



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenções Especializadas de Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiátrica na Gestão da
Ansiedade no Utente com Perturbação de Uso
de Substâncias numa Equipa de Tratamento**

Ricardo José Borges Marques

Orientação: Professor Doutor Jorge Almeida

Arguente: Professor Doutor Lino Ramos

Presidente do Júri: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Gestão da Ansiedade no Utente com Perturbação de Uso de Substâncias numa Equipa de Tratamento

Ricardo José Borges Marques

Orientação: Professor Doutor Jorge Almeida

Arguente: Professor Doutor Lino Ramos

Presidente do Júri: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

"It is the client who knows what hurts, what directions to go, what problems are crucial,
what experiences have been deeply buried". — de On Becoming a Person
Carl Rogers, 1961

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus colegas, especialmente aos que fizeram parte dos meus grupos de trabalho ao longo deste percurso, pois foram sempre uma ajuda, quer na componente teórica do curso como em apoio moral.

Agradeço aos professores do mestrado pela transmissão de conhecimentos e por fomentarem a aquisição de novas aprendizagens e o desenvolvimento de competências.

Agradeço aos enfermeiros orientadores dos locais de estágio e suas equipas, pois sempre se mostraram disponíveis para me orientar e ajudar, promovendo ao máximo a minha aprendizagem.

Agradeço aos utentes, pois é com eles com quem mais aprendo, seja sobre a doença, sobre o cuidar ou até sobre mim próprio.

Agradeço por fim ao meu orientador de estágios e relatório, o professor Jorge Almeida, pela sua abordagem humana e promotora de aprendizagens e pela sua disponibilidade, o que serviu de segurança mental e contribuiu para um percurso mais harmonioso deste mestrado.

RESUMO

Relatório de estágio que tem como objetivo demonstrar de que forma a realização de dois estágios contribuíram para a aquisição de competências comuns de especialista e de competências específicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, assim como de Mestre em Enfermagem. No segundo estágio, foi realizado um projeto, denominado: Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Gestão de Ansiedade no Utente com Perturbação de Uso de Substâncias numa Equipa de Tratamento. Foi elaborado um enquadramento teórico sobre conteúdos relevantes para o trabalho, assim como uma revisão integrativa da literatura com intuito de compreender fatores que conduzem à ansiedade na população que frequenta a Equipa de Tratamento.

Para melhor intervir é necessário melhor compreender, de modo que a entrevista de enfermagem e a relação de ajuda foram consideradas essenciais, tendo como referencial teórico a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, no qual o utente encontra-se no centro dos cuidados. Ao identificar em si sinais e sintomas de ansiedade e os eventos causadores da mesma, o utente fica mais desperto para a aquisição de estratégias que lhe permitam melhor gerir a ansiedade. Estas, devem ser simples, exequíveis e adequadas a cada um, respeitando as características individuais dos utentes.

Palavras-chave: Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Dependência de Substâncias; Ansiedade

ABSTRACT

Internship report that aims to demonstrate how the completion of two internships contributed to the acquisition of common specialist skills and specific skills in Mental Health and Psychiatric Nursing, as well as Master's in Nursing. In the second internship, a project was carried out, called: Specialized Mental Health and Psychiatric Nursing Interventions in the Management of Anxiety in Users with Substance Use Disorders in a Treatment Team. A theoretical framework was elaborated on contents relevant to the work, as well as an integrative literature review in order to understand factors that lead to anxiety in the population that attends the Treatment Team.

To better intervene, it is necessary to understand better, so that the nursing interview and the helping relationship were considered essential, having Peplau's Theory of Interpersonal Relationships as a theoretical reference, in which the user is at the center of care. By identifying signs and symptoms of anxiety and the events that cause it, the user becomes more aware of acquiring strategies that allow him to better manage anxiety. These must be simple, feasible and appropriate for each person, respecting the individual characteristics of users.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Nursing; Substance Addiction; Anxiety

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos	29
Figura 2 - Ecomapa sr. JL.....	81
Figura 3 - Genograma sr. JL.....	82

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Tabela estilo Joanna Briggs Institute para resumo dos artigos	31
Tabela 2 - Análise Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças	40

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA - American Psychiatric Association

CDS – Consequências da Dependência de Substâncias

DeCS - Descritor em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

EESMP – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ETET – Equipa Técnica Especializada de Tratamento

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PUS - Perturbação de Uso de Substâncias

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

LISTA DE ABREVIATURAS

cit. – citado

et al. – (et alli): significa "e outros"

p. – página

pp. - páginas

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
2.1 Saúde Mental e Doença Mental.....	13
2.2 Perturbação do Uso de Substâncias (PUS).....	14
2.3 Ansiedade.....	17
2.4 Gestor de caso	19
2.5 Teoria de Enfermagem – Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.....	21
3. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	23
4. METODOLOGIA DO PROJETO	26
4.1 Diagnóstico de situação.....	26
4.2 Questão de investigação e objetivo	26
4.3 Revisão Integrativa da Literatura	27
4.4 Discussão de resultados.....	36
4.5 Conclusão da Revisão Integrativa da Literatura.....	39
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO DE GESTÃO DE ANSIEDADE PARA O UTENTE COM PUS	40
6. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	45
6.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	45
6.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	48
6.3 Competências de Mestre em Enfermagem.....	58
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXO I – Questionário Audit – Versão Portuguesa.....	71
ANEXO II – Folheto Sobre a Ansiedade	74
ANEXO III – Escala Das Consequências Da Dependência De Substâncias	75
APÊNDICE I – Tabela Tipo	79
APÊNDICE II – Estudo Caso JL	80

1. INTRODUÇÃO

Após a conclusão das diversas Unidades Curriculares do 1º ano do 6º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica do Instituto Politécnico de Setúbal, das quais o estágio I, chegamos agora ao 2º ano e ao respetivo estágio II (final), no qual nos é pedida a elaboração de um relatório de estágio que vá ao encontro da aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), assim como as de mestre. Todas estas Unidades Curriculares prévias contribuíram para o nosso percurso académico, orientando-nos para uma aprendizagem contínua, cientificamente fundamentada, preparando-nos assim para uma melhor prática clínica.

Assim, a elaboração deste relatório de estágio tem como objetivo geral demonstrar o percurso realizado ao longo do mestrado, relacionando-o com o projeto de estágio final, e que será apresentado perante um júri em discussão pública. Em termos de objetivos específicos, estes prendem-se com: demonstrar o processo de aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista, de enfermeiro EESMP e ainda de Mestre em Enfermagem; elaborar um projeto de intervenção sobre a gestão da ansiedade na pessoa com Perturbação de Uso de Substâncias (PUS); aprofundar conhecimentos sobre a PUS; compreender o utente com PUS.

A escolha dos locais de estágio recaiu sobre os comportamentos aditivos, patologia à qual apresentávamos alguma dificuldade de compreensão, assim como na interação com esta tipologia de utentes. O primeiro estágio foi em regime de internamento de agudos e o segundo em contexto comunitário. Desta forma, é possível adquirir uma perspetiva abrangente da pessoa com problemas aditivos, hoje denominada pessoa com PUS, na qual o enfermeiro EESMP tem um papel significativo pela abordagem psicoterapêutica, através da relação de ajuda, com o objetivo de capacitar o utente a melhorar a sua condição de saúde e também a reorganizar-se socialmente.

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica será a linha orientadora deste relatório, pois enumera as várias competências que devemos atingir no final deste percurso académico,

não esquecendo as competências comuns de especialista. Estas competências específicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade. Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p.21427).

Como projeto de estágio, iremos elaborar um projeto de intervenção que vá ao encontro da satisfação das necessidades da população que recorre aos serviços prestados na Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET) da margem sul do Tejo. Isto é, um projeto de intervenção que permita ganhos em saúde, uma redução de riscos e uma minimização de danos no utente em regime de ambulatório com patologia aditiva. A ETET tem como missão “promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, na área da Região de Lisboa e Vale do Tejo” (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2022).

Em termos de estrutura, iremos começar por esta introdução, seguida de um enquadramento teórico no qual reunimos conceitos chave para este trabalho, tais como a ansiedade e a PUS e ainda a escolha sobre o referencial teórico que consideramos mais adequado ao contexto e população. Após o enquadramento, caracterizamos os locais de estágio, realizamos uma revisão integrativa da literatura que visa compreender fatores potencialmente geradores de ansiedade no utente com PUS que frequente a ETET e expomos o projeto de estágio, no âmbito da gestão da ansiedade. Terminando o conteúdo relativo ao projeto, inicia-se a análise de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e do enfermeiro EESMP respetivamente, assim como as de Mestre. Por fim, temos as considerações finais, onde se realiza o balanço final deste relatório, seguida das referências bibliográficas, anexos e apêndices.

Os anexos e apêndices foram considerados como elementos de relevo para a compreensão da problemática e das atividades realizadas ao longo dos estágios, sendo retirados após discussão do Relatório de Estágio.

Este relatório é realizado de acordo com as normas de referenciação bibliográfica American Psychological Association, 7^a edição.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Saúde Mental e Doença Mental

Embora a definição de saúde mental seja mutável e influenciada pelo contexto sociocultural e época em que estamos inseridos, a maior entidade de saúde a nível global, a Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (World Health Organization, 2022).

Apesar do conceito de saúde mental nos remeter para o psicológico, não se pode negligenciar a importância do corpo neste equilíbrio. O “funcionamento mental tem um substrato fisiológico e está indissociavelmente ligado ao funcionamento físico e social e aos ganhos em saúde” (OMS, 2002, p.32). Assim, importa projetar o indivíduo como um ser holístico, em que as dimensões que o constituem se influenciam mutuamente, e que a saúde não se resume à ausência de doença.

Quando se avalia uma pessoa em termos de saúde mental, realizamos uma entrevista, na qual observamos o verbal e não verbal, recolhendo dados sobre o humor, a atenção, o discurso, o sono, o pensamento e a perceção, e de que forma as alterações nestes contribuem para o funcionamento ou não da pessoa, não negligenciando o fator tempo.

As perturbações mentais e comportamentais não são apenas variações dentro da escala do «normal», mas sim fenómenos claramente anormais ou patológicos. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa em si mesmo a presença de perturbação mental ou comportamental. Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida (OMS, 2002, p.53).

Ansiedade, depressão, suicídio, esquizofrenia, perturbação afetiva bipolar, demência e PUS são algumas das mais frequentes e significativas doenças mentais que afetam a civilização atual. Segundo o relatório Health at a Glance 2018, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, os custos totais das doenças mentais representam “mais de 4% do PIB - ou mais de 600 mil milhões de euros - nos 28 países da EU” (OE, 2022).

Entre as doenças mentais acima referidas, iremos incidir sobretudo na PUS e na ansiedade.

2.2 Perturbação do Uso de Substâncias (PUS)

O Índice de Classificação de Doenças (ICD) 11 descreve dependência como o uso repetido de substâncias que produzem efeitos agradáveis e que levam ao uso repetido da mesma. Essas substâncias podem ser drogas ilícitas, álcool, fármacos ou ainda, no lugar de substâncias, comportamentos, tais como o jogo (a dinheiro) ou jogos virtuais.

Quando um indivíduo é dependente de uma substância, utiliza-se o diagnóstico de PUS. Para que tal diagnóstico seja empregue em concordância dentro da comunidade médica e devidamente fundamentado, foram definidos critérios que constam no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V, também conhecido por DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V):

Critério 1 - O indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que pretendido originalmente.

Critério 2 - O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços malsucedidos para diminuir ou descontinuar o uso.

Critério 3 - O indivíduo pode gastar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos. Em alguns casos de transtornos mais graves por uso de substância, praticamente todas as atividades diárias do indivíduo giram em torno da substância

Critério 4 - A fissura. A fissura manifesta-se por meio de um desejo ou necessidade intensos de usar a droga que podem ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade quando em um ambiente onde a droga foi obtida ou usada anteriormente.

Critério 5 - O uso recorrente de substâncias pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou no lar.

Critério 6 - O indivíduo pode continuar o uso da substância apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.

Critério 7 - Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância. O indivíduo pode afastar-se de atividades em família ou passatempos a fim de usar a substância.

Critério 8 - Pode tomar a forma de uso recorrente da substância em situações que envolvem risco à integridade física.

Critério 9 - O indivíduo pode continuar o uso apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância.

Critério 10 - A tolerância é sinalizada quando uma dose acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado ou quando um efeito acentuadamente reduzido é obtido após o consumo da dose habitual. O grau em que a tolerância se desenvolve apresenta grande variação de um indivíduo para outro, assim como de uma substância para outra, e pode envolver uma variedade de efeitos sobre o sistema nervoso central.

Critério 11 - Abstinência é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem num indivíduo que manteve uso intenso prolongado. Após desenvolver sintomas de abstinência, o indivíduo tende a consumir a substância para aliviá-los.

(American Psychiatric Association [APA], 2014, pp.483-484).

Resumidamente, devido a ganhar tolerância ao efeito da substância, a pessoa tem de consumir uma dose cada vez maior para atingir o mesmo efeito desejado, o que se traduz numa porção crescente de tempo de procura e de consumo da substância. O uso de substâncias afeta não só a dimensão biofisiológica da pessoa, mas também a dimensão

psicológica e social da mesma, chegando por vezes a um ponto em que não consegue por si só interromper os consumos, necessitando de intervenção médica.

Para conhecer a realidade portuguesa é necessário analisar a Sinopse Estatística 2020 – Substâncias Ilícitas do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), onde é possível visualizar que a grande maioria das pessoas que está em tratamento de ambulatório na rede pública em 2020 é do sexo masculino e que tem idade compreendida entre os 35 e 49 anos. No mesmo documento, dados revelam que entre 2011-2020, o número total de pessoas em tratamento tem vindo a diminuir, mas que todos os anos são admitidos/readmitidos números semelhantes de utentes para tratamento (SICAD, 2022). A heroína apresenta-se como a droga principal dos utentes em tratamento de ambulatório em Portugal continental em 2020, perfazendo 71% do total (SICAD, 2021).

