desenvolvimento de competências, a aquisição de autoconfiança e a construção da sua identidade profissional.

C – Gestão dos cuidados

Esta competência tem na sua base a tomada de decisão, na qual o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo. Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2001). De maneira a otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, a colaboração nas decisões da equipa de saúde foi fundamental, e deveu-se à minha participação em reuniões de equipa, formais e informais, e reuniões multidisciplinares para discussão de casos clínicos. O processo inicial de organização do turno, atendendo às prioridades, permitiu ganhos para a equipa e clientes, pois foi possível gerir melhor o tempo e recursos.

O aprofundamento de conhecimentos teóricos e a sua aplicação prática foram essenciais para a melhoria na comunicação entre mim e a equipa, facilitando significativamente o processo de cuidados. Além disso, ao considerar a interação entre os conhecimentos técnicos específicos de cada membro da equipa, pude perceber a importância e o potencial gerador de propostas de intervenção que não surgiriam isoladamente. Essa abordagem colaborativa desempenha um papel crucial na partilha de conhecimento, com o objetivo constante de alcançar os melhores resultados em saúde para os clientes, suas famílias, grupos e a comunidade em geral.

Os enfermeiros têm o dever de responsabilização pelas decisões tomadas e pelos atos que praticam ou delegam (CDE, artigo 79). A delegação da arrumação de materiais e de produtos farmacológicos em local próprio, foi por mim realizada dirigida a um assistente operacional.

Como justificação do desenvolvimento desta competência, considero pertinente refletir sobre a importância de liderança. De acordo com Wong & Laschinger (2012), líderes autênticos desenvolvem a motivação e a autodeterminação

dos elementos de equipa, o que cria condições que facilitam a comunicação e a autonomia dos mesmos, proporcionando uma abordagem construtiva, com o reconhecimento das suas perspetivas e interesses, e o envolvimento na tomada de decisão.

Lidar com a ausência de enfermeiros na equipa (por motivo de aposentação), ou seja, com a diminuição dos rácios, não é fácil para os profissionais e clientes, nem tão-pouco benéfico para a qualidade dos cuidados, revelando-se até inaceitável. Contudo, a coordenação e a negociação dos recursos humanos por parte dos enfermeiros especialistas são essenciais. Neste sentido, a minha atuação em ambos os contextos de estágio, traduziu-se em assistir no método de organização de trabalho, gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa multidisciplinar, adotar um estilo de liderança da equipa de enfermagem com a aplicação de estratégias de motivação, tais como, a presença, a demonstração de interesse e incentivo pelo desempenho da equipa, reforço positivo, disponibilidade e proatividade para colaborar em todas as dinâmicas do serviço, melhorar as relações laborais, definir metas de intervenção claras e realistas, e estabelecer um ambiente positivo, com o objetivo de aumentar a satisfação profissional.

D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

“A competência profissional não se pode desenvolver sem certas aquisições pessoais” (Phaneuf, 2005, p. 5), tornando-se o autoconhecimento e autoconsciência imprescindíveis na prática de enfermagem de saúde mental. Uma das primeiras frases que me foram ditas, aquando do início do curso de mestrado foi: “para conheceres a pessoa a quem prestas cuidados, tens de conhecer-te a ti própria primeiro”. Até então não tinha pensado na importância do autoconhecimento e autoconsciência. Ao longo do tempo, estes conceitos ganharam cada vez mais relevância, não só na minha prática profissional, mas na minha vida pessoal. Gradualmente, comecei a aperceber-me de alguns aspetos de maneira diferente – e conseqüentemente, comecei a sentir-me e a comportar-me de maneira diferente. Comecei a questionar-me: “de que forma sou vista pelos outros?”, “que imagem transmito como enfermeira?”, e ainda “como quero que os outros me vejam?”. Estas questões levaram-me à procura de conhecimentos específicos que estão na base da relação terapêutica e da comunicação, bem como de um processo de autorreflexão constante.

Através da análise da Janela de Johari, pude aprimorar a minha comunicação interpessoal e desenvolver uma compreensão mais profunda da dinâmica da autoconsciência, bem como da relação entre o meu autoconhecimento e a percepção que os outros têm de mim (Oliveira, Bachion, & Carvalho, 1996). Essa evolução foi alcançada por meio do acolhimento de *feedbacks*, da autoavaliação e da disposição para explorar aspectos desconhecidos ou ocultos da minha personalidade. Esse caminho de autoconhecimento não apenas fortaleceu a minha prática profissional, mas também enriqueceu a minha vida pessoal, permitindo-me uma ligação mais autêntica comigo mesma e com os outros que me rodeiam.

Desenvolver qualidades comunicacionais, como a escuta ativa, valorizar as experiências pessoais, adotar atitudes não-críticas, respeitar o cliente/família/grupo/comunidade foram para mim um alicerce na construção da minha identidade como futura enfermeira especialista. Adquiri também uma maior noção acerca dos limites pessoais e profissionais, como por exemplo, estar atenta ao processo de contratransferência, estando consciente das minhas emoções/sentimentos em relação às situações vivenciadas, e ser capaz de geri-las da melhor maneira através da autorreflexão, bem como cumprir o meu horário de trabalho de forma a valorizar o tempo pessoal. Estes limites são essenciais para proteger o cliente e o enfermeiro, bem como para manter uma relação terapêutica funcional, pelo que atualmente sou capaz de os impor corretamente.

Relativamente ao conceito de assertividade, este entende-se como a capacidade, em termos de comunicação, que possibilita a uma pessoa expressar/defender uma determinada situação sem contrariar os seus princípios e sem violar os princípios dos outros, expressando-se de forma calma e sem agressividade para com o outro (Sequeira & Sampaio, 2020). Após este percurso, fui capaz de desenvolver a capacidade de assertividade, uma vez que consigo expressar aquilo que penso, fazer críticas construtivas sem ter medo de que alguém fique chateado comigo, discordar do que os outros pensam se for contra a minha opinião ou juízo, solicitar a mudança de comportamentos, fazer questões, fazer e receber elogios.

O que me permitiu desenvolver a capacidade de resolução de conflitos deveu-se pelo reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflitualidade ou agressividade, especificamente num serviço de internamento de psiquiatria, como por exemplo, o facto de estar atenta às condições do meio físico, como o ruído e o nível

de luminosidade que podem atuar como um estímulo para o comportamento agressivo. Fundamentalmente, estar atenta à forma como o cliente se exprime, isto é, à comunicação verbal e não verbal. A minha atuação consistiu em reforçar o *setting* terapêutico, criando um ambiente seguro e confortável, com a identificação das componentes do conflito, clarificação do problema, negociação, construção de um poder partilhado, elaboração alternativas de solução, elaboração de objetivos e avaliação do cenário e dos resultados obtidos.

O enfermeiro especialista assume um papel de facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação, e como tal, o desenvolvimento desta competência deveu-se à fundamentação da prática profissional em evidência científica, através do aperfeiçoamento na qualidade da bibliografia identificada, com recurso a bases de dados científicas, com resultados preferencialmente, mais recentes, e autores de relevo sobre os temas trabalhados, seja da área de enfermagem, seja de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. Como estudo de investigação, realizei uma revisão *scoping* com o tema: “Estigma internalizado em pessoas com doença mental, a intervenção especializada em enfermagem de saúde mental: uma revisão *scoping*”, estudo esse que apresentei no Congresso da ASPESM, como descrito no subcapítulo 4.5, contribuindo, assim, para o conhecimento atual e para o desenvolvimento da profissão.

Desenvolvi e executei formação para enfermeiros, com a supervisão dos enfermeiros orientadores, assim como sessões de educação para a saúde destinadas aos clientes, como por exemplo, sobre a temática adaptada aos cuidados associados ao frio - Etiqueta respiratória, dado que, nessa altura, os casos de gripe apresentaram uma tendência crescente, com mortalidade acima do esperado nas pessoas com mais de 45 anos. O meu percurso foi pontado pela promoção da aprendizagem, destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades, possíveis através da realização de reuniões e discussão com os enfermeiros orientadores e professora orientadora, acerca do desenvolvimento da minha aprendizagem, nomeadamente, no que diz respeito a possíveis dificuldades sentidas.

6. Desenvolvimento de competências Específicas do EEESMP

Segundo o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018), competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, que se traduzem nas seguintes:

- 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.

As quatro competências destacadas serão objeto de reflexão no que diz respeito ao meu desenvolvimento.

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

“Que sei eu do que serei, eu que não sei o que sou?”. Decidi escolher este verso do poema ‘Tabacaria’ de Álvaro de Campos (Fernando Pessoa) como demonstração da importância de nos conhecermos a nós próprios, o que adquire uma relevância ainda maior quando se trata de EEESMP. Esta primeira competência está na base da capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Para conhecer o outro tenho de me conhecer primeiro. Esta conceção há muito que envolve filósofos como Sócrates e Descartes, bem como profissionais de várias áreas, nomeadamente da área da saúde, como Phaneuf (2005), que afirmou, “a introspeção é o primeiro instrumento do autoconhecimento” (p. 177), sendo o diário íntimo a ferramenta de excelência deste processo de introspeção, que constitui o local onde assentamos os nossos pensamentos, reações, desejos e sonhos, sem os maquilharmos (Phaneuf, 2005).

Com base nesta premissa, **alguns dos aspetos que permitiram o desenvolvimento desta competência** consistiram na realização de uma narrativa pessoal, no âmbito da UC Desenvolvimento Pessoal, inserida no 1º ano, 1º semestre, que me permitiu refletir sobre aspetos pessoais e profissionais; na elaboração de autorreflexões diárias, acerca das experiências vivenciadas, com o foco na monitorização das minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais; na partilha de experiências e reflexões com os enfermeiros orientadores, restante equipa de enfermagem e professora orientadora; e na elaboração de vários jornais de aprendizagem, que permitiram a autoanálise e o pensamento reflexivo através do Ciclo de Gibbs.

O uso terapêutico de si requer que o enfermeiro tenha grande **autoconsciência e autoconhecimento** (...). O enfermeiro deve entender que a capacidade e extensão à qual consegue efetivamente ajudar os outros, quando necessário, é fortemente influenciada pelo seu sistema interno de valores – uma combinação intelectual e emocional (Townsend, 2011). Esta citação vai de encontro à identificação, no aqui-e-agora de emoções, sentimentos e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente, o que me levou a dedicar esforços para adquirir a capacidade da gestão emocional, uma vez que compreender e gerir emoções é uma habilidade fundamental na profissão de enfermagem e uma exigência da prática de cuidados humanizados (Almeida et al., 20203). Por exemplo, em diversas ocasiões, senti-me frustrada quando os clientes faltavam, sem aviso prévio, após terem-se comprometido a comparecer às sessões no âmbito do projeto de intervenção. No entanto, esse sentimento não influenciou a minha relação com esses clientes, graças à minha capacidade de resiliência e de compreensão dos motivos por trás da ausência. Expressar esses sentimentos à equipa de enfermagem, aos enfermeiros orientadores e à professora orientadora foi fundamental nesse processo.

Com frequência dei por mim a refletir no que o cliente estaria a pensar ao olhar para mim, que tipo de imagem lhe transmitia. Desta forma, estive atenta aos **fenómenos de transferência e contratransferência**, isto é, ao impacto de mim própria na relação terapêutica. Em suma, o desenvolvimento desta competência consistiu num processo desafiante, num movimento de dentro para fora, com resultados positivos na qualidade dos cuidados especializados por mim prestados.

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

Esta competência tem na sua génese a recolha de informação que visa a compreensão do estado de saúde mental dos clientes, através da mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.

O desenvolvimento de **competências comunicacionais** revelou-se fundamental, uma vez que é através da comunicação que um profissional de saúde tem acesso ao outro, à sua história, ao seu contexto e às suas necessidades (Sequeira & Sampaio, 2020). Consegui aplicar esses componentes comunicacionais, nos diferentes estágios, com destaque na observação e na entrevista, que serviram de base para executar uma avaliação global do cliente e das suas necessidades/problemas em saúde mental, e do impacto que possuem na sua qualidade de vida e bem-estar. Através da interação comunicativa, com ênfase na **Avaliação Holística do Modelo de Tidal**, foi possível identificar e avaliar as capacidades internas e estratégias de *coping* relativas à manutenção e recuperação da saúde mental do cliente, concentrando-me na sua narrativa de vida.