Referente ao alcoolismo, e consultando a Sinopse Estatística 2020 – Álcool do SICAD, o vinho ocupa o primeiro lugar nas prevalências de consumo por tipo de bebida alcoólica nos últimos 12 meses na população portuguesa (dados de 2016-2017) e é de novo o sexo masculino que tem maior prevalência de consumo nos últimos 12 meses. Em 2020, 3505 utentes iniciaram tratamento (ambulatório - rede pública), perfazendo um total de 12757 utentes em tratamento, sendo o sexo masculino a grande maioria, quer já em tratamento ou a iniciá-lo. A faixa etária dos maiores de 50 é aquela com o maior número de utentes em tratamento (SICAD, 2022).

“Em 2020 houve 36799 internamentos hospitalares com diagnóstico principal e/ou secundário atribuíveis ao consumo de álcool envolvendo 27 238 indivíduos em Portugal” (SICAD, 2022, p.9). Em termos de mortalidade associada ao consumo de drogas (resultados toxicológicos positivos), foram identificados 300 óbitos em 2020, 51 das quais por overdose, com destaque para a presença de opiáceos em 65% entre os 300 óbitos (SICAD, 2022).

O número de utentes em tratamento de agonistas opiáceos em 2020 era de 17614 (SICAD, 2021). A estes números acresce os utentes em tratamento com aversivo do álcool.

Conhecer o perfil do utente que recorre aos serviços de saúde com o diagnóstico de PUS permite-nos melhor gerir os recursos disponíveis e delinear intervenções específicas, traduzindo-se assim na redução de custos e em ganhos em saúde para a pessoa.

Estudos clínicos revelam que a população dependente de substâncias apresenta uma frequência maior de patologia psiquiátrica que a população em geral, assim como as pessoas com doenças mentais tendem para o consumo de substâncias psicoativas (Sequeira & Sampaio, 2020).

Neste âmbito, surge a abordagem da redução de riscos e minimização de danos, na qual os cuidados de enfermagem não visam a abstinência imediata, mas sim uma melhoria das condições individuais e sociais do utente e sanitárias da comunidade, através de uma prática de enfermagem livre de juízos e pragmática que permita uma inclusão social no sentido de mudar comportamentos (Sequeira & Sampaio, 2020).

No decorrer dos estágios, uma doença mental comumente associada à pessoa com PUS foi a ansiedade moderada/grave.

2.3 Ansiedade

Townsend (2011, p.17) define ansiedade como “apreensão difusa que é vaga na natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência”. A mesma autora explica que os sentimentos de ansiedade estão associados à desordem do quotidiano e que são frequentes na nossa sociedade atual.

No entanto, Townsend (2011) refere que níveis baixos de ansiedade podem ser benéficos, estando estes associados à motivação para a ação e sobrevivência, mas que caso cresçam e interfiram no funcionamento do indivíduo, começam a ser níveis patológicos.

Assim, pode-se categorizar a ansiedade em diferentes níveis de intensidade: a ansiedade ligeira, a ansiedade moderada, a ansiedade grave e o pânico (Townsend, 2011). Quanto maior a intensidade, maior é a quebra de função no indivíduo, menor é a perceção do meio envolvente, o que se traduz numa diminuição da atenção e à desorganização comportamental, com simultâneo aumento dos sintomas somáticos, tais como a taquicardia ou cefaleias. Alguns dos mecanismos comumente utilizados no patamar da ansiedade ligeira são, por exemplo, o dormir, o fumar, o comer e o andar (Townsend, 2011).

A perturbação da ansiedade é caracterizada por uma preocupação exagerada durante um período de tempo prolongado, onde a pessoa superestima a gravidade de uma situação, evitando a mesma, com impacto nas diversas dimensões da sua vida e com sintomatologia somática presente (APA, 2014).

Os consumidores de substâncias tóxicas representam um grupo em que a ansiedade está presente no quotidiano. Quando a dependência está associada a substâncias sedativas, a ansiedade manifesta-se sobretudo durante a síndrome de abstinência, enquanto que perante uma substância estimulante, a ansiedade surge associada ao consumo da mesma (APA, 2014). Quando nos referimos à abstinência, referimo-nos a um estado de não consumo de determinada substância, que pode ou não ser total. Ao longo do período de abstinência a pessoa enfrenta situações de alto risco, isto é, situações que o podem levar a certo comportamento, podendo estas serem divididas entre externas, como a presença em festas, e internas, como tristeza ou ansiedade (Pereira & Gonçalves, 2007).

Durante o tratamento à dependência da substância que consomem, os indivíduos com PUS veem-se na ambiguidade de consumir e colher daí o prazer que a substância oferece versus manterem-se no regime terapêutico, controlando a sua vida e evitando um retrocesso na sua experiência de saúde/doença. Esta situação por si só, comporta ansiedade. A “adesão ao tratamento da dependência química é norteada por vários desafios, sendo que na maioria das vezes, este é interrompido pelo retorno ao uso da droga, caracterizando assim, a recaída” (Silva et al., 2014, p.1008).

Os principais motivos encontrados que levam à recaída, são, de acordo com Rigotto & Gomes (2002, p.103): “falta de apoio familiar, falta de acompanhamento apropriado, envolvimento com antigos amigos usuários, uso de bebidas alcoólicas, necessidade de aprovação social e frustrações diante de circunstâncias adversas”. Outro dado interessante que Silva et al. (2014, p.1008) mencionam como relacionado com a recaída é “o afastamento e falta de vínculo com serviços de apoio pós-alta”.

Neste âmbito, surge o enfermeiro EESMP, figura de relevo e proximidade com a comunidade, munido de competências que permitem um acompanhamento adequado do percurso de saúde do indivíduo, fazendo com que este obtenha ganhos em saúde através da personalização de intervenções face às particularidades do mesmo. O profissional que realiza estas funções denomina-se gestor de caso.

2.4 Gestor de caso

A gestão de caso é um conceito que surge nos anos 40 associado a formas de pagamento dos cuidados de saúde (Gonzales et al., 2003). No entanto, este conceito evoluiu e começou a ser empregue noutros contextos dentro da área da saúde, desviando-se, nalguns casos, da perspetiva financeira e aproximando-se dos ganhos em saúde.

Estes cuidados gerenciados são feitos por um profissional ou uma equipa de profissionais que se encarregam pelo acompanhamento de uma pessoa ao longo de todo o seu processo clínico (Gonzales et al., 2003). Atualmente, o gestor de caso, de uma perspetiva de cuidados gerenciados

tem a incumbência de coordenar a atenção à saúde por meio de todos os serviços e instituições que compõem um sistema de saúde, determinar o nível adequado da prestação dos serviços e de verificar o cumprimento do plano de tratamento pelo paciente (Gonzales et al., 2003, p. 208).

De realçar a confusão que surge perante o termo gestor de caso e cuidados gerenciados (também denominados de gestor de caso, mas de significado diferente). Enquanto que a gestão de caso é centrada no utente, os cuidados gerenciados são orientados para o sistema, numa perspetiva de eficácia e baseados em algoritmos (Sequeira & Lopes, 2009).

A gestão de caso é centrada na pessoa e vai de encontro às alíneas b), c) e d) do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pois assiste a pessoa ao longo do seu ciclo de vida e mobiliza os recursos necessários para praticar cuidados dirigidos e especializados ao tipo de utente e contexto em que está inserido (OE, 2018).

Visto que o quotidiano do enfermeiro passa muitas vezes por delegar, referenciar e articular-se com as restantes profissões, o enfermeiro está habituado a trabalhar numa equipa multidisciplinar, o que realça a sua capacidade para ser um bom gestor de caso. Para além disto, tem na sua formação disciplinas sociais, humanas em ciências biológicas, o que o habilita para a posição de gestor de caso (Martins & Fernandes, 2008).

Com base no processo de enfermagem, o enfermeiro gestor de caso “recolhe os dados, planifica, aplica, coordena, supervisiona e avalia as opções e serviços que vão ao encontro das necessidades de saúde dos indivíduos” (Martins & Fernandes, 2008, p.5).

“O tipo de população assistida por esta modalidade são os pacientes de alto nível de complexidade os quais demandam um tipo de atendimento mais específico e prolongado” (Gonzales et al., 2003, p. 231). Neste grupo, inserem-se os utentes com PUS, utentes que muitas vezes possuem comorbilidades, têm necessidade de cuidados prolongados e dificuldade na utilização adequada dos serviços de saúde.

Em 2006, numa ETET em Portugal, foi empregue o modelo de gestor de caso devido ao aumento das necessidades dos utentes e à necessidade da criação de um modelo mais integrativo e holístico, centrado no utente, personalizando os cuidados de acordo com as suas individualidades (Sequeira & Lopes, 2009).

Segundo Sequeira & Lopes (2009) foram várias as melhorias identificadas após a implementação do modelo da gestão de caso quer nos utentes quer nos enfermeiros. Os primeiros aumentaram a adesão às consultas, melhoraram a sua cobertura vacinal (Hepatite B), obtiveram ganhos em saúde nas diversas atividades de vida diária e houve um aumento da referenciação para outras especialidades médicas. Já para os enfermeiros da ETET, o modelo de gestão de caso trouxe uma maior motivação e autoestima profissional assim como uma perceção de maior reconhecimento pela restante equipa multidisciplinar.

A utilização deste modelo mostra o impacto que um enfermeiro pode ter na vida do utente e sua família. Acompanhando-o ao longo do seu percurso de saúde-doença, o enfermeiro estabelece uma relação de respeito e confiança com o utente, com o propósito de este aumentar a autonomia e adquirir comportamentos promotores de saúde. Assim, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau é a teoria que consideramos ser a mais adequada a este tipo de contexto, uma vez que o utente ocupa um lugar central, é percebido como um ser holístico e único, tendo um papel ativo durante todo o percurso.

2.5 Teoria de Enfermagem – Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

Na enfermagem de saúde mental, o enfermeiro intervém com o objetivo de promover a autonomia e a funcionalidade do utente, através de um processo de empoderamento, em que o utente se responsabiliza pela sua saúde e projeto de vida. Logo, consideramos a teoria de médio alcance de Hildegard Peplau - Teoria das Relações Interpessoais - como a teoria que melhor se adequa à realidade da população-alvo do projeto.

Esta teoria valoriza a relação terapêutica entre o enfermeiro-utente na identificação de problemas, assim como na procura de soluções. Em vez de se focar na doença como no modelo biomédico, esta teoria coloca a pessoa no centro dos cuidados, através de uma abordagem compreensiva que presta atenção ao sofrimento da pessoa e que tenta perceber quais as suas prioridades na vida (Fernandes & Miranda, 2016).

O papel do utente é ativo e o enfermeiro promove o empowerment do cliente, o que se traduz na capacitação da

pessoa para assumir o controlo da gestão da sua saúde/doença, resultado da evolução da autoconceção de autonomia e responsabilidade, ultrapassando a atitude paternalista, de proteção e de tomada de decisão unilateral por parte do profissional de saúde, sonhando à pessoa o princípio ético da autonomia (Martins et al, 2021, p.21).

Promover o empowerment no utente é essencial em regime de ambulatório, pois a presença do enfermeiro é curta em relação ao número de horas diárias, o que significa que o utente não é supervisionado na realização das suas atividades de vida diária, no seu emprego, etc.... Como ferramentas, o enfermeiro utiliza, por exemplo, o processo de aconselhamento e a relação de ajuda para conseguir, em parceria com o utente, identificar problemas e encontrar as soluções para os mesmos.

Relação de ajuda em contexto profissional

consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda (...) Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade (Chalifour, 2008, p.33).

Um utente com comportamentos aditivos em busca de tratamento pretende aumentar o autocontrolo de maneira a modificar o seu comportamento e a reorganizar a sua vida, daí considerar fundamental a noção e emprego da relação de ajuda em utentes com esta tipologia. Para além da relação de ajuda, existe o processo de aconselhamento que visa proporcionar “um clima no qual o crescimento possa ocorrer a um ritmo mais rápido e com menos dor do que na vida quotidiana” (Rollo May, 2004, cit. por Lopes, 2010, pp.67-68).

Através das ferramentas supramencionadas e da orientação teórica que a teoria das Relações Interpessoais de Peplau fornece, somos direcionados para uma trajetória que aproxima os intervenientes com o propósito de encontrar soluções para os problemas que o utente enfrenta.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Estágio I - serviço de internamento de saúde mental e psiquiátrica na área de Lisboa, equipado com 12 camas dedicadas à patologia aditiva, principalmente a PUS, para idades igual ou superior a 18 anos, abrangendo residentes e não residentes da área geodemográfica do Centro Hospitalar em questão. Neste serviço, o utente é internado voluntariamente (na sua grande maioria das vezes) de forma a restabelecer o seu funcionamento sem o álcool (desabituação do álcool), através de um regime terapêutico dirigido aos efeitos do álcool no organismo e sintomas da sua abstinência. Ao ser um regime de internamento e vigiado pela equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais), serve também como um espaço impeditivo de novos consumos. À data de alta, o utente é encaminhado para uma comunidade terapêutica, ou regressa ao seu domicílio ou de um familiar.