Nas sessões do projeto de intervenção, a minha atuação passou por perceber o que o cliente já sabia sobre os temas propostos, e a influência dos pensamentos e sentimentos, tendo como principal objetivo, capacitá-lo a adquirir e/ou consolidar conhecimentos sobre a sua condição de saúde mental. O cliente foi incentivado a expressar as suas preocupações, com foco nas dificuldades sentidas, e a identificar estratégias alternativas que facilitassem o seu processo de recuperação. Por exemplo, um cliente expressou o seu medo de comprar um bilhete de comboio e fazer uma viagem neste meio de transporte, explicando como isso afetava a sua vida, já que não possuía carta de condução e os seus familiares não tinham disponibilidade para o

levar às consultas. Desta forma, a minha intervenção visou por o capacitar, encaminhando-o à bilheteira, fornecendo instruções sobre o processo de validação do bilhete e acompanhando-o em duas viagens de comboio. Essas ações promoveram o treino de competências sociais, valiosas para a sua autonomia. Tais intervenções foram fundamentadas no modelo cognitivo-comportamental, que enfatiza a promoção da aprendizagem de habilidades práticas e sociais, como compreensão de instruções, resolução de problemas e interações sociais (Wright, Baco, & Thase, 2008). Esse modelo reconhece a importância da cognição na determinação do comportamento humano e na procura por mudanças positivas através da aquisição de novos conhecimentos e habilidades.

A entrevista desempenha um papel de extrema importância para o enfermeiro de saúde mental, permitindo-lhe não apenas compreender a perspectiva do cliente acerca da sua situação, mas também fortalecer o desenvolvimento da relação terapêutica (Sequeira & Sampaio, 2020). Isso é alcançado através da capacidade de concentração no cliente, a disponibilidade efetiva, a prioridade em escutá-lo ativamente, a transmissão de compreensão em forma de resposta empática, o desenvolvimento de uma curiosidade autêntica, a valorização da voz e o respeito pela linguagem do cliente. Estes princípios integram alguns dos Compromissos do Modelo de Tidal.

É importante salientar que os diagnósticos de enfermagem mais comuns entre os clientes com os quais intervimos consistiram em: aceitação do estado de saúde comprometida; conhecimento sobre a saúde comprometida; adesão ao regime terapêutico comprometido.

As **intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas** desenvolvidas com os clientes, individualmente, durante as sessões do projeto de intervenção, basearam-se, principalmente, nas técnicas de reestruturação cognitiva, melhoria da socialização, promoção da esperança, fortalecimento da autoestima. Os resultados em saúde obtidos revelaram-se no aumento do envolvimento social, da expressão emocional, aumento do *insight* e melhoria do comportamento de adesão ao regime terapêutico.

Executar uma **avaliação das necessidades de um grupo ou comunidade** permite a identificação das principais necessidades dos clientes acompanhados na ETET, realizada principalmente através da consulta dos processos clínicos e pela informação transmitida pela equipa de enfermagem. Um dos exemplos resultantes

dessa avaliação, baseou-se, em parceria com o enfermeiro orientador, na coordenação, implementação e desenvolvimento de sessões de educação para a saúde, em contexto de sala de espera, com temática relacionada com os CAD - 'Infeções sexualmente transmissíveis' (IST). Esta avaliação teve por base dados do *European Centre for Disease Prevention and Control (2023)*, que evidenciaram um aumento preocupante nos casos de IST em toda a Europa, inclusivamente em Portugal, sendo necessária a urgente realização de atividades de prevenção.

Para além de realizar as **sessões de educação para a saúde**, elaborei e distribuí folhetos informativos aos clientes, como recurso adicional. Por fim, participei ativamente nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde do serviço, incluindo, reuniões de equipa relacionadas a um projeto voltado para a prevenção de doenças infecciosas na população com CAD. Essa experiência permitiu-me compreender de forma integral as etapas do projeto e a importância dos intervenientes da equipa.

Em modo conclusivo da justificação do desenvolvimento desta competência, assistir significa estar presente, estar ao lado, caminhar em conjunto. Concerne ao EEESMP a aproximação ao cliente, na procura de conhecimento da sua individualidade, baseando a relação estabelecida na comunicação e na certeza que de este deve ter um papel ativo no processo terapêutico, seja com vista à promoção da saúde, seja com vista na recuperação 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.

O desenvolvimento da presente competência traduz-se numa continuação da competência anterior, relacionada com a primeira etapa do processo de Enfermagem – a avaliação inicial. Assim sendo, a presente competência foca-se em outras etapas deste processo consistindo no **diagnóstico, planeamento e identificação dos resultados esperados**.

Como forma de estabelecer o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade, senti a necessidade de investir teoricamente no aprofundamento de conhecimentos, baseados em evidência científica, acerca da caracterização dos fenómenos em saúde mental em estudo, a nível da psicopatologia, seja da doença

mental grave, seja dos CAD, com o intuito de que esses conhecimentos me permitissem compreender os fenómenos.

A identificação dos diagnósticos consistiu na análise dos dados colhidos através da observação, entrevistas, aplicação de instrumentos de avaliação, consulta do processo clínico e partilha de informações com a equipa de enfermagem e multidisciplinar. Como exemplo, durante uma consulta de enfermagem, um cliente referiu sentir-se preocupado e nervoso, com manifestações físicas como aumento da frequência cardíaca e respiratória. Através da comunicação verbal e não verbal foi possível identificar o diagnóstico de enfermagem de ansiedade.

A minha intervenção baseou-se em compreender, através da entrevista, os fatores responsáveis pela ansiedade, na execução de técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, em treino de autocontrolo da ansiedade, em treino de pensamento positivo, e em ensino sobre estratégias de relaxamento. Os ganhos em saúde para o cliente provenientes destas intervenções consistiram em melhorias na consciencialização sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade, bem como da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade.

Ao **trabalhar com clientes de populações vulneráveis**, é importante que os EEESMP considerem as necessidades dos clientes em relação ao acesso aos cuidados de saúde, que podem estar relacionadas com complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e física, como o envelhecimento, quadro de infeção, estigma, risco de marginalização e exclusão social (RNAO, 2015). A identificação destas complicações pode associar-se à deteção de emergências psiquiátricas, ou que necessitam de encaminhamento multidisciplinar.

Experienciei uma situação em que um cliente, seguido em programa de tratamento com agonistas opioides, com várias comorbilidades de saúde, se encontrava a viver numa casa alugada, com uma renda muito elevada para os seus poucos rendimentos, apenas por pensão de invalidez, tinha recebido um aviso do senhorio a informá-lo de que, no prazo de uma semana, teria de sair dessa casa, o que o levou a pedir ajuda à equipa de enfermagem da ETET.

A minha atuação consistiu em consultar o processo e através da entrevista de enfermagem fazer a avaliação da situação e identificar os diagnósticos (CIPE, 2016): ansiedade elevada, abuso álcool, humor depressivo, ansiedade, stress. Na execução

de intervenções (NIC) baseadas na intervenção breve: redução do stress, redução da ansiedade, aconselhamento, e treino de controlo dos impulsos (associado ao consumo excessivo de álcool que o cliente expressou ter dificuldade em controlar). Como resultados esperados (NOC): nível de ansiedade, controlo de riscos: uso de álcool, nível de stress, e equilíbrio de humor.

Para além disto, partilhei com a equipa de enfermagem e encaminhei a situação para a assistente social, pois o cliente estava em risco de transitar para situação de sem-abrigo.

Aproveitei a **gestão do regime medicamentoso** dos clientes, fundamentada em indicadores clínicos, inserido em programa tratamento com agonistas opioides de metadona, para prevenir recaídas. Nesse contexto, conduzi avaliações do estado mental dos clientes e apliquei intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas.

Como forma de orientar o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados à sua situação de saúde mental, conheci várias instituições, de carácter público como privado, que intervêm tanto com pessoas com doença mental, como com pessoas em situação de sem-abrigo e com problemática de adição, sendo que todas estas instituições visam a reabilitação psicossocial e integração socioprofissional, tendo participado em alguns dos seus programas.

A elaboração de um **Estudo de Caso**, realizado no primeiro estágio, em contexto de internamento de agudos num Hospital da área de Lisboa, permitiu consolidar as competências acima descritas, pois englobou os processos de colheita de dados, através da entrevista de enfermagem, realização do Exame do Estado Mental, identificação dos diagnósticos de enfermagem e execução de um plano individual de intervenção.

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 quarta e última competência específica do EEESMP remete para a estruturação do pensamento, desenvolvimento do plano de cuidados e sua implementação. A presente competência completa, então, o processo de

enfermagem, pois refere-se à prestação de cuidados e estratégias de intervenção em enfermagem de saúde mental.

O que me permitiu adquirir e desenvolver esta competência passou pelo desenvolvimento de **programas de intervenção**, nos contextos de estágio de internamento de psiquiatria, comunitário e de respostas diferenciadas.

No contexto de internamento, implementei o **Programa de intervenção psicoeducacional** para aumento da autoestima, de três sessões estruturadas, em contexto de grupo, dirigido a clientes com doenças do comportamento alimentar, com a abordagem de temáticas relacionadas com o autoconhecimento, autoestima e gestão emocional, integradas no diagnóstico de enfermagem – autoconceito comprometido. Os objetivos do Programa foram: aumentar a autoestima; facilitar o autoconhecimento e o conhecimento mútuo; promover a autorreflexão relativa à autoimagem e autoconceito; melhorar a comunicação. Os ganhos em saúde para os clientes foram a melhoria da consciencialização sobre o comprometimento no autoconceito, no aumento da autoestima e na melhoria da capacidade de regulação emocional.

No contexto comunitário, implementei o **Programa de intervenção psicoeducacional** e de reestruturação cognitiva para diminuição do estigma internalizado e aumento da autoestima, de três sessões estruturadas, dirigido a pessoas com doença mental, seguidos na ECSM. Os ganhos em saúde resultantes do Programa são o aumento da autoestima, redução do estigma internalizado, melhoria da comunicação e socialização, melhoria das estratégias de *coping*.

Ainda neste contexto de estágio, a implementação de **intervenções psicoeducacionais e psicossociais** a um grupo de nove clientes que integravam o programa de Unidade de Dia da ECSM, baseou-se num fator importante para a consolidação desta competência. A maioria destes clientes apresentavam dificuldades em socializar, em comunicar e expressar sentimentos, em adquirir estratégias de *coping*, e baixa autoeficácia, o que está relacionado com os problemas inerentes à doença mental. Neste sentido, através da psicoeducação, promovi o conhecimento, a compreensão e a gestão efetiva destes diagnósticos de enfermagem, capacitando-os a socializar, o que originou ganhos em saúde.

No contexto de respostas diferenciadas, implementei o **Programa de intervenção psicoeducacional e de reestruturação cognitiva** para diminuição do

estigma internalizado e aumento da autoestima, de seis sessões estruturadas, dirigido a pessoas com CAD, seguidos na ETET.

Fui capaz de promover a **reabilitação psicossocial** tanto de pessoas com doença mental quanto de pessoas com CAD, com o objetivo de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do treino de competências sociais, como, por exemplo, apoiar e ensinar um cliente na elaboração de um *Curriculum Vitae*. Outra situação consistiu em ensinar, orientar, treinar, assistir, apoiar e capacitar um cliente a dirigir-se a uma bilheteira e fazer uma viagem de comboio, que se revelava numa dificuldade para este, com um impacto negativo na sua vida pelo grau de dependência que este aspeto impunha, como descrevi anteriormente.

7. Desenvolvimento de Competências de Mestre

O Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto (Diário da República, 2018) estabelece critérios para a obtenção do grau de mestre. Os candidatos devem demonstrar conhecimento avançado, capacidade de resolver problemas em contextos diversos, **habilidades de comunicação clara e autonomia na aprendizagem ao longo da vida**.

O grau de mestre é atingido no decorrer de uma aprendizagem contínua que se inicia na licenciatura e continua a ser desenvolvida e aprofundada ao longo dos anos da prática profissional, estudo independente e formação académica.

Considero relevante iniciar a justificação do desenvolvimento deste conjunto de competências pela conceptualização da disciplina em estudo. A Enfermagem é composta por um corpo de conhecimentos teóricos, em que estão associados os modelos e teorias de Enfermagem, que atuam como referenciais fundamentais à matriz disciplinar da profissão, uma vez que são muito significativos para o **ensino, investigação e prestação de cuidados**, por objetivarem consolidar a Enfermagem como ciência e arte na área da saúde (Taffner et al., 2021).

A classificação da Enfermagem como disciplina e ciência só é possível pela investigação, que consiste numa estratégia essencial para o desenvolvimento do conhecimento, para o exercício autónomo da profissão e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desenvolver **competências técnicas e metodológicas de investigação** constou num foco de estudo para mim, pois tinha como objetivo fomentar uma prática baseada na evidência (PBE). Como prova, contribui, desenvolvi e disseminei investigação, com a promoção de PBE através da realização de uma revisão *scoping*. Não obstante, a avaliação do efeito da intervenção para reduzir o estigma internalizado e aumentar a autoestima, quer em clientes da ECSM, quer da ETET, possibilitou um estudo de natureza quase-experimental, com avaliação antes e após com um único grupo. Os resultados foram apresentados no Capítulo 4. A disseminação do trabalho desenvolvido foi feita através da participação em congressos internacionais. Por ter sido premiada num desses congressos, o meu trabalho foi publicado no E-book intitulado *4º Congresso Internacional IntNSA Portugal – (Trans)Formação em CAD*.