Durante este estágio, foi-nos possível aprofundar conhecimentos relativamente à abordagem medicamentosa do utente alcoólico, que consta principalmente de benzodiazepinas (diazepam/oxazepam), vitaminas do complexo B e antidepressivos. Também treinámos a entrevista, seja esta de colheita de dados, de suporte ou de relação de ajuda. No entanto, penso que o mais interessante que realizámos foi a criação de um grupo de partilha de experiências entre os utentes, com o intuito de criar empatia entre estes, de libertar tensões, de promover a aprendizagem através da escuta das histórias de vida relacionados com os consumos de outros e ainda de desmistificar noções erradas relativamente às dependências.

Aqui começámos a entender padrões comportamentais, tais como estratégias para beber mais, às escondidas dos outros, as mentiras, as consequências laborais, familiares, entre outros. Embora os motivos associados ao início dos consumos sejam diversos (timidez social, desinibição, conflitos familiares, pressão de pares), os utentes revelaram mais ou menos os mesmos percursos. Beber gradualmente mais, ter de inventar histórias para conseguir beber mais, beber mais para ultrapassar os diversos problemas das suas vidas, beber mais para contrariar os efeitos da abstinência...

Alguns utentes chegavam ao ponto de um dia normal ser composto apenas por duas fases: dormir e estar alcoolizado/procurar álcool. A maior diferença que observámos nas

atividades realizadas foi que os homens tendiam a beber em excesso socialmente, em cafés e bares, enquanto que as mulheres preferiam beber principalmente à noite, sozinhas, com o propósito de adormecer. Uma utente até mencionou uma situação de auto estigmatização: não pelo facto de ser alcoólica, mas por ser uma mulher alcoólica. Para não pensarem que bebia muito, tinha de dividir a compra de bebidas por diversas lojas, o que acarretava um maior planeamento e um maior dispêndio de tempo e energia dedicados aos consumos. Tudo isto por achar que ser homem alcoólico era socialmente aceitável, mas uma mulher não. Como motivos que os levaram a pedir ajuda, expuseram a pressão familiar (sobretudo filhos), o risco de desemprego e quererem retomar as rédeas das suas vidas.

Como feedback final destes grupos de partilha, os utentes revelaram que foi muito oportuno a realização dos mesmos, pois o internamento apesar de corresponder às necessidades fisiológicas do utente com PUS, pouco explorava a dimensão psicológica e emocional da pessoa. As atividades realizadas foram assim bastante apreciadas por incidirem em dimensões pouco trabalhadas no internamento. No entanto, os utentes tinham consciência que a equipa de enfermagem dava o seu melhor com o tempo e recursos disponíveis e que realmente sobrava pouco tempo para qualquer atividade do tipo que foi realizada.

Posto isto, sentimos necessidade em desenvolver competências no âmbito da entrevista e da relação de ajuda, de modo a conseguir empoderar estes utentes no sentido do autoconhecimento, aumento do insight, redução da ansiedade, manutenção da abstinência e dos ganhos alcançados em internamento. Assim, surge numa sequência cronológica e lógica, a escolha do segundo local de estágio, que dá continuidade ao que foi iniciado no primeiro local.

Estágio II - Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET) (em contexto comunitário) é um serviço de saúde que presta cuidados multidisciplinares aos utentes com PUS. Fazem parte da equipa 5 enfermeiros, 3 médicos (1 a tempo inteiro), 2 assistentes sociais, 3 psicólogos, 1 assistente operacional, 2 técnicos psicossociais e 2 seguranças. Os enfermeiros têm como funções: administração do agonista opiáceo (metadona) e entrevista de indução (quando aplicável); administração de medicação aversiva do álcool (dissulfiram) e entrevista de indução (quando aplicável); administração de medicação antirretroviral; análises de sangue e urina (HIV e HCV e tóxicos); teste

alcoolemia; consultas de enfermagem no âmbito de gestor de caso. Apesar de geograficamente estar situada num concelho da Margem Sul do Tejo, a ETET colabora com unidades de saúde de concelhos vizinhos no programa de metadona.

A relação de poder que o enfermeiro detém sobre o utente quando este está internado não existe no contexto comunitário, existindo no seu lugar uma relação que se desenrola no mesmo patamar. Para que determinada abordagem de enfermagem tenha sucesso com o utente, este último tem de se sentir respeitado, ouvido, e que tem a hipótese de escolher. Só assim falamos de cuidados centrados no utente. Posto isto, torna-se essencial escutar e observar a pessoa, tentando compreender a sua história de vida e de como esta evoluiu até ao presente, ao seu problema. De seguida, e de acordo com os recursos disponíveis, o enfermeiro irá acompanhar o utente na resolução dos seus problemas ou pelo menos na melhoria da sua situação.

Desde o início do estágio que foi possível observar que uma das maiores alterações associadas aos consumos tóxicos nos utentes da ETET são os elevados níveis de ansiedade, quer por aplicação da escala Consequências da Dependência de Substâncias (CDS) quer por feedback verbal nas entrevistas. Logo, consideramos importante perceber de que modo a ansiedade se interliga com outros problemas comuns dos utentes, de modo a compreender que outros fatores podem contribuir para o quadro ansioso. Para tal, foi realizada uma revisão integrativa da literatura.

4. METODOLOGIA DO PROJETO

4.1 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é uma etapa dirigida às necessidades da população alvo, na qual se identifica o problema que se pretende atuar e mudar (Ruivo et al., 2010).

Assim, durante a realização dos estágios notámos que parte da população com PUS tinha um padrão comportamental de inquietação, impaciência e discurso rápido (associado a taquipsiquismo). Em contexto de internamento, estes comportamentos eram menos evidentes possivelmente devido ao controlo exercido sobre as rotinas dos utentes, nomeadamente no cumprimento da medicação, da dieta e do sono, mas em contexto de ambulatório, eram bastante marcados, influenciando a funcionalidade do utente e a qualidade e duração da relação entre enfermeiro e utente, onde uma interação entre estes chegava a ser de segundos.

Debruçámo-nos sobre estes comportamentos e com o auxílio da equipa de enfermagem, dos seus registos e da utilização da escala CDS foi possível deduzir que muitos dos utentes que frequentam a ETET sofrem de ansiedade moderada a grave.

Ao sabermos que a ansiedade estaria presente em muitos dos utentes, questionámo-nos sobre quais os fatores que contribuem para estes achados.

4.2 Questão de investigação e objetivo

Assim, de modo a compreender o problema e a iniciar a revisão integrativa da literatura, foi elaborada uma questão de investigação - “Quais os fatores que contribuem para a ansiedade no utente com perturbação de uso de substâncias que frequente uma ETET?”. A questão de investigação foi elaborada através da metodologia PICO (População, Interesse, Comparação e O (outcomes/ resultados):

População – Utentes com perturbação de uso de substâncias

Interesse – Fatores que contribuem para a ansiedade

Contexto – Utentes que frequentem uma ETET

Outcomes/resultados – Quais fatores que contribuem para a ansiedade

Objetivo: Identificar os fatores que contribuem para a ansiedade no utente com perturbação de uso de substâncias que frequente uma ETET.

4.3 Revisão Integrativa da Literatura

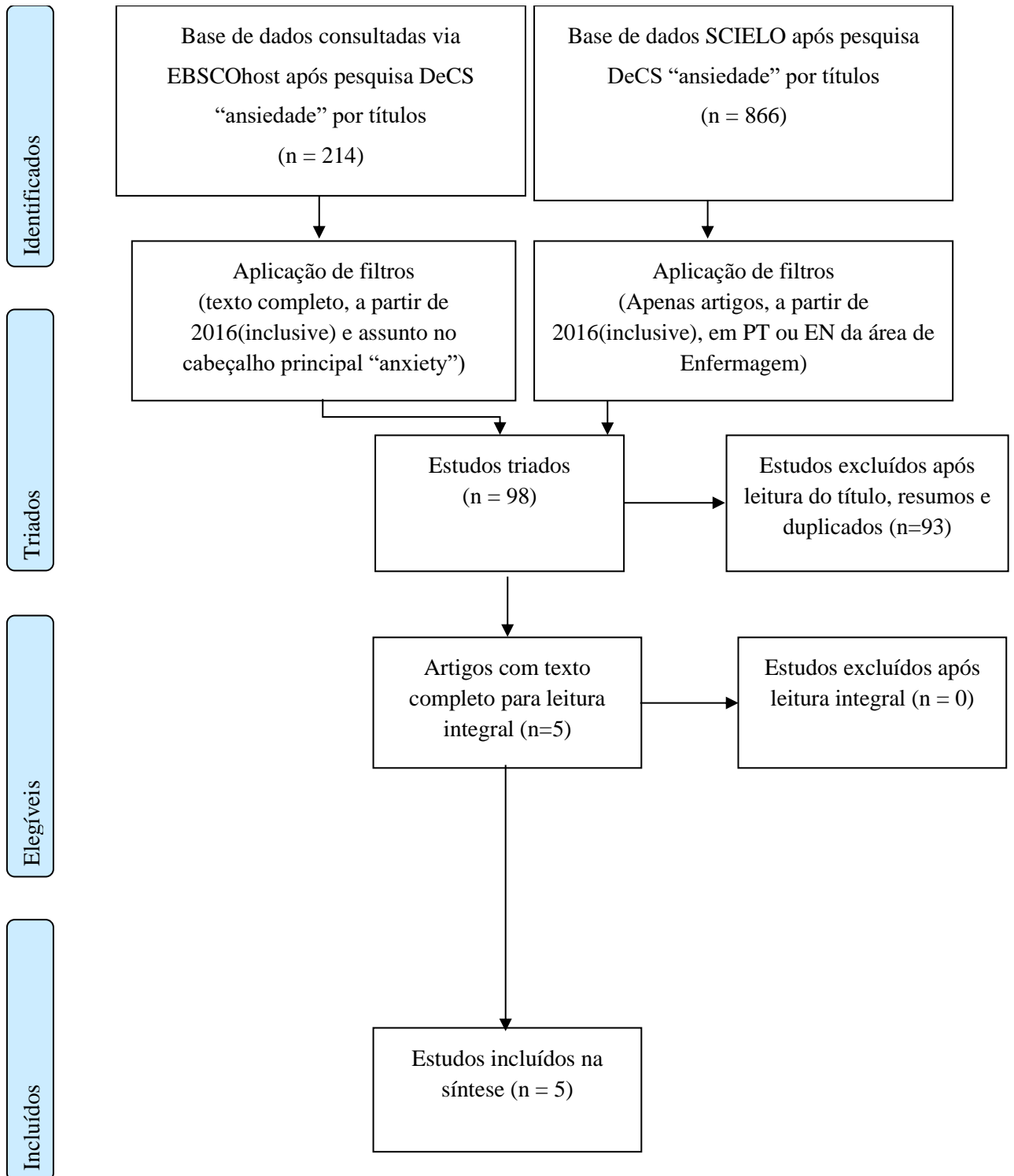
De modo a responder à questão de investigação anteriormente elaborada, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Esta é “um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento” (Ercole et al., 2014, p.9).

Para a pesquisa de suporte científico em bases de dados foi utilizado o Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) “Ansiedade” presente no título e a pesquisa foi feita na base de dados SciELO e no motor de busca EbscoHOST (e todas as bases de dados nele inseridas - CINAHL® Plus, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina(tm), MEDLINE® with Full Text), ambos disponíveis no site da Ordem dos Enfermeiros. O período de tempo de pesquisa foi igual ou mais recente que 2016, texto em português ou inglês, texto completo disponível e apenas artigos.

De realçar que não foi utilizado nenhum outro descritor devido à vasta nomenclatura utilizada para a área das dependências, tais como: dependência de substâncias, adição, toxicod dependência, perturbação de uso de substâncias, transtorno de uso de substâncias, dependente químico, dependência por heroína/cocaína/álcool, entre outros. Ao serem utilizados (juntamente com o DeCS “Ansiedade”) o número final de artigos encontrava-se muitas das vezes na casa das unidades, sendo estes pouco pertinentes para a temática, optando assim por não os aplicar. Para além deste motivo, alguns dos termos acima não fazem parte dos DeCS. Outro DeCS não utilizado mas experimentado em pesquisa foi “Enfermagem”, mas neste caso, os artigos eram escassos e relacionados com outras áreas de intervenção, como peri-operatório, ou seja, não se

enquadravam na área de interesse desta revisão integrativa da literatura. A pesquisa fica mais clara e explícita na figura 1, que representa o fluxograma abaixo.

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

De forma a analisar o nível de evidência dos artigos encontrados recorremos às grelhas de verificação Joanna Briggs Institute (JBI), tendo todos os artigos apresentado níveis de evidência >50%. Foi também realizada uma análise da contribuição de cada artigo para a temática da ansiedade e de que forma pode contribuir para o plano de intervenção a elaborar.

Para sistematizar os dados colhidos, foi elaborada uma tabela (Tabela 1), conforme o Manual JBI recomenda.

Tabela 1- Tabela estilo Joanna Briggs Institute para resumo dos artigos

Título e Autores	Objetivo do Estudo	Tipo de estudo	Participantes
<p>Autoconceito, depressão e ansiedade de pessoas em situação de rua – M. G. S. A. Brandão; M. A. M. Ximenes; C. P. Aragão; J. A. Caetano, T. M. de Araújo; L. M. Barros.</p>	<p>Avaliar o autoconceito e nível de depressão e ansiedade de pessoas em situação de rua</p>	<p>Estudo exploratório descritivo realizado com população adulta em situação de rua de cidade do interior do Ceará, Brasil. Os participantes foram selecionados por meio de amostra aleatória, dentre a população em situação de rua que frequentava o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP), no período de maio a dezembro de 2018. O cenário da pesquisa é um serviço vinculado à Secretaria dos Direitos Humanos, Habitação e Assistência Social de cidade da Região Norte do Estado do Ceará</p>	<p>Das 60 pessoas em situação de rua atendidas pelo Centro POP, 33 apresentaram disponibilidade para participar e, assim, compuseram a amostra da pesquisa. Foram delineados como critérios de inclusão: pessoas em situação de rua que frequentavam o Centro POP, com idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios elegidos para exclusão foram: ter comprometimento cognitivo ou estar sob efeito de agentes psicotrópicos, o que poderia acarretar viés de seleção ao estudo.</p>

Resultados	Com relação às facetas de autoconceito verificou-se como fatores positivos ser competente (3,97 ±0,68), enfrentador (3,85±0,83) e verdadeiro (3,85±0,83). Como facetas negativas: bem-estar diminuído (2,42±0,96), pouco falador (2,70 ±1,18) e embirrento (3,18 ±0,80). Quando ponderados os pontos obtidos no Inventário de depressão, verificou-se grau severo de depressão na maioria dos participantes (39,4%). Na avaliação dos pontos obtidos no Inventário de ansiedade, verificou-se grau moderado de ansiedade em 39,4% dos participantes.		
Força muscular respiratória e periférica, função pulmonar, ansiedade e depressão em dependentes químicos – J. A. B. da Silveira, S. I. Forgiarini, L. A. F. Junior.	Avaliar a função pulmonar, força muscular respiratória e periférica, ansiedade e depressão em dependentes químicos internados em um centro de recuperação	Estudo transversal, no mês de julho de 2016, no Centro Terapêutico de Reabilitação Litoral Norte, Capão da Canoa/RS, no qual foram incluídos indivíduos, maiores de 18 anos, do sexo masculino, que eram dependentes químicos e que estivessem internados nesse centro, por um período superior a 30 dias. Foram excluídos os sujeitos que apresentassem transtornos psiquiátricos associados ou que se negaram a participar do estudo.	Estavam internados 47 pacientes e destes foram avaliados 20 indivíduos, que preencheram os critérios de inclusão
Resultados	Foram avaliados 20 indivíduos internados, com idade média de 37,15 ± 11,48 anos, sexo masculino, dos quais 55% (n = 11) tinham ensino médio completo, e 27% (n = 6) apresentaram depressão grave e 75% (n = 15) apresentaram		

	ansiedade severa. Observou-se que a correlação da força muscular periférica com a P _{Imáx} foi uma correlação moderada ($r = 0,53, p < 0,05$), e com a P _{Emáx} observamos uma correlação fraca embora significativa ($r = 0,27, p < 0,05$). Os achados com relação à função pulmonar demonstraram uma diminuição do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo (VEF1) em comparação com o previsto (3,60 vs. 4,06 litros, respectivamente), Capacidade Vital Forçada (CVF) (4,28 vs. 4,93 litros).		
Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool em alunos do ensino superior - A. Galvão, M. Pinheiro, M. J. Gomes, S. Ala	Avaliar a ansiedade, stress e depressão relacionadas com distúrbios de sono e consumo de álcool em alunos do ensino superior, bem como a relação entre a qualidade de sono, stress, ansiedade, depressão e consumo de álcool e as características sociodemográficas selecionadas	Estudo, descritivo-correlacional e transversal que decorreu entre setembro e outubro de 2016	Amostra, não probabilística e por conveniência de estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, composta por 158 indivíduos
Resultados	A maioria dos estudantes (53.8%) demonstra uma má qualidade de sono apresentando níveis de stress, ansiedade e depressão superiores aos restantes. Uma maioria de estudantes (86.1%) tem um nível de consumo de álcool normal. Existe uma relação entre a qualidade de sono e o nível de consumo de álcool		
Terapia Comunitária como cuidado	Avaliar as contribuições da Terapia Comunitária sobre a ansiedade e a	Estudo quase-experimental. A coleta de dados ocorreu em 3 etapas a partir do uso	21 homens (idade ≥ 18 anos) residentes em 3 instituições de

Título | Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Gestão da Ansiedade no Utente com Perturbação de Uso de Substâncias numa Equipa de Tratamento

<p>complementar a usuários de drogas e suas contribuições sobre a ansiedade e a depressão – A. G. Lemes, V. F. do Nascimento, E. M. da Rocha, M. A. S. O. Almeida, R. J. Volpato, M. A. V. Luis.</p>	<p>depressão entre usuários de drogas psicoativas</p>	<p>de um questionário semiestruturado e dois inventários de ansiedade e depressão de Beck. Utilizou-se método estatístico não-paramétricos na comparação dos resultados</p>	<p>saúde mental voltadas à recuperação da dependência química, submetidos a seis rodas de terapia comunitária como processo de intervenção em 2018</p>
<p>Resultados</p>	<p>A depressão esteve presente entre 76% dos usuários e a ansiedade entre 48%. Dentre os participantes das rodas, houve uma redução nos níveis de depressão durante e após o processo de intervenção (p=0,016; p=0,004) quando comparado ao estado inicial e para manter a média dos escores de ansiedade no T1 e T2 (9,90; 9,95) se comparado ao T0 (13,10)</p>		
<p>Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal – F. F.</p>	<p>Determinar a prevalência da depressão, ansiedade e stress; Analisar diferenças entre género, idade, escolaridade, situação profissional, toma de psicofármacos,</p>	<p>Estudo descritivo-correlacional transversal, Aplicado questionário biográfico e versão portuguesa Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21).</p>	<p>Amostra 207 utentes, amostragem não probabilística e por conveniência. Foram incluídos todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18</p>

Título | Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Gestão da Ansiedade no Utente com Perturbação de Uso de Substâncias numa Equipa de Tratamento

Chyczij, C. Ramos, A. L. Santos, L. Jesus, J. P. Alexandre	e perceção do estado de saúde relativamente aos níveis de depressão, ansiedade e stress		anos que recorreram à USF para consulta de enfermagem durante a segunda quinzena do mês de outubro de 2018 e
Resultados	Entre 64,5% e 79,9% apresentam nível de depressão, ansiedade e stress normal a leve; entre 6,6% e 18% nível moderado e entre 10,5% e 17,5% nível severo a muito severo. Depressão, ansiedade e stress apresentam maior prevalência acima 65 anos, nas pessoas com fraca perceção do seu estado de saúde e que tomam psicofármacos; ansiedade é frequente nas mulheres; depressão maior expressão na baixa escolaridade; ansiedade e depressão frequentes nas pessoas não ativas profissionalmente.		

4.4 Discussão de resultados

Com vista a uma reflexão crítica, norteadada pela questão de investigação e objetivos estabelecidos, passamos a discutir os resultados, considerando os artigos selecionados, nos quais é possível deduzir que a ansiedade é uma sensação que frequentemente toma forma de doença, e que apesar de poder afetar qualquer indivíduo, existem grupos mais predispostos a esta. Com o intuito de melhor compreender o contributo dos artigos selecionados para a problemática da ansiedade e de que maneira se interligam à população que frequenta a ETET do local de estágio, foram criados os seguintes subtópicos: população portuguesa; situação de sem-abrigo; PUS; sono e comportamentos de risco; campo de ação para o enfermeiro EESMP.

População portuguesa

Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental-2017 da Direção-Geral da Saúde (DGS), a perturbação da ansiedade afeta 21% dos portugueses, principalmente mulheres, chegando por vezes a níveis elevados de ansiedade, o que se traduz numa perda de funcionalidade com impacto direto na vida laboral e ainda numa morte prematura (DGS, 2017a). Portugal faz parte dos países com maiores taxas de perturbações mentais comuns, como a depressão e ansiedade, valores bastante superiores comparando por exemplo com Espanha ou Itália (DGS, 2017b). Acompanhando estes valores, está o uso de benzodiazepinas, em que Portugal ocupa o primeiro lugar na Europa. (DGS, 2017b).

No estudo de Chyczij et al. (2020), e de encontro a outros estudos na área, a ansiedade para além de mais significativa nas mulheres, é também mais frequente em idosos e pessoas desempregadas. Tais dados ajudam a perceber a posição que Portugal ocupa, pois é um país com população envelhecida, com mais mulheres e com emprego precário ou falta do mesmo.

Situação de Sem-Abrigo

Alguns dos utentes que frequentam a ETET estão em situação de sem-abrigo, situação esta que acrescendo ao estigma e à dependência, contribui para uma vulnerabilidade acrescida. A pessoa em situação de sem-abrigo carece de privacidade, de infraestruturas para a higiene, problemas com violência e isolamento social, aumentando assim a probabilidade de esta sofrer de ansiedade e depressão (Brandão et al., 2019). Esta população é maioritariamente masculina e de acordo com vários estudos, sofre de depressão e ansiedade, por vezes em níveis graves ou severos.

PUS

A idade de início de consumos tóxicos identificada no artigo de Silveira et al. (2019), revela uma média de cerca de 16 anos, o que significa que é na adolescência, um período de descoberta e curiosidade, mas também de definição de identidade e mudança, que o indivíduo coloca o seu futuro em risco. Isto deve-se à pressão dos pares e ao medo de exclusão. Associado aos consumos de substâncias está uma baixa autoestima, ansiedade e sofrimento psíquico, juntamente com uma degradação biofisiológica, nomeadamente na redução da função pulmonar e da força muscular respiratória (Silveira et al, 2019). Também o estudo de Lemes et al. (2020), mostra que parte da sua amostra populacional (usuários de drogas) sofre de depressão moderada a grave e ansiedade em níveis ligeiros. Foi também identificada a presença de ansiedade noutra estudo de Lemes et al. (2017), associada ao período de incerteza e insegurança vivida durante o período de recuperação, devido ao medo da recaída, assim como ao afastamento familiar durante a estadia em comunidades terapêuticas.

Sono e comportamentos de risco

A insónia está diretamente relacionada com a irritabilidade, ansiedade, desequilíbrios cognitivos, abuso de substâncias e depressão (Galvão et al., 2017). O álcool é utilizado como estratégia de coping para estados emocionais negativos, agindo como uma ferramenta que permite uma “fuga da realidade” (Galvão et al., 2017). Utilizar o álcool para aliviar desequilíbrios cognitivos ou emocionais pode resultar num duplo problema, visto não resolver o problema base e ainda contribuir para uma possível dependência. Identificar alterações do sono, educar e referenciar para o médico quando necessário, são algumas das intervenções a realizar pelo enfermeiro.

Campo de ação para o enfermeiro EESMP

Um dos artigos acima analisados mostrou que através da mediação por enfermeiros, foi utilizada uma terapia de grupo, na qual indivíduos com PUS partilharam as suas vivências e escutaram as dos restantes participantes. Dessa forma, aliviam o sofrimento através da partilha e criam laços entre o grupo, conhecendo novas estratégias para lidar com a dependência. Esta abordagem não acarreta custos e mostra mais uma das possibilidades de atuação do enfermeiro EESMP na gestão da ansiedade no utente com PUS.

Na ETET na qual o estágio é realizado, deparamo-nos com diversas situações que contribuem para gerar ansiedade. Para além da PUS, os utentes podem sofrer de alterações do sono ou estarem em situação de sem-abrigo. Aqui, a pessoa em situação de sem-abrigo é auxiliada a satisfazer algumas das suas necessidades, tais como alimentação e vestuário (através da articulação com a assistente social) ou encaminhamento para serviços de saúde, contribuindo assim para uma redução de preocupações, promoção da saúde e alívio do sofrimento.

Posto isto, é importante que o enfermeiro EESMP esteja alerta para sinais e sintomas de ansiedade, mais precisamente nos níveis moderados a graves, e de que forma

estes podem agravar outras dimensões do ser. Não esquecendo que a população portuguesa só por si apresenta valores substanciais de ansiedade e depressão, o enfermeiro EESMP ao intervir na gestão da ansiedade pode contribuir para uma melhoria dos restantes aspetos que contribuem para a saúde do utente, visto que muitas vezes estes encontram-se interligados, promovendo assim uma melhoria da situação de saúde do mesmo.

4.5 Conclusão da Revisão Integrativa da Literatura

Na resposta à questão PICO, “Quais os fatores que contribuem para ansiedade no utente com PUS que frequente uma Equipa de Tratamento”, podemos identificar as alterações do sono, o próprio abuso de substâncias, situação de sem-abrigo e más condições laborais, tudo isto numa população já predisposta à ansiedade.

A ansiedade, é subjetiva e individual, pois cada pessoa perspetiva a sua situação à sua maneira, assim como cada uma tem o seu trajeto de vida. O que é idêntico na abordagem a todos os utentes é realizar uma entrevista inicial, entrevista essa que nos dará uma perspetiva de preocupações, dúvidas e temáticas a abordar com cada um. A partir deste passo inicial, o enfermeiro EESMP irá acompanhar e empoderar o utente, a encontrar estratégias que promovam uma melhor gestão da ansiedade. Com o auxílio da literatura, sabemos de antemão que os fatores supramencionados contribuem para o aumento da ansiedade. Logo, essas informações devem ser colhidas numa fase inicial da relação enfermeiro-utente.

Posto isto, iremos apresentar um projeto de intervenção no âmbito da gestão da ansiedade para o utente que frequente a ETET com PUS.

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO DE GESTÃO DE ANSIEDADE PARA O UTENTE COM PUS

Objetivo Geral

• Capacitar o utente para uma melhor gestão da sua ansiedade (através da identificação dos sinais e sintomas da ansiedade em si).

Objetivos Específicos

- Conhecer a importância da intervenção do enfermeiro EESMP no âmbito da PUS
- Adquirir competências como enfermeiro EESMP na abordagem ao utente com PUS
- Aprofundar conhecimentos sobre a ansiedade
- Melhorar estratégias e técnicas de entrevista
- Estabelecer com os utentes uma relação de ajuda

De forma a perceber os pontos fortes e fracos que poderíamos encontrar neste projeto, foi elaborada uma análise FOFA - Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças.