O desenvolvimento de competências que me permitam uma aprendizagem ao longo da vida é um dos meus objetivos pessoais e profissionais e, desse modo, desempenho um papel de membro da Associação de Enfermeiros de Comportamentos Aditivos e Dependências IntNSA Portugal.

Fortalecer a capacidade de compreensão dos fenómenos de doença mental e CAD através da execução dos conhecimentos desenvolvidos e da vivência com estas populações permitiu-me adquirir a capacidade da tomada de decisão, que se assume como um processo complexo que é influenciado por fatores pessoais, contextuais/ambientais e organizacionais (Lourenço et al., 2022) e que visa a resolução de problemas e a criação de estratégias face a situações inesperadas ou desconhecidas. O processo de autorreflexão foi um componente da tomada de decisão, bem como, a minha responsabilidade pelos fatores éticos, culturais, espirituais e psicossociais dos clientes envolvidos nos cuidados.

8. Conclusão

A elaboração deste relatório envolveu um processo crítico e reflexivo da minha prática profissional, tendo em conta a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMP e de Mestre. Este processo foi alicerçado no autoconhecimento, traduzindo-se numa experiência enriquecedora a nível pessoal e profissional.

O percurso inerente ao Curso de Mestrado foi concretizado por uma vontade em adquirir conhecimentos na área de ESMP, com vista a uma mudança profissional, que proporcionasse maior nível de realização e satisfação profissional. A minha inexperiência na prestação de cuidados especializados dirigidos a pessoas com necessidades em saúde mental tornou-se um fator impulsionador para este percurso académico, originando vários desafios.

A realização dos estágios nos diversos contextos permitiu mobilizar os conhecimentos adquiridos nas diferentes componentes da formação, e desenvolver as competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e de Mestre. A primeira competência do EEESMP foi desenvolvida através de um processo contínuo de autorreflexão e autocrítica, pela identificação de emoções, sentimentos, pensamentos, fenómenos de transferência e contratransferência que pudessem interferir na relação terapêutica com o cliente e equipa multidisciplinar, em que estava inserida. Este processo de autorreflexão foi partilhado pelos enfermeiros orientadores, equipa de enfermagem e professora orientadora.

A capacidade de avaliar as necessidades em saúde mental do cliente, família, grupos e comunidade, pela mobilização de aptidões de comunicação, foi alicerçada no Modelo Teórico de Tidal, que contribuiu significativamente para a compreensão do impacto que os problemas de saúde mental têm na vida das pessoas e quais as melhores estratégias de resolução. Frequentemente, essas estratégias consistem em programas que promovem o *empowerment*. Um dos exemplos que ilustra o desenvolvimento desta competência foi a execução de sessões de formação para os clientes com CAD.

A elaboração de um Estudo de Caso constituiu-se como estratégia organizadora de raciocínio clínico no que respeita ao processo de enfermagem, e como operacionalização do exercício de análise reflexiva da prática clínica.

O desenvolvimento da quarta competência específica do EEESMP deveu-se à implementação de vários programas, como é o caso do programa de intervenção psicoeducacional para aumento da autoestima dirigido a clientes com doenças do comportamento alimentar, do programa de intervenção de redução de estigma internalizado e aumento da autoestima dirigido a pessoas com doença mental, e pessoas com CAD. A implementação destes programas permitiu a prestação de cuidados psicoeducacionais e psicoterapêuticos. O treino de competências sociais foi contemplado aos utentes dos diversos contextos de estágio, assegurando cuidados sócio terapêuticos e psicossociais.

Com a elaboração do projeto de intervenção, construto fundamental ao presente relatório, foi possível constatar que existem pessoas com perturbação de uso de substâncias sem estigma internalizado e com alto nível de autoestima, apesar de terem experienciado situações estigmatizantes em alguns momentos da sua vida. No entanto, existem outras que não possuem tais capacidades, e por esse motivo, devem ser ajudadas a manter, melhorar e recuperar a sua saúde mental, nomeadamente na redução do estigma internalizado e aumento da autoestima, e a atingir o seu máximo potencial.

A literatura é consensual no que diz respeito à compreensão das adições como doenças crónicas, e as pessoas que sofrem das mesmas vivem em situações de grande vulnerabilidade. A internalização do estigma faz com que as pessoas que necessitam de ajuda ou tratamento o afastem, o que se revela num grande obstáculo à reabilitação e/ou recuperação mental e, neste sentido, um grande desafio para a Enfermagem, especificamente, para os EEESMP.

Os objetivos do projeto definidos inicialmente foram alcançados, uma vez que se obtiveram resultados positivos em várias dimensões da escala ISMI, inclusivamente na experiência de resistir ao estigma internalizado, bem como se demonstrou um ligeiro aumento da autoestima pelos resultados da escala RSES. Para além destes, a avaliação qualitativa que os clientes fizeram da intervenção correspondeu às expectativas, o que determina, principalmente, os ganhos em saúde para os clientes, e a valorização do trabalho realizado, possível através da relação terapêutica estabelecida.

Existem, contudo, algumas limitações no projeto, especialmente, devido ao tamanho reduzido da amostra, e curto período de estágio para abordar todos os

desafios. Neste sentido, os clientes poderiam obter ganhos em saúde ainda maiores caso o projeto incluísse um maior número de sessões.

Na minha perspectiva, os aspectos mais relevantes desta experiência dizem respeito à compreensão da problemática dos CAD, à adoção de uma postura de não discriminação e não julgamento para com esta população vulnerável. Para tal, é necessário continuar a produzir conhecimento baseado em evidência científica e em divulgá-lo, de forma a alcançar todos os profissionais de saúde, e a sociedade em geral, para que se consiga combater o estigma público, que como se sabe, resulta no estigma internalizado.

É crucial reconhecer o papel dos EEESMP que intervêm com pessoas com CAD e seus familiares. Investir na formação especializada em ESMP é fundamental para garantir melhores cuidados e promover o bem-estar e a qualidade de vida dos clientes e suas famílias.