Tabela 2 - Análise Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças

Forças	Fraquezas
-Experiência em Saúde Mental e Psiquiátrica -Permitir ao utente melhor gerir a sua ansiedade -Reconhecer o utente como ser holístico	-Nem todos os utentes sofrem de ansiedade -Falta de recursos humanos -Curto tempo de contacto com o utente -Sem experiência prévia na abordagem ao utente com PUS
Oportunidades	Ameaças
-Desenvolver competências na abordagem ao utente com PUS	-Má adesão ao regime terapêutico -Não conciliação entre turnos realizados e idas do utente à ETET

Apesar das fraquezas identificadas, o possível ganho em saúde na gestão da ansiedade é uma grande mais valia para o utente.

Entrevista de Enfermagem

Em primeiro lugar, de forma a conhecer e compreender o utente, deve-se realizar uma entrevista.

A entrevista em cuidados de enfermagem é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para qual elabora objetivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de problemas (Phaneuf, 2005, p.250).

A entrevista pode ser subdividida de acordo com a estrutura e de acordo com o objetivo. Em termos estruturais, pode ser directiva, semi-directiva, ou não directiva, sendo a directiva apoiada num guião, ou seja, tem um formato mais rígido, e não directiva, mais livre e flexível, ficando assim a semi-directiva como um meio termo (Phaneuf, 2005).

Quanto ao objetivo, podem ser de colheita de dados, de informação/ensino, de suporte psicológico, de resolução de problemas e de modificação de comportamentos (Phaneuf, 2005).

De modo a potenciar a entrevista, o enfermeiro EESMP pode utilizar a relação de ajuda. Esta, define-se como uma “relação entre um interveniente e um cliente que interagem no sentido de obter uma resposta satisfatória a um problema, modificar um comportamento, gerir um sintoma, desenvolver habilidades de adaptação ou de autocontrolo” (Chalifour, 2008, p.10).

Assim, e respeitando a visão que o utente tem do seu problema, o enfermeiro EESMP irá responder ao seu pedido de ajuda, permitindo ao utente encontrar estratégias de coping que lhe permitam ultrapassar as suas dificuldades de uma forma mais rápida e menos conturbada possível, que neste caso passa por melhor gerir a ansiedade.

A escolha pela escala CDS, de Seabra, Amendoeira, Sá & Capelas, deve-se ao facto de estar a ser utilizada na ETET, de conter o item – ansiedade, de ser focada para a área dos consumos

tóxicos, de englobar nos seus itens conteúdos psicológicos/emocionais, sociais, laborais e familiares e, por fim, por ser uma escala simples e de rápida aplicação.

Crítérios de inclusão – Utente que tenha identificada Ansiedade Moderada, Substancial ou Grave na escala CDS; Aceite a intervenção planeada; Utente com PUS integrado num programa farmacológico da ETET (agonista opiáceo ou aversivo do álcool).

Sessão: Cerca de 20-30 minutos cada, após a toma medicamentosa, num gabinete que permita a privacidade. Apenas necessário: cadeiras, caneta, papel e uma mesa.

Planeamento de sessões

1ª Sessão – (Avaliação inicial – entrevista de acolhimento)

Apresentação dos intervenientes (enfermeiro/utente); apresentação e explicação do objetivo do programa de gestão da ansiedade, número de sessões esperado, tempo por sessão. Realizar anamnese do utente. Realçar que na escala CDS apresentou valores elevados de ansiedade.

Resumo da sessão.

2ª Sessão – Ansiedade

Avaliar a perceção do conhecimento do utente relativamente à ansiedade

Ansiedade é “uma experiência emocional, que varia de intensidade, desde a inquietação ligeira ao terror intenso, sempre associado à previsão de situações de tensão futuras ou iminentes” (Sequeira, 2006, p51). Pode estar associada a fatores endógenos e/ou exógenos, de acordo com a interpretação do indivíduo sobre a situação (Sequeira, 2006).

Ansiedade não é mera preocupação, pois a primeira pode interferir na funcionalidade da pessoa e ser acompanhada de sintomas neurofisiológicos, enquanto que uma preocupação pode ser adiada e é controlável (Sequeira, 2006).

Medo prende-se com algo externo, concreto e objetivo. Representa perigo e existe uma ação direta para o enfrentar. Stress é a tensão que nos move para satisfazer as nossas necessidades. É um conjunto de respostas para proteger o organismo. Ansiedade é uma interpretação subjetiva e individual, um sentimento de ameaça difuso, de desconforto (Chalifour, 2005).

Relação da ansiedade com consumo de substâncias – relacionado com o consumo de substância que estimulam, como cocaína, canábis, café ou anfetaminas. Ou abstinência de substâncias sedativas, como álcool, opiáceos, hipnóticos e ansiolíticos (Sequeira, 2006).

Sinais e sintomas da ansiedade:

- A nível motor – tremores, contrações musculares, fadiga fácil, tensão muscular, dores, inquietação.
- A nível do sistema nervoso – náuseas, palpitações, xerostomia, diarreia, respiração curta ou sensação de asfixia, sensação de nó na garganta, lipotimias
- A nível da vigilância e exploração - irritabilidade, insónia inicial, dificuldade para se concentrar, resposta de alerta exagerado, sensação de excitação

Sharma (1990), cit. por Sequeira (2006, pp. 51-52).

Mediante o utente, poderá ser útil entregar uma brochura que resuma os pontos acima. Sugerir vídeos e filmes também ajuda a passar a mensagem e a reter informação.

Estratégias para lidar com a ansiedade – trabalho de casa – o utente vai identificar situações no passado que lhe tenham causado ansiedade ou situações que habitualmente lhe causam ansiedade. Preencher tabela tipo: Situação causadora de ansiedade/Nível de ansiedade/ O que senti/ Estratégias utilizadas/Eficácia na diminuição da ansiedade (Apêndice I).

Resumo da sessão.

3ª Sessão – Estratégias para gerir a ansiedade

De acordo com os achados do trabalho de casa, atuar de forma personalizada, encontrando formas de melhorar cada estratégia, levando o utente a uma reflexão sobre cada situação e como lidou com a mesma.

Algumas das reações à ansiedade (Chalifour, 2005), podem ser a fuga, o ataque (caracterizado por agressividade e hostilidade) ou a satisfação das necessidades num nível inferior.

Algumas estratégias para lidar com a ansiedade, de Chalifour (2005), Sequeira (2006) e Townsend (2011):

- Distração – Focar atenção noutra objeto/pessoa/atividade – ler, ouvir música, escrever, ver TV, etc
- Relaxamento muscular progressivo

- Técnicas respiratórias
- Utilização de um objeto que promova a sensação de conforto e segurança – terço, relógio, anel, elástico, pulseira, etc
- Evitamento
- Ter consigo o seu animal de estimação

Outras estratégias podem ser específicas para o utente. Perceber que estratégias conhece, as que já utilizou, a sua eficácia e de que forma podemos melhorá-las perante as situações causadoras de ansiedade do seu quotidiano tornando a abordagem mais realista e personalizada. Antecipar e fazer um role play da situação causadora de ansiedade, registar pensamentos negativos num papel, trabalhar o dizer não, podem ser algumas das estratégias a utilizar.

Se as estratégias supramencionadas não tiverem sucesso, poderá ser necessário articular com a equipa médica para uma avaliação clínica.

Resumo da sessão.

4ª Sessão – Final

Reaplicação da escala CDS e verificar se o nível de ansiedade se alterou;

Recolher feedback do utente;

Reforçar ganhos alcançados;

Término das sessões ou prolongar as mesmas mediante necessidade e vontade do utente, até para outras temáticas que o utente considere relevante e queira trabalhar com o enfermeiro EESMP.

6. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A elaboração deste relatório de estágio permitiu conciliar e aplicar a aquisição de competências adquiridas ao longo do percurso académico. Estas competências estão enunciadas em dois documentos basilares para qualquer especialista em enfermagem: o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e, neste mestrado em específico, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

6.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o capítulo II, Artigo 4.º, do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, podemos constatar as quatro competências comuns, sendo estas: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019, p.4745).

A responsabilidade profissional, ética e legal, remete-nos para uma ação devidamente fundamentada, baseada em valores e princípios como a não maleficência/beneficência, o respeito pela autonomia e a justiça. Neste contexto, qualquer enfermeiro deve conhecer e consultar o Código Deontológico do Enfermeiro, elaborado pela OE, com a última atualização em 2015, onde constam direitos e deveres da prática de enfermagem. Neste documento estão presentes os valores universais de uma relação profissional, tais como a igualdade, verdade e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015). Ainda na alínea a) e segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, surge a questão da proteção dos direitos humanos. O enfermeiro deve prestar cuidados não discriminatórios, livre de juízos e que salvaguardem os direitos de todas as pessoas, especialmente aqueles mais vulneráveis, como idosos, crianças e pessoas com deficiência, respeitando a pessoa como ser holístico, independentemente da sua religião, cultura ou inclinação política (OE, 2015). Deste modo, nos contextos dos locais de estágio, as intervenções de enfermagem foram sempre realizadas tendo em conta a vulnerabilidade do utente com doença mental. Visto que alguns dos utentes nos locais de estágio estavam internados contra a sua vontade, por internamento

compulsivo, tivemos um papel decisivo no sentido de minimizar o desconforto e aumentar a adesão ao regime terapêutico, recorrendo à relação terapêutica e à explicação ao utente da sua situação, nomeadamente explicando os pressupostos da Lei da Saúde Mental.

Referir que a sua situação em regime de internamento é temporária e necessária para uma melhor qualidade de vida no seu meio social e fazer a relação entre o estado de descompensação inicial e o agora, permite ao utente ganhar insight sobre a sua doença e promover a esperança para uma reorganização e estabilização da sua vida, diminuindo assim a sua angústia.

Sobre a alínea b) Melhoria contínua da qualidade, é uma alínea que vai de encontro aos padrões de qualidade da profissão e dos objetivos a atingir dentro da organização onde o profissional trabalha. Envolve projetos de melhoria através dos resultados das auditorias, realização de normas e valoriza a opinião dos utentes, com o intuito de melhorar o serviço prestado. Há ainda a necessidade de conhecer planos de evacuação, de manutenção e de reportar à gestão de risco incidentes dentro da instituição. De maneira a atingir tal competência, integrámos a equipa multidisciplinar, realizando registos de enfermagem que seguem as regras institucionais, pois muitas das vezes os locais onde realizamos estágios são avaliados por entidades nacionais e internacionais de creditação.

Também procurámos saber o feedback dos utentes em relação aos cuidados prestados, com o objetivo de conhecer pontos fortes e fracos da prática e melhorarmos como equipa para proporcionar uma qualidade cada vez maior de cuidados. Fizemos ainda parte de projetos de investigação, um deles que visa erradicar a Hepatite C em utentes com PUS e outro que procura capacitar o utente para a autogestão das consequências da dependência de substâncias. De destacar o ponto 3.1 da alínea b) nos serviços de psiquiatria - “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo” (OE, 2015, p.4747), pois alguns utentes durante os estágios apresentavam-se agitados, associado ou não a um contexto delirante, e foi necessário gerir esta agitação de modo a proteger o próprio utente, a equipa e os restantes utentes do serviço. Para alcançar um ambiente seguro, foi necessário realizar contenção química, física e/ou ambiental, devidamente adequada à situação e respeitando ao máximo os direitos do utente.

A alínea c) Gestão de cuidados, é um assunto muito debatido pois é neste tópico que rácios, liderança, recursos materiais e recursos humanos estão inseridos. Para uma boa gestão de cuidados é necessária uma liderança justa e adequada à equipa e contexto de cuidados. Liderar em enfermagem é

saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipa, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência (Gelbcke et al., 2009, p.137).

Assim, gestão de cuidados engloba a delegação, a otimização de tempo e recursos e a prestação de um serviço, que neste caso são os cuidados de enfermagem, a um indivíduo e/ou a sua comunidade. Foram algumas as situações em local de estágio em que nós e a equipa de enfermagem tivemos de nos adaptar à ausência de profissionais por doença, modificação da organização do serviço devido à situação pandémica e ainda lidar com recursos materiais limitados. É essencial uma boa comunicação e articulação entre a equipa multidisciplinar, delegando e supervisionando as tarefas possíveis e referenciando para outras especialidades quando necessário.

Em quarto e por fim, a alínea d) Desenvolvimento de aprendizagens profissionais, é associada a uma pequena frase, mencionada muitas vezes nas escolas de enfermagem, que é a prática baseada na evidência. Esta alínea remete-nos para uma prática refletida, analisada e esmiuçada, de modo a prestar cuidados cada vez melhores, com mais qualidade e devidamente fundamentados. Para tal, é preciso sentido crítico, estar aberto à mudança e consultar a literatura mais recente. Para a evolução da profissão é necessário investigar e agir de acordo com os novos achados científicos. O mestrado exigiu da nossa parte um aperfeiçoamento na qualidade da bibliografia identificada, recorrendo a bases de dados científicas e autores de relevo sobre os temas trabalhados. No primeiro local de estágio, um serviço de internamento, decidimos elaborar um pequeno guia orientador para novos alunos, no qual constava uma lista das patologias mais frequentes, medicação mais utilizada, lista de abreviaturas, regras específicas e horários em prática no serviço...tudo isto de modo a facilitar a integração, quer de novos colegas, quer de alunos. Foi um documento que ao ser breve, era de fácil consulta e organizador do pensamento, deixando para o próprio o desenvolvimento de cada tópico, encaminhando o novo colega/aluno a um estudo autónomo sobre cada tópico. Deste modo, agimos no sentido de facilitar a aprendizagem – alínea d) 2.1 — “Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (OE, 2015, p.4749).

6.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

“A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018, p.21427). Desenvolvendo um juízo clínico através de competências psicoterapêuticas, o enfermeiro EESMP cuida da pessoa, família, comunidade, promovendo a saúde mental e prevenindo a doença mental ao longo do ciclo vital (OE, 2018). Essas competências são, segundo o Artigo 4.º do Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica:

- 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 (OE, 2018, p.21427).**

O primeiro lugar ocupado pela alínea que menciona a relevância do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica não é ao acaso. Tendo por base a relação humana, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica reflete a sua essência e qualidade na interação enfermeiro-utente. Como enfermeiros EESMP, somos um elemento participativo que influencia diretamente o desfecho de saúde mental do utente. Ao contrário de outras especialidades, que usam essencialmente ferramentas como equipamentos médicos e fármacos, e em que a relação humana é colocada num lugar secundário, na saúde mental

essa relação ocupa o lugar da frente, pois somos nós próprios a ferramenta. E para a ferramenta fazer corretamente o seu trabalho, é necessário conhecê-la, saber os seus pontos fortes e fracos, quando deve ser utilizada e os seus limites. Chalifour (2005) explica que o interveniente (enfermeiro) possui características pessoais, habilidades e conhecimentos sobre si e profissionais que influenciam a relação com o utente. Este conjunto de elementos aliado a uma postura de respeito, empatia e de esperança, permitem atingir uma relação terapêutica que tem a finalidade de ajudar o utente a resolver o seu problema.

O uso terapêutico de si requer que o enfermeiro tenha grande auto-consciência e auto-conhecimento; que tenha atingido uma crença filosófica sobre a vida, morte e sobre a condição humana em geral. 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 de intelecto e emoções (Townsend, 2011, p.122)

O excerto acima relaciona-se com o ponto **F1.1.1.** do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: **“Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar”** (OE, 2018, p.21428). Nem sempre é fácil não ser afetado por uma ofensa ou ameaça por parte de um utente. É preciso um trabalho interno que nos faça distinguir que esse comportamento é devido a uma doença e não focalizado em nós. Foram várias as experiências em local de estágio em que utentes inicialmente agressivos verbalmente e coproláticos vieram ter connosco, horas ou dias mais tarde, a pedir desculpa pelo seu comportamento. Noutros casos, os utentes não dirigiam o olhar ou apresentavam um discurso curto e uma atitude evasiva, mas ao longo do tempo compreendemos que isso se devia a vários fatores externos a nós, como a doença, o facto de não nos conhecerem ou a irritabilidade de estarem internados contra a sua vontade. Dar espaço ao utente e ser assertivo no contacto com este é crucial para a criação de uma relação terapêutica.

Quando reconhecemos que em determinada situação não conseguimos quebrar o processo de transferência/contratransferência, devemos recorrer aos restantes membros da equipa e pedir auxílio, devendo também analisar toda a situação e procurar gerir melhor estes fenómenos da

próxima vez – **“F1.1.2. Gere os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica”** (OE, 2018, p.21428).

Os estágios que realizámos foram extremamente ricos em relação à alínea b), segunda competência específica — **“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”** (OE, 2018, p.21428), nomeadamente através da perceção do impacto que a doença mental e as dependências têm no indivíduo e conseqüentemente, na sua família e comunidade. No estágio final, foi possível observar através do feedback dos próprios utentes que quando estes se organizavam e tinham boa adesão ao regime terapêutico tinham também uma vida familiar mais harmoniosa e sentiam-se mais realizados. Em sentido oposto, quando existiam recaídas, os familiares ligavam ou compareciam no serviço, preocupados, em relação ao utente e restante família. Posto isto, ao conseguirmos que o utente adira ao regime terapêutico, todos ganham, inclusive a comunidade e sociedade, pois passa a haver mais alguém funcional e que contribua, em vez de ser alguém que precise de apoio de saúde, social e/ou financeiro.

Através do contacto repetido ao longo dos dias no estágio final, fomos criando uma relação terapêutica com os utentes, e estes, procuraram-nos para responder a várias questões no âmbito da sua saúde e das suas famílias, tais como esclarecimento de sintomas, compreensão de documentos de outros serviços de saúde, tendo também procurado ajuda para os seus familiares, como por exemplo, na testagem da Hepatite C. Era notória a preocupação e inquietação dos utentes e familiares quando pediam a testagem. Apesar de não ser uma medida concreta de saúde mental tem impacto na mesma, pois ao testar familiares de alguém previamente positivo, estamos a reduzir a ansiedade e preocupação de todos, encaminhando quando necessário para outros serviços de saúde. Assim, conseguimos demonstrar uma das formas de praticar esta competência.

A alínea c) do Artigo 4.º, - **“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”** (OE, 2018, p.21427), é como uma extensão da alínea anterior, com ênfase na avaliação, diagnóstico, planificação de cuidados e avaliação dos mesmos. Para tal, é utilizado o método de gestão de caso

para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente (OE, 2018, p.21428).

Todo o processo de intervenção começa com a elaboração de um diagnóstico de enfermagem, através de uma avaliação atenta - **“F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade”** (OE, 2018, p.21428). Este ponto realça a importância da entrevista de enfermagem, da observação do comportamento verbal e não verbal do utente e da utilização de escalas/questionários.

Através da entrevista de enfermagem devemos identificar as necessidades dos utentes e a priorização que estes fazem das mesmas e qual o impacto no seu quotidiano. Não respeitar esta priorização pode fazer com que o utente não adira ao regime terapêutico. No entanto, caso o utente não apresente insight para a sua condição, é necessário encontrar um meio termo, que respeite as crenças e opiniões do utente, mas que também o encaminhe para uma recuperação do seu estado atual. Uma das estratégias utilizadas neste âmbito foi a identificação de temas pertinentes para o utente (que o próprio mencionava em entrevista) e depois, resumir e expor à pessoa que temas foram identificados, se concordava, e por fim, quais os que considerava mais importantes para serem trabalhados, respeitando essa ordem de escolha.

Devemos também estar atentos para necessidades não expressas, no sentido em que o utente não as manifesta verbalmente mas que o não verbal as denuncia, como por exemplo a inquietação motora associada à ansiedade, a perplexidade perante uma situação causadora de medo, solilóquios associados a atividade produtiva, ou a tristeza num indivíduo pouco expressivo, com clinofilia e isolado do grupo.

Em relação às escalas, estas são utilizadas de forma a uniformizar a avaliação e transformá-la num diagnóstico. Em estágio, usámos o questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), a escala CDS, a escala ARUS (Avaliação do Risco de Uso de Substâncias), entre outras não específicas para a saúde mental. Estas escalas pontuam certa dimensão do utente, e algumas delas fornecem uma lista de intervenções a seguir mediante o resultado. Isto traduz-se numa orientação da ação do enfermeiro, especialmente útil para quando somos novos num serviço ou contexto. Para além de identificar e diagnosticar de uma forma clara e objetiva, é crucial comunicar e transmitir informação também de uma forma homogénea dentro da profissão. Assim, surge a importância das linguagens de enfermagem, das quais usámos a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), presente no plano de cuidados do estudo de caso (em apêndice), que foi elaborado com o auxílio do Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros, que contém uma lista dos diagnósticos mais

comuns em saúde mental e respetivas intervenções de enfermagem – **“F3.1.9. Aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros”** (OE, 2018, p.21429).

Já a observação do comportamento do utente requer atenção sobre a postura, discurso, expressão, comportamento, humor, autocuidado e outras alterações físicas que a pessoa apresente em relação ao seu estado habitual, não descartando a possibilidade de existir atividade produtiva (delirante e/ou alucinatória). Este conjunto de observações (juntamente com entrevistas às pessoas que convivem regularmente com o utente), permitem elaborar diagnósticos de enfermagem que se solidificam através de uma avaliação continua no tempo. Desta forma, não só se torna mais fácil identificar complicações de saúde mental como também de prevenir eventos adversos na vida do utente –

F3.1.6. Identifica complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física. F3.1.7. Avalia e deteta situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência. F3.1.8. Avalia o potencial de abuso, negligencia e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros (OE, 2018, p.21429).

Durante os estágios, deparámo-nos com utentes em situação de angústia associada à descompensação de uma patologia de base ou a uma psicose tóxica. Articulando com a equipa médica, foi mesmo necessário encaminhar utentes para internamento hospitalar (em estágio de contexto comunitário) e em contexto hospitalar, foi necessário recorrer à medicação em SOS com o intuito de promover alívio à ansiedade, angústia e sofrimento psíquico.

Após a etapa de observação, identificação e diagnóstico, segue-se a intervenção – **“F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados”** (OE, 2018, p.21429). Durante o estágio na ETET, realizámos entrevistas de acolhimento e posteriormente de indução para um regime terapêutico, seja este de aversivo do álcool ou de agonista opiáceo. Nestas entrevistas, colhemos dados e ouvimos histórias de vida pessoal que culminaram no presente momento. Apesar de neste local todas as pessoas terem problemas com o abuso de substâncias, cada uma tem uma

perspetiva única e pessoal do seu percurso com a dependência, requerendo assim uma abordagem individualizada.

Foram realizados acompanhamentos de utentes, aos quais foram elaborados planos de cuidados (e estudos de casos), que visaram promover a adesão ao regime terapêutico e por consequência, a reinserção social, através de uma relação de proximidade focada nas dificuldades e obstáculos sentidos pelo utente.

Dar espaço para a pessoa se exprimir e ser ouvida promove o respeito mútuo e contribui para a criação de uma relação de ajuda, sendo esta uma ferramenta utilizada para vários objetivos, tais como: encontrar um sentido para as dificuldades; aceitar a dor/dificuldades com mais serenidade; diminuir a ansiedade e tensão; autoaceitação; melhorar a autoestima e autoimagem; adaptação a novas realidades; e promover a autonomia na resolução de problemas (Phaneuf, 2005). Assim, juntamente com o utente (pois este é o responsável pelo seu percurso de vida), procurámos encontrar estratégias que lhe permitam ultrapassar de uma forma mais rápida e menos dolorosa a dificuldade sentida. Algumas das intervenções realizadas foram adequar um plano alimentar para melhorar o trânsito intestinal ou diminuir o desconforto gástrico, identificar causas da ansiedade e estratégias de gestão da mesma, facilitar a compreensão de um documento de outro serviço de saúde, promover a esperança em relação a questões familiares/laborais/saúde, promover a escuta ativa durante momentos de tensão ou ainda elogiar pequenas melhorias na autoimagem – **“F3.4.1. Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental”** (OE, 2018, p.21429).

“F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (OE, 2018, p.21429).

A metodologia de gestão de caso é especialmente útil para utentes ou grupos com má adesão ao regime terapêutico, várias comorbilidades e/ou quando estes têm dificuldade em articular-se com os serviços de saúde. Durante o estágio final, presenciámos situações em que os utentes referiam “não ter tempo nem paciência para esperar nas urgências” (sic), ou ainda não terem capacidade de se deslocar até um serviço de saúde. Assim, de modo a aumentar a adesão ao regime

terapêutico, o gestor de caso, através da identificação das necessidades recolhidas nas entrevistas, personaliza as intervenções de acordo com o utente e facilita o acesso do mesmo aos cuidados, através da marcação de consultas, encaminhamento para outros serviços de saúde necessários, esclarecimento de dúvidas e por vezes ainda através da convergência de recursos num só local, como por exemplo: o utente recorre à ETET para a toma do agonista opiáceo. No mesmo local, procede-se à vacinação contra a gripe e tem uma consulta com a médica para início do tratamento da Hepatite C, que também é fornecido no local. Desta forma, o utente não tem de se deslocar para outros serviços, poupa tempo e dinheiro, recebe cuidados dirigidos à sua condição, num menor espaço de tempo, aumenta a adesão ao regime terapêutico e evita possíveis complicações futuras. Como consequência positiva dos ganhos em saúde para o utente, fortalece-se a relação terapêutica entre o enfermeiro EESMP e o utente, o que levará a uma maior proximidade e confiança, essencial para perpetuar este ciclo que beneficia todos os envolvidos, mas sobretudo o utente.

Noutras situações, utentes em condição de sem-abrigo, foram encaminhados para comunidades terapêuticas, após uma avaliação das suas características e necessidades. Num caso específico, um utente sem-abrigo que tinha uma cadela, só aceitaria integrar uma comunidade terapêutica caso a cadela fosse com ele. Neste sentido, foi selecionada uma comunidade terapêutica que satisfizesse esta condição. Para ingressar neste espaço, o utente teve de ser internado para desabilitação alcoólica e a cadela durante esse período de tempo aguardou no canil. Após a desabilitação, reuniram-se e seguiram para a comunidade. Esta articulação funcionou graças ao gestor de caso e ao trabalho da equipa multidisciplinar.

Alínea d) do Artigo 4.º - **“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”** (OE, 2018, p.21427).

A psicoeducação na saúde mental é algo comum entre os serviços de saúde mental - **F4.1.1. Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais** (OE, 2018, p.21430). Nem sempre é possível criar uma relação terapêutica, pois nem sempre temos vários contactos com o utente/família ou simplesmente os intervenientes não estabelecem uma relação neste sentido. No entanto, como profissionais de saúde na área de saúde mental, devemos sempre aconselhar e transmitir informação clara e concisa que vá de encontro às necessidades dos utentes. Nos locais de estágios, essas informações foram sobretudo de explicação dos benefícios de adesão ao regime terapêutico,

da importância de um sono reparador e dos malefícios de consumos tóxicos nas diversas dimensões do ser - **F4.1.4. Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas)** (OE, 2018, p.21430). Durante as entrevistas de indução de dissulfiram e metadona, foram explicados os efeitos secundários e interações terapêuticas, seja com a medicação habitual ou durante a toma de antibioterapia ou até mesmo na sedação para uma intervenção cirúrgica. A informação transmitida foi adequada à pessoa e contexto, de maneira a ser compreendida.