Referências Bibliográficas

- Abiri, S., Oakley, L. Hitchcock, M., & Hall, A. (2016). Stigma related avoidance in people living with severe mental illness (SMI): Findings of an integrative review. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 251-261. DOI: [10.1007/s10597-015-9957-2](https://doi.org/10.1007/s10597-015-9957-2)
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2019). *Relatório de atividades 2018*. <https://www.arslvt.min-saude.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencias/tratamento/>
- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Medicina geral e familiar*, 23(3), 327-330. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10366>
- Alcântara, M., Silva, D., Freiberger, M., & Coelho, M. (2011). Teorias de enfermagem: A importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2(2), 115-132. <http://repositorio.faema.edu.br:8000/jspui/handle/123456789/1697>
- Alligood, M. (2018). *Nursing theorists and their work*. Elsevier.
- Allen-Duck, A., Robinson, J., & Stewart, M. (2017). Healthcare quality: A concept analysis. *Nursing Forum*, 52(4), 377-386. DOI: [10.1111/nuf.12207](https://doi.org/10.1111/nuf.12207)
- Almeida, M., Lobão, C., Coelho, A., & Parola, V. (2023). Emotional management strategies in prehospital nurses: A scoping review. *Nursing Reports*, (13), 1524-1538. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040128>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5* (5ª ed). Artmed.
- American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to the APA style* (7ª ed.). APA.
- Amnistia Internacional (2024, março 13). *Declaração universal dos direitos humanos*. Centro dos Direitos Humanos das Nações Unidas. <https://www.amnistia.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/>
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model - A guide for Mental Health Professionals*. (1ªed). Taylor & Francis E-Library.

- Boyd, J., Adler, E., Otilingam, P., & Peters, T. (2014). Internalized stigma of mental illness (ISMI) scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-231. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Bozdag, N. & Çuhadar, D. (2022). Internalized stigma, self-efficacy and treatment motivation in patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 27(2), 174-180. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1916846>
- Brito, M. (2018). *O enfermeiro como terapeuta de referência nas equipas de saúde mental comunitária*. Ordem dos Enfermeiros.
- Catarino, L. (2020). *A legalização da droga em Portugal: Uma perspetiva da administração pública*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/47945>
- CIPE® Versão 2015 – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (2016). Ordem dos Enfermeiros.
- Coentre, R., Mendes, T., Rebelo, A., Fonseca, A., & Levy, P. (2019). PROFIP: A portuguese early intervention programme for first-episode psychosis in Lisbon. *Early intervention in Psychiatry*, 13(6), 1525-1529. DOI: [10.1111/eip.12852](https://doi.org/10.1111/eip.12852)
- Coffman, B., Curtis, M., Sklar, A., Seebold, D., & Salisbury, D. (2023). Recovery of auditory evoked response attentional gain modulation following the first psychotic episode indexes improvements in symptom severity. *Human Brain Mapping*, 44(9), 3706-3716. DOI: 10.1002/hbm.26306
- Conselho de Enfermagem Regional (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/concurso-dos-padr%C3%B5es-de-qualidade-dos-cuidados-de-enfermagem-da-srsul/>
- Correia, D. (2014). *Manual de psicopatologia*. (2ª ed). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Correia, M. (2011). *Cultura cigana e sua relação com a saúde*. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/10506>

- Corrigan, P. & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Corrigan, P., Larson, J., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81. doi: [10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x](https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x)
- Cruz, O. (2021). Resiliência, complexidade e heterogeneidade do fenómeno das drogas e a sua expressão em Portugal. In SICAD (Ed.), *Comportamentos aditivos: Perspetivas e desafios* (pp. 29-34). https://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=228&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 89/2023 (2023). Cria o Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências, I. P. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I Série (N.º 197 de 11-10-2023), 3-10. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/89-2023-222645049>
- Decreto-Lei n.º 113/2021 (2021). Estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental. Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I Série (N.º 240 de 14-12-2021), 104-118. ELI: <https://files.dre.pt/1s/2021/12/24000/0010400118.pdf>
- Deilamizade, A., Moghanibashi-Mansourieh, A., Mohammadian, A., & Puyan, D. (2020). The sources of stigma and the impacts on Afghan refugees with substance abuse disorders: A qualitative study in Iran. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 19(4), 610-622. <https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1556764>
- Deres, A. Bürkner, P., Klauke, B., & Buhlmann, U. (2020). The role of stigma during the course of inpatient psychotherapeutic treatment in a German sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, (27), 239-248. DOI: 10.1002/cpp.2423
- Dias, L. (2007). *As drogas em Portugal: O fenómeno e os factos jurídico-políticos de 1970 a 2004*. Pé de Página Editores. <https://dependencias.pt/detalhe->

[noticia/801/as-drogas-em-portugal-o-fenomeno-dos-factos-juridico-polyaticos-de-1970-a-2004](https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181)

- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates and consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261-1287. DOI: 10.1093/schbul/sbaa181
- Dubreucq, J., Faraldo, M., Abbes, M., Ycart, B., Richard-Lepouriel, H., Favre, S., Jermann, F., Attal, J., Bakri, M., Cohen, T., Cervello, C., Chereau, I., Cognard, C., De Clercq, M., Douasbin, A., Giordana, J., Giraud-Baro, E., Guillard-Bouhet, N., Legros-Lafarge, E., ... Franck, N. (2021). Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) to improve social functioning in people with serious mental illness: study protocol for a stepped-wedge cluster randomized controlled trial. *Trials*, 22(124), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05067-1>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2023, dezembro 8). *Rising rates of sexually transmitted infections across Europe*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/rising-rates-sexually-transmitted-infections-across-europe>
- Fan, C., Chang, K., Lee, K., Yang, W., Pakpour, A., Potenza, M., & Lin, C. (2022). Rasch modeling and differential item functioning of the self-stigma scale-short version among people with three diferente psychiatric disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph19148843>
- Faria, S., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde mental dos enfermeiros: Contributos do burnout e engagement no trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (22), 9-18. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0258>
- Felicíssimo, F., Ferreira, G., Soares, R., Silveira, P., & Ronzani, T. (2013). Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 116-129.
- Figueira, M., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de psiquiatria clínica*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- Flores, D., Imperadeiro, I., Correia, P., Veludo, F., Madureira, M., & Sousa, P. (2020). Estratégias facilitadoras na integração do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica: uma revisão scoping. *Cadernos de saúde*, (12), 83-84. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10274>
- Fundación Secretariado Gitano. (2007). *Guia para a intervenção com a comunidade cigana nos serviços de saúde*. Madrid: Editora Reapan. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_pt.pdf
- García, J., Olmos, F., Matheu, M., & Carreño, T. (2019). Self esteem levels vs global scores on the Rosenberg self esteem scale. *Heliyon*, 5(3). DOI: [10.1016/j.heliyon.2019.e01378](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01378)
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correl, C. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20040>
- Germano, A., Carvalho, C., Martins, C., Nunes, L., Amaral, M., & Vieira, M. (2003). *Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros.
- Goffman, E. (2021). *Estigma: La identidad deteriorada*. (2ª ed.). Amorrortu Editores.
- González-Sanguino, C., González-Dominguez, S., Castellanos, M., & Muñoz, M. (2022). Mental illness stigma: a comparative cross-sectional study of social stigma, internalized stigma and self-esteem. *Clínica y Salud*, 33(2), 59-64. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a16>
- Hansson, L., Lexén, A., & Holmén, J. (2017). The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1415-1423. DOI: 10.1007/s00127-017-1385-x
- Hasan, A. & Alasmee, N. (2022). Evaluation of the impact of a self-stigma reduction programme on psychosocial outcomes among people with schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Mental Health*, 31(1), 83-91. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922628>