A distribuição de panfletos e a exposição de posters são outras ferramentas que foram utilizadas em local de estágio, permitindo ao enfermeiro a transmissão de informação de uma forma passiva, na qual este se pode dedicar a outras funções e não despende tempo e energia para além da necessária para a elaboração e fixação dos mesmos.

Outro ponto trabalhado em estágio foi - **F4.1.8. Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros** (OE, 2018, p.21430). O não julgar e escutar o utente sobre os temas acima foi algo que aprendemos. Tratando-se de questões íntimas e intensas, que muito provavelmente partilham com um número reduzido de pessoas, devemos como profissionais criar um clima de respeito e confidencialidade. Por vezes, os utentes querem apenas aliviar a carga emocional que transportam, enquanto que noutras pedem ajuda especializada no tratamento da dependência ou consequências da mesma. Ao contrário do hábito de tentar resolver no momento e de fazer pela pessoa, nestes casos, o saber estar e apenas estar pode significar muito para o utente, criando pontes para próximas interações. O estigma sentido pelos utentes nos vários contextos do quotidiano e serviços, incluindo os de saúde, fazia com que muitos destes se isolassem cada vez mais. Na ETET, esse estigma não existia nem era sentido pelos utentes. Independentemente do passado, substância ou registo criminal, o utente era respeitado e atendido de acordo com as suas necessidades.

Já em contexto de internamento, em que a funcionalidade está mais comprometida, o utente em situação de agudização da sua doença psiquiátrica pode apresentar-se com um défice do autocuidado, associado à impregnação medicamentosa e/ou à desorganização inerente à doença, que muitas vezes cria afastamento perante os outros. Aqui, os enfermeiros e assistentes operacionais promoviam o autocuidado, auxiliando, quando necessário, na higiene e no vestir – **“F4.1.10. Considera a disponibilidade para melhorar o autocuidado e comportamentos de**

saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas” (OE, 2018, p.21430). Fizemos barbas, penteámos, vestimos, auxiliámos na higiene oral, perfumámos e elogiámos progressos no sentido de uma melhoria no autocuidado.

F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema. F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental. F4.2.4. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida. F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes (OE, 2018, p.21430).

Uma das atividades realizadas em estágio hospitalar foi a formação de um grupo de partilha com os utentes em regime de internamento para desabituação alcoólica. O objetivo desta atividade foi essencialmente o que os pontos acima mencionam. Cada utente partilhava o seu percurso de vida, assim como o percurso de saúde/doença, de modo a libertar tensões (períodos de labilidade eram frequentes). Simultaneamente, os restantes utentes percebiam padrões que os próprios vivenciaram, o que promove a empatia e o insight. Ainda, ao escutar o outro, podem aprender e desenvolver estratégias de coping face às dificuldades/obstáculos sentidos. Aqui, nós, como futuros enfermeiros EESMP, agimos como moderadores, intervindo para manter a ordem e esclarecendo mitos ou outras dúvidas levantadas pelo grupo. O feedback dos utentes foi bastante positivo, referindo que após as sessões sentiam-se menos sós, mais compreendidos e mais “leves”.

Na ETET, durante a aplicação do projeto para a gestão da ansiedade, foi promovido o insight para a doença, quando se pedia o preenchimento dos momentos em que se sentiram ansiosos, o que fizeram e se isso resultou. Perceber esses mesmos momentos e as alterações que ocorrem em si, conduz a pessoa a uma melhor compreensão de si e à relação que detém com os outros, o que é o primeiro passo para se iniciar a mudança.

F4.3. – “Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e

social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (OE, 2018, p.21430).

O objetivo final de qualquer serviço de saúde mental é promover a autonomia e funcionalidade, visto que a perda das mesmas pode determinar a doença. Sendo a perda da capacidade de gerir a sua vida e de trabalhar um dos maiores medos dos utentes, é crucial promover a esperança e capacitar os mesmos para retomarem os seus papéis sociais. No caso de muitos utentes da ETET, a reabilitação começa com a toma de metadona ou do aversivo do álcool, permitindo aos utentes afastarem-se dos consumos tóxicos, organizarem as suas vidas com o auxílio dos profissionais de saúde e, gradualmente, recuperarem a sua autonomia.

Ao contrário do paradigma anterior, em que o utente portador de doença mental grave era confinado e afastado da restante sociedade, atualmente e de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, o objetivo atual passa por integrar socialmente a pessoa, criando “mecanismos que permitam promover o emprego apoiado de pessoas com doenças mentais, como forma de as integrar no mercado de trabalho” (Ministério da Saúde, 2008, p.28).

A terapia ocupacional dentro dos serviços de internamento ajuda a desenvolver algumas das funções necessárias à autonomia. Associações de emprego apoiado, onde utentes com história de doença mental trabalham e tiram cursos também é uma opção viável no caminho da autonomia. Cabe a nós ter conhecimento da sua existência e articular cuidados entre as instituições, promovendo assim, a reabilitação do utente. – **“F4.3.4. Envolve outros profissionais na definição de projetos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade”** (OE, 2018, p.21430).

No âmbito das competências do enfermeiro EESMP, podemos abordar sintomas que impeçam o utente de ser funcional, como por exemplo, capacitá-lo para uma melhor gestão da ansiedade, que é precisamente o campo de intervenção explorado neste relatório – **“F4.3.1. Concebe e desenvolve programas de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental grave ou de evolução prolongada, nas equipas técnicas que integra”** (OE, 2018, p.21430). Psicoeducando e encontrando estratégias no sentido da reabilitação psicossocial, orientamos o utente à autonomia, realçando a importância da adesão terapêutica e que em caso de necessidade, existem serviços de saúde mental onde podem pedir ajuda. Costumamos reforçar que pedir ajuda não é um ato de fraqueza, mas sim de humildade e inteligência, pois reconhece os próprios limites e previne a recaída.

6.3 Competências de Mestre em Enfermagem

De modo a analisar as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, analisaremos o Decreto de Lei n.º 65/2018, de 16 agosto, Artigo 15.º - Grau de Mestre, ponto 1 e os objetivos de aprendizagem do Regulamento do Funcionamento do Mestrado de Enfermagem em Associação. O Decreto de Lei acima refere que:

1 — O grau de mestre é conferido aos que demonstrem: a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Presidência do Conselho de Ministros, 2018).

Objetivos de aprendizagem do Regulamento de Funcionamento do Mestrado em Enfermagem em Associação:

- 1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

- 4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Universidade de Évora, 2015).

O ponto 1 a) do Decreto de Lei n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministros, 2018), começa por enfatizar que o grau de mestre é alcançado no decorrer de uma aprendizagem contínua que começa desde a licenciatura, e que vai gradualmente sendo aprofundada e desenvolvida ao longo do tempo. Esta aprendizagem é realizada através da formação académica, da prática profissional e do estudo autónomo.

Consideramos como uma das maiores diferenças em relação ao primeiro ciclo a forma com que o novo conhecimento é adquirido. Enquanto que na licenciatura era o professor quem disponibilizava a grande maioria do conteúdo, no mestrado esse mesmo conteúdo é adquirido através da pesquisa em base de dados, livros, decretos de lei, entre outros. O professor atua como orientador da aprendizagem, conciliando o que o aluno já sabe com os caminhos por onde pode seguir. Para além disto, os temas dos trabalhos e projetos são, dentro de certo tema major, à escolha do aluno. Assim, cada aluno direciona os seus estudos para o subtema que considera mais pertinente e interessante, sendo assim o responsável pela sua aprendizagem. Para tal acontecer, foram lecionadas em aula formas e ferramentas de pesquisa, como bases de dados, operadores booleanos, e outras técnicas que permitem alcançar uma pesquisa refinada e transportar esses achados para uma prática baseada na evidência.

Através destas bases, o futuro enfermeiro EESMP poderá então produzir conhecimento científico e que este conhecimento cumpra as regras e normas para ser aceite entre a comunidade científica.

Ao longo de todo o percurso deste mestrado, as noções e conhecimentos adquiridos no 1º ciclo foram lapidados e a aprendizagem foi orientada para os objetivos de cada um. Tal foi demonstrado desde o tronco comum, ao abordarmos temáticas sobre a saúde mental em disciplinas

mais genéricas do curso – **“2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência”** (Universidade de Évora, 2015). A realização desde relatório, o estudo autónomo e a apresentação dos trabalhos por nós elaborados em aula, contribuem para a criação, desenvolvimento e disseminação da investigação, promovendo assim uma prática sustentada na evidência científica, prática essa com maior qualidade e mais segura.

Quando nos debruçamos sobre as restantes alíneas do Decreto de Lei, notamos que o mestre é aquele que tem uma predisposição para liderar. Segundo dos Santos Silva & Camelo (2013), para liderar, é preciso ouvir, colaborar nas tarefas e delegar, destacando a componente afetiva e compreensiva da liderança. Uma boa liderança conduz a equipa a produzir melhores resultados, logo, serve melhor o utente.

Para liderar é necessário que haja competências na área da formação e supervisão. Com o auxílio da matéria lecionada na Unidade Curricular de Formação e Supervisão em Enfermagem, fomos capazes de identificar necessidades por satisfazer, planear, implementar e avaliar intervenções, e replicar esta componente teórica em planos de cuidados em local de estágio. O projeto de gestão da ansiedade presente neste relatório reflete isso mesmo (assim como o estudo de caso), e surge após a análise diagnóstica de uma necessidade por satisfazer por muitos utentes da ETET – a gestão da ansiedade - **6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular”** (Universidade de Évora, 2015).

Ainda dentro do tópico da supervisão, foi possível auxiliar a aprendizagem de alunos de licenciatura durante o estágio, no esclarecimento de dúvidas, no incentivo ao desenvolvimento do trabalho autónomo e na orientação das tarefas a realizar no serviço – **“1 - Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada”** (Universidade de Évora, 2015).

Ao conseguir enfrentar situações novas com dados incompletos, pesar a importância das suas ações e posteriormente transmitir de forma clara os seus achados, o mestre em enfermagem ganha uma posição de destaque, visto ser alguém que resolve problemas complexos graças às competências adquiridas. Ou seja, um perito.

Segundo Benner (2001), o enfermeiro perito consegue num curto espaço de tempo e de modo intuitivo, analisar a situação, delinear um plano de ação e realizar a intervenção, poupando tempo

ao automaticamente descartar intervenções fúteis ou diagnósticos errados, compreendendo a situação global. O perito não se rege por instrumentos analíticos, mas não os descarta, utilizando-os quando a situação é mal avaliada ou quando os acontecimentos não se desenrolam como esperado (Benner, 2001).

Esta noção de enfermeiro perito, aliada à saúde mental, é crucial na gestão da doença em fase aguda, prevenindo complicações futuras, através da intervenção rápida e acertada. Em estágio hospitalar, foi por vezes necessário proceder à contenção química e mecânica do utente em fase de descompensação psicótica com agitação associada. Estes momentos são breves mas intensos, pois requerem uma atenção quer do utente quer do meio envolvente, de modo a manter a segurança e bom funcionamento de todo o serviço – **3 - “Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais”** (Universidade de Évora, 2015).

Uma grande quantidade de conhecimento não referenciado está integrado na prática e no “saber fazer” das enfermeiras peritas, mas esse conhecimento não poderá alagar-se ou desenvolver-se completamente se as enfermeiras não anotarem sistematicamente aquilo que aprendem a partir da sua própria experiência (Benner, 2001, p.40).

Benner descreve aqui a alínea d), mostrando que não basta saber fazer para que a enfermagem evolua. É necessário registar de modo a transmitir os conhecimentos adquiridos.

Para além de lhe ser inculcado a transmissão de conhecimentos, e por isso, trabalhar em equipa, cabe ao mestre dedicar-se ao estudo autónomo, no qual se atualiza constantemente de modo a oferecer aos utentes os melhores cuidados possíveis, suportados pela evidência mais atual – **“4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida”** (Universidade de Évora, 2015). O percurso deste mestrado é por si só uma busca contínua, muitas vezes autónoma, de conhecimentos que irão suportar a prática clínica, promovendo a aquisição de competências no domínio da saúde mental. Cabe a cada um que esta busca se torne permanente, e que mesmo quando o mestrado terminar, o mestre continue a procurar a evidência mais recente na sua área de atuação com vista ao melhoramento contínuo.

Todas estas alíneas refletem o nosso percurso académico. Embora nos estágios a nossa presença comece por uma observação da prática, caminhamos rapidamente no sentido de uma

prática supervisionada, em que contribuímos ativamente para o cuidar, integrando uma equipa e participando na transmissão de informação e continuidade de cuidados, nomeadamente na passagem de turno (em internamento de agudos) e na integração dos projetos em funcionamento no serviço. Na ETET, integrámos projetos tais como o da erradicação da Hepatite C em utentes com PUS e de criação de um programa de capacitação para a gestão das consequências da dependência de substâncias - **“5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais”**.

Todas as alíneas acima mencionadas e posterior análise de competências evidenciam o ponto – **“7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade”**.

Estas competências emergem não só da aprendizagem teórico-prática mas também de um processo reflexivo, processo este que se inicia após o confronto com algo novo ou inquietante, que nos transporta para o autoquestionamento e, assim, procurar respostas que nos capacitem para melhor enfrentar ou compreender esta nova realidade. Assim, repetidamente, tornamo-nos mais competentes, num menor espaço de tempo e numa maior variedade de contextos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório resume todo o percurso académico deste Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que comportou um elevado grau de reflexão crítica e de melhoria contínua na nossa prática profissional, assim como aprofundou o autoconhecimento, levando assim também a um enriquecimento pessoal.