- Huang, W., Chen, S., Pakpour, A., & Lin, C. (2018). The mediation role of self-esteem for self-stigma on quality of life for people with schizophrenia: A retrospectively longitudinal study. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 12(10). DOI: 10.1017/prp.2017.18
- Ismail, F. & Gonçalves, M. J. (2022). *Dependências tóxicas e comportamentais na prática clínica*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. (2ª ed). Artmed.
- Khalil, R., Naeem, Z., Jameel, N., & Talib, U. (2021). Effective therapeutic interventions to promote recovery from first psychotic episode and minimize its relapse: A qualitative study from Pakistan. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 71(5), 1624-1629. doi: <https://doi.org/10.51253/pafmj.v71i5.3139>
- Lei n.º 30/2000 (2000). Regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. Legislação Consolidada. *Diário da República*, I Série (N.º 276 de 29-11-2000), 1-9. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2000-34545875-49120775>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69). DOI: [10.1186/1748-5908-5-69](https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69)
- Lima, J., Gonçalves, H., Belo, F., Francisco, L., Silva, L., Alves, N., Santos, M., & Albuquerque, M. (2022). Aplicabilidade do *Tidal Model* por enfermeiros em serviços de saúde mental: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 11(1). DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25168>
- Livingston, J., Milne, T., Fang, M., & Amari, E. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39-50. DOI: [10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x)
- Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da

- Marôco, J. (2021). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (3ª ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M., Almeida, M., Mendes, O., & Santos, R. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar Enfermagem*, 12(2).
- Mendes, M., Magano, O., & Candeias, P. (2014). *Estudo nacional sobre as comunidades ciganas – Observatório das comunidades ciganas*. Alto Comissariados para as Migrações. Governo de Portugal. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15587/1/estudonacionalsobreascomunidadesciganas.pdf>
- Mills, H., Mulfinger, N., Raeder, S., Rüscher, N., Clements, H., & Scior, K. (2020). Self-help interventions to reduce self-stigma in people with mental health problems: A systematic literature review. *Clinical, Educational & Health Psychology*, 284. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112702
- Miranda, R. (2009). *Qual a relação entre o pensamento crítico e a aprendizagem de conteúdos de ciências por via experimental?: Um estudo no 1º ciclo*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/5489>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLOS Medicine*, 6(7). DOI: [10.1371/journal.pmed.1000097](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097)
- Moreira, L. & Esteves, C. (2012). Revisitando a teoria do setting terapêutico. *Psicologia.pt*.
- Nascimento, L. & Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: A voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 26(1), 103-121. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5ª edição). Pearson Education.

- Oliveira, E., Bachion, M., & Carvalho, E. (1996). Aplicação da janela de johari em uma interação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (4), 113-125. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000700012>
- Oliveira, S. (2015). *(In)visível para quem? Um olhar sobre o estigma internalizado, auto-estima e qualidade de vida em pessoas com doença mental*. [Tese de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10071/12455>
- Oliveira, S., Carvalho, H., & Esteves, F. (2016). Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *Journal of Mental Health*, 25(1), 55-61. DOI: [10.3109/09638237.2015.1124387](https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124387)
- Oliveira, S., Esteves, F., Pereira, E., Carvalho, M., & Boyd, J. (2015). The internalized stigma of mental illness: cross-cultural adaptation and psychometric properties of the portuguese version of the ISMI scale. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 606-612. DOI: [10.1007/s10597-015-9828-x](https://doi.org/10.1007/s10597-015-9828-x)
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Lisboa.
- Óri, D., Szocsics, P., Molnár, T., Motlova, L., Kazakova, O., Mörkl, S., Wallies, M., Abdulhakim, M., Boivin, S., Bruna, K., Cabaços, C., Carbone, E., Dashi, E., Grech, G., Greguras, S., Ianovic, I., Guevara, K., Kakar, S., Kotsis, K., ... Rózsa, S. (2023). Attitudes of psychiatrists towards people with mental illness: A cross-sectional, multicentre study of stigma in 32 European countries. *eClinicalMedicine*, (66). <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102342>
- Panagiotounis, F., Theodorakis, Y., Hassandra, M., & Morres, I. (2021). Psychological effects of an adventure therapy program in the treatment of substance use disorders. A Greek pilot study. *Journal of Substance Use*, 26(2), 118-124. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1807630>

- Pérez-Pedrogo, C., Planas-Garcia, B., Suazo-Rivera, S., Ortega-Guzmán, J., & Albizu-Garcia, C. (2022). Preliminary feasibility and acceptability of a cultural adaptation of acceptance and commitment therapy for latinxs with HIV and drug use disorders in Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 33(2), 232-243. <https://doi.org/10.55611/reps.3302.03>
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Khalil, H., Larsen, P., Marnie, C., Pollock, D., Tricco, A., & Munn, Z. (2022). Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JB I Evidence Synthesis*, 20(4), 953-968. DOI: 10.11124/JBIES-21-00242
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Pompeo, D., Rossi, L., & Galvão, C. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 434-438. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400014>
- Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos*. (5ª ed). Lusociência.
- Quintão, S., Delgado, A., & Prieto, G. (2011). Avaliação da escala de auto-estima de Rosenberg mediante o modelo de Rasch. *Psicologia*, 25(2), 87-101. <https://revista.appsicologia.org/index.php/rpsicologia/article/download/289/52/754>
- Rainho, E. (2014). *Relatório da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/2276>
- Ramos, M. (2017). *Autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico na adolescência*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/32861>
- Rede Iberoamericana de Organizações Não Governamentais que trabalham em Drogas e adições (2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones: conceptos, implicaciones y recomendaciones*. Comisión Estigma RIOD. Disponível em: <https://riod.org/publicacion-estigma/>

- Registered Nurses' Association of Ontario. (2015). *Engaging Clients Who Use Substances*. Toronto. Disponível em: www.RNAO.ca
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 151 de 07-08-2018), 21427-21430. ELI: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 125-133. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P., & Yanos, P. (2013). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) effectiveness: A quasi-experimental study. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 303-312. <https://doi.org/10.1002/jclp.22050>
- Ruivo, M. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Saffari, M., Chang, K., Chen, J., Chang, C., Chen, I., Huang, S., Liu, Lin C., & Potenza, M. (2022). Temporal associations between depressive features and self-stigma in people with substance use disorders related to heroin, amphetamine, and alcohol use: a cross-lagged analysis. *BMC Psychiatry*, 22(815). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04468-z>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 77-84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Santos, P. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Teoria*,

Investigação e Prática, (2), 253-268.
<https://www.researchgate.net/publication/40004224>

- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral* (3ª ed.). Climepsi Editores.
- Seabra, P. (2021). Comportamentos aditivos e dependências: Respostas às necessidades em saúde. In SICAD (Ed.), *Comportamentos aditivos: Perspetivas e desafios* (pp. 46-49).
https://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=228&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos
- Seabra, P., Simões, A., Sequeira, A., Amaral, P., Filipe, F., & Sequeira, R. (2021). Caracterização do cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento para os comportamentos aditivos e dependências. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (26), 71-86.
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=32755524-2f38-4642-9dde-d0c3dd096845%40redis>
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020*. Lisboa.
https://www.sicad.pt/pt/publicacoes/paginas/detalhe.aspx?itemId=61&lista=sicad_publicacoes&bkUrl=/bk/publicacoes
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2022). *Relatório anual 2021 – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa.
https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=178&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/
- Serviço Nacional de Saúde (2022, maio 23). *Equipa Comunitária de Saúde Mental*. Obtido de: <https://saudemental.min-saude.pt/equipa-comunitaria-de-saude-mental/>
- Silván-Ferrero, P., Holgado, P., Jiménez, J., & Garín, D. (2022). Benefits of employment in people with mental illness: Differential mediating effects of

- internalized stigma on self-esteem. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 32(1), 119-134. DOI: 10.1002/casp.2552
- Smith, L., Earnshaw, V., Copenhaver, M., & Cunningham, C. (2016). Substance use stigma: Reliability and validity of a theory-based scale for substance-using populations. *Drug Alcohol Depend*, 162 (34-43). DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.02.019
- Soares, R., Nery, F., Silveira, P., Noto, A. & Ronzani, T. (2011). A mensuração do estigma internalizado: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 16(4). <https://www.scielo.br/j/pe/a/pthF84SR3LXpNXKqX586xvG/?lang=pt>
- Subu, M., Wati, D., Netrida, N., Priscilla, V, Dias, J., Abraham, M., Slewa-Younan, S., & Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(77), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>
- Switaj, P., Grygiel, P., Chrostek, A., Nowak, I., Wciórka, J., & Anczewska, M. (2017). The relationship between internalized stigma and quality of life among people with mental illness: Are self-esteem and sense of coherence sequential mediators? *Quality of Life Research*, (26), 2471-2478. DOI 10.1007/s11136-017-1596-3
- Taffner, V., Pimentel, R., Almeida, D., Freitas, G., & Santos, M. (2021). Teorias e modelos de enfermagem como referenciais teóricos de teses e dissertações brasileiras: Estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0201>
- Tanriverdi, D., Kaplan, V., Bilgin, S., & Demir, H. (2020). The comparison of internalized stigmatization levels of patients with different mental disorders. *Journal of Substance Use*, 25(3), 251-257. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1675790>
- Tomar, N., Brinkley-Rubinstein, L., Ghezzi, M., Deinse, T., Burgin, S., & Cuddeback, G. (2020). Internalized stigma and its correlates among justice-involved individuals with mental illness. *International Journal of Mental Health*, 49(2), 201-211. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1703358>
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Trzepacz, P. & Baker, R. (2002). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Climepsi Editores.
- Türk, A. & Ugurlu, N. (2023). Internalized stigma and the quality of life and self-esteem of individuals with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 14(1), 49-58. DOI: 10.14744/phd.2022.02700
- United Nations Office on Drugs and Crime (2023). *World Drug Report 2023*. World Health Organization. www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html
- Valentim, O., Moutinho, L., Laranjeira, C., Querido, A., Tomás, C., Longo, J., Carvalho, D., Gomes, J., Morgado, T., & Correia, T. (2023). “Looking beyond mental health stigma”: Na online focus group study among senior undergraduate nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5): 4601. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1703358>
- Verona, M. & Branthoover, H. (2022). The effect of a self-forgiveness model on self-stigma in individuals diagnosed with substance use disorders. *Counseling and Values*, 67(2), 203-224. DOI: 10.1163/2161007X-67020004
- Vilar, T., Nogueira, M., Valentim, O., & Seabra, P. (2020). A psicoeducação na adesão terapêutica em utentes com esquizofrenia: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Spe7), 103-108. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0254>
- Wang, D., Zhou, Y., Wu, Q., He, L., Wang, Q., Hao, Y., Liu, Y., Peng, P., Li, M., Liu, T., & Ma, Y. (2024). Employing bayesian analysis to establish a cut-off point and assess stigma prevalence in substance use disorder: A comprehensive study of the chinese version of the substance use stigma mechanism scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3233789/v1>
- Wickman, V. & Schmidt, M. (2023). Experiences of primary care among young adults with mental illness – A systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(3), 628-641. DOI: 10.1111/scs.13167
- Wong, C. & Laschinger, H. (2012). Authentic leadership, performance, and job satisfaction: The mediating role of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 947-959. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06089.x

- World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders*. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>
- Wright, J., Baco, M., & Thase, M. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo comportamental* (Artmed Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Yanos, P., Lysaker, P., Silverstein, S., Vayshenker, B., Gonzales, L., West, M., & Roe, D. (2019). A randomized-controlled trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (54), 1363-1378. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01702-0>
- Young, B. (2010). Using the tidal model of mental health recovery to plan primary health care for women in residential substance abuse recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, (31), 569-575. DOI: 10.3109/01612840.2010.487969
- Zwick, J., Appleseth, H., & Arndt, S. (2020). Stigma: How it affects the substance use disorder patient. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(50), 1-4. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00288-0>