A revisão integrativa da literatura realizada permitiu aumentar conhecimentos sobre a temática da ansiedade ao identificar fatores que contribuem para o surgimento/agravamento da mesma.

Já a PUS coloca vários obstáculos à funcionalidade do indivíduo, onde este muitas vezes necessita de ajuda profissional para se restabelecer. Seja em contexto de internamento ou de ambulatório, o enfermeiro EESMP surge como peça fundamental na recuperação do utente, visto ter ferramentas que permitem diminuir o sofrimento e acelerar a resolução de problemas, reconhecendo a pessoa como elemento central e essencial durante toda a interação, tal como a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau nos explica.

Os estágios permitiram compreender a abordagem utilizada no tratamento das dependências. Consideramos a abordagem realizada no contexto de internamento mais dirigida às alterações fisiológicas da doença, enquanto que em contexto comunitário, as restantes dimensões foram mais trabalhadas, tais como os aspetos psicológicos e emocionais. Isto deve-se a estádios diferentes da doença e no compromisso da funcionalidade do indivíduo em cada momento.

O projeto de estágio no âmbito da gestão da ansiedade irá permitir uma abordagem fundamentada e estruturada para situações futuras que justifiquem o seu emprego. Ao conseguir identificar eventos que lhe causem ansiedade e de que maneira esta se manifesta em si, o utente ficará mais alerta para a necessidade de aquisição de estratégias eficazes para a gestão da mesma no seu quotidiano.

O facto de termos encontrado vários utentes já reabilitados, funcionais em todas as suas dimensões, ou pelo menos com uma situação de saúde melhorada, mostra que as intervenções de enfermagem são essenciais, especialmente quando realizadas por EESMP e articuladas com as restantes áreas multidisciplinares.

Como maiores dificuldades na elaboração deste relatório, identificamos a falta de artigos científicos que relacione a ansiedade com a PUS, assim como intervenções de enfermagem

associadas. Outra dificuldade inicialmente sentida, mas posteriormente ultrapassada foi relacionada com o controlo do tempo e de partilha de poder. Isto é, ao contrário do internamento onde trabalhamos, onde a rotina dita a ordem e o enfermeiro controla o tempo dedicado a determinada função, em ambulatório o utente tem muito maior liberdade no sentido de pautar o seu ritmo e de aderir às intervenções de enfermagem mediante a sua vontade. Estas diferenças contribuíram para o processo reflexivo e consequente aprendizagem, mostrando assim o valor da relação de ajuda no trabalho do enfermeiro na área da saúde mental.

Ainda que o enfermeiro recolha e transmita informação pertinente para a situação do utente, há que em primeiro lugar compreendê-lo, isto é, mostrar respeito e empatia pela sua situação e personalizar as nossas intervenções à pessoa e à necessidade que está por satisfazer.

Consideramos que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos e que as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro EESMP e as de mestre, foram adquiridas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. (nd). *Comportamentos aditivos e dependências*. <https://www.arslvt.min-saude.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencias/>

Amaral, C. A. (2010). *PESM: Prescrições de enfermagem em saúde mental*. Lusociência.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ª ed). Climepsi.

Assembleia da República. (1998). Lei nº36/98. *Diário da República* série I-A, 169 (julho): 3544-3550. <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>

Benner, Patricia (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Edição Comemorativa. Quarteto.

Brandão, M. G. S. A., Aragão, C. P., Ximenes, M. A. M., & Caetano, J. Á. (2019). Autoconceito, depressão e ansiedade de pessoas em situação de rua. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 90(28), 1-6. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.90-n.28-art.404>

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.

Chyczij, F. F., Ramos, C., Santos, A. L., Jesus, L., & Alexandre, J. P. (2020). Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar no norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1-6. <https://doi.org/10.12707/RIV19094>

Direção-Geral da Saúde (2014). *Deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0302012-de-28122012-png.asp>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa nacional para a saúde mental: 2017*. http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>

dos Santos Silva, V. L., & Camelo, S. H. H. (2013). A competência da liderança em enfermagem: Conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(4), 533-539.

Ercole, F. F., Melo, L. S. D., & Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 9-12. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>

Fernandes, R. L., & Miranda, F. A. N. D. (2016). Análise da teoria das relações interpessoais: Cuidado de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 10(2), 880-886. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a11032p880-886-2016>

Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M.J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, especial 5*, 8-12. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0160>

Gelbcke, F. L., Souza, L. A. D., Dal Sasso, G. M., Nascimento, E., & Bulb, M. B. C. (2009). Liderança em ambientes de cuidados críticos: Reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 136-139. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100021>

Gonzales, R. I. C., Casarin, S. N. A., Caliri, M. H. L., Sasaki, C. M., Monroe, A. A., & Villa, T. C. S. (2003). Gerenciamento de caso: Um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2), 227-231. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000200013>

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. (2017). *Ansiedade*. [Folheto]. https://www.iscte-iul.pt/assets/files/2017/01/03/1483453565333_ISCTE_IULAnsiedadeA5.pdf

International Classification of Diseases 11th. (janeiro, 2023). *Disorders due to substance use*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f590211325>

Lemes, A. G., do Nascimento, V. F., da Rocha, E. M., de Moura, A. A. M., Luis, M. A. V., & de Macedo, J. Q. (2017). Terapia comunitária integrativa como estratégia de enfrentamento às drogas entre internos de comunidades terapêuticas: Pesquisa documental. *SMAD Revista Electrónica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 13(2), 101-108. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p101-108>

Lemes, A. G., Nascimento, V. F. D., Rocha, E. M. D., Almeida, M. A. S. O., Volpato, R. J., & Luis, M. A. V. (2020). Terapia comunitária como cuidado complementar a usuários de drogas e suas contribuições sobre a ansiedade e a depressão. *Escola Anna Nery*, 24(3), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0321>

Lopes, J. (2010). O aconselhamento como cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento: Artigo de Investigação. *Revista Toxicodependências* 16(1), 65-77.

Lopes, J. M. D. O. (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso: A experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/7296>

Marques, M. E., Lourenço, P., & Costa, S. (2011). Risco de recaída numa amostra de adictos portugueses: Da compreensão à intervenção. *Revista Toxicodependências*, 17(2), 77-83.

Martins, M. Céu, Fernandes, Pedro (2008). *O gestor de caso: Aplicabilidade do conceito*. [Relatório Técnico/científico, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/1731>

Martins, M. G. A., Machado, A. P. M., Gouveia, M. C. S., Carvalho, P. S. C. P. & Renca, P. F. N.N. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. Ordem dos Enfermeiros. http://guiabp.cuidenfesprecupessdoençamentalgrave_ordemferm_ok.pdf (ordemenfermeiros.pt)

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Decreto-Lei n.º 63/2016. *Diário da República* 1ª série, 176 (setembro): 3159-3191. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>

Ministério da Saúde. (2008). *Resumo executivo: Plano nacional de saúde mental 2007-2016*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 356/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. *Diário da República* 2ª série, 122 (junho): 17034-17041. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

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

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. *Diário da República* 2ª série, 151 (agosto): 21427-21430. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República* 2ª série, 26 (fevereiro): 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº734/2019: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República* 2ª série, 184 (setembro): 128-155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros. (abril, 2019). *Health at a glance 2018*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/health-at-a-glance-2018/>

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde - Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Climepsi Editores. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001_por.pdf;jsessionid

Pereira, F., & Gonçalves, S. (2007). Recaída em alcoólicos: causas e consequências. *Actas do III Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade*, 74-82. <http://hdl.handle.net/10198/2635>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Decreto-Lei nº65/2018. *Diário da República* 1ª série, 157 (agosto): 4147-4182. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Rigotto, S. D., & Gomes, W. B. (2002). Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(1), 95-106. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000100011>

Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.

Sequeira, A., & Lopes, J. (2009). Gestão de cuidados de enfermagem para uma assistência efectiva e integrada à pessoa com toxicod dependência. *Revista Toxicod dependências*, 15(1), 67-76.

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) *Enfermagem de saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Quarteto.

SICAD (2021). *Relatório anual 2020: A situação do país em matéria de drogas e toxicod dependências*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. <https://www.sicad.pt/>

SICAD (2022). *Sinopse estatística 2020: Álcool*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. <https://www.sicad.pt/>

SICAD (2022). *Sinopse estatística 2020: Substâncias ilícitas*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. <https://www.sicad.pt/>

Silva, M. L. D., Guimarães, C. F., & Salles, D. B. (2014). Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. *Rev Rene*, 15(6), 1007-1015.

Silveira, J. A. B. D., Forgiarini, S. I., & Forgiarini Júnior, L. A. (2019). Força muscular respiratória e periférica, função pulmonar, ansiedade e depressão em dependentes químicos. *Fisioterapia Brasil*, 20(1), 9-16. <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v20i1.1951>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª ed). Lusociência.

Universidade de Évora (2015). *NCE/14/01772: Apresentação do pedido corrigido, novo ciclo de estudos*. https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf

World Health Organization (junho, 2022). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

ANEXOS

ANEXO I – Questionário Audit – Versão Portuguesa



NORMA |
da Direção-Geral da Saúde

QUESTIONÁRIO AUDIT (VERSÃO PORTUGUESA)

No caso de auto preenchimento, para cada questão, circunde o número que melhor corresponda à sua situação.

AUDIT C	Questão	Resposta
1	1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? 0 = nunca 1 = uma vez por mês ou menos 2 = duas a quatro vezes por mês 3 = duas a três vezes por semana 4 = quatro ou mais vezes por semana	<input type="checkbox"/>
	2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal? 0 = uma ou duas 1 = três ou quatro 2 = cinco ou seis 3 = de sete a nove 4 = dez ou mais	<input type="checkbox"/>
	3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido? 0 = nunca 1 = menos de uma vez por mês 2 = pelo menos uma vez por mês 3 = pelo menos uma vez por semana 4 = diariamente ou quase diariamente	<input type="checkbox"/>
	9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido? 0 = não 2 = sim, mas não nos últimos 12 meses 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>
	10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber? 0 = não	<input type="checkbox"/>

GUIA DE UTILIZAÇÃO

Num primeiro momento pode utilizar o AUDIT-C, que inclui apenas as três primeiras perguntas do questionário AUDIT. Se a pontuação obtida for superior a 3 na mulher ou superior a 4 no homem, classifica-se como consumo excessivo de álcool, recomendando-se a realização dos restantes itens do AUDIT, que permite a avaliação do nível de risco e identificar a intervenção a realizar.

Dimensões e conteúdos dos itens do AUDIT

DIMENSÃO E CORRESPONDÊNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO AUDIT		
DIMENSÃO	QUESTÕES	CONTEÚDO DO ITEM
Caracterização do consumo AUDIT C	1	Frequência do consumo
	2	Quantidade
	3	Frequência de consumo elevado
Sintomas de dependência	4	Descontrolo no consumo
	5	Limitações com o consumo
	6	Consumos pela manhã
Consequências do consumo	7	Sentimento de culpa após beber
	8	Blackouts (lapsos de memória)
	9	Consequências para outros, por beber
	10	Preocupação de outros pelo consumo

Adaptado de: WHO (2001), Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, Manual For Use In Primary Care*. Second Edition, World Health Organization.



NORMA |
da Direção-Geral da Saúde

Pontuação do AUDIT e proposta de intervenção

PONTUAÇÃO AUDIT	INTERVENÇÃO
0-7	Educação e informação sobre risco
8-15 (risco)	Aconselhamento simples
16-19 (nocivo)	Intervenção breve + seguimento
20-40 (dependência)	Referenciar para tratamento Serviços especializados em dependências

Adaptado de: WHO (2001), Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, Manual For Use in Primary Care*. Second Edition, World Health Organization.

ANEXO II – Folheto Sobre a Ansiedade

? O QUE É A ANSIEDADE

A ansiedade é um sentimento humano normal.

Todos nós sentimos ansiedade quando nos deparamos com situações que percebemos como ameaçadoras ou difíceis. Se não nos sentíssemos ansiosos em determinadas situações, correríamos o risco de, por exemplo, cair de falésias ou de ficar debaixo de água até nos afogarmos.

Deste modo, podemos considerar que níveis moderados de ansiedade têm um efeito adaptativo porque nos podem motivar para a realização de determinadas tarefas e, conseqüentemente, melhorar o nosso desempenho (por exemplo, a ansiedade antes dos exames aumenta o nível de adrenalina e de outras hormonas associadas ao stress no nosso corpo. Ficamos, por isso, mais alerta e o nosso pensamento é mais claro e focalizado).

Níveis normais de ansiedade raramente são problemáticos, dado que, quando a situação stressante passa, rapidamente voltam ao normal. No entanto, quando a ansiedade é excessiva, somos invadidos por um sentimento de insegurança ou medo, sem fundamento real, que se prolonga no tempo e que nos impede de viver um dia-a-dia normal.

? O QUE DESPOLETA A ANSIEDADE

As dificuldades da vida são normalmente o fator desencadeante da ansiedade. Acontecimentos de vida significativos, mudanças ou períodos de crise pessoal podem desencadear episódios ansiosos.

Alguns exemplos são:

- Saída de casa dos pais;
- Lidar com o stress dos trabalhos/ exames;
- Problemas nas relações familiares e/ou amorosas;
- Solidão;
- Problemas financeiros;
- Dúvidas face ao futuro;
- Consumo excessivo de certas substâncias (álcool, drogas, café, chá, tabaco);
- Situações traumáticas.

Identificarmos o que se está a passar ou o que se está a sentir é o primeiro passo para se conseguir lidar com a ansiedade, no entanto, uma das características dos graus mais elevados de ansiedade, é que não nos afeta a todos da mesma maneira e pode tomar diferentes formas e expressões que importa distinguir:

- **Ansiedade geral** ficar ansioso acerca de muitos aspectos da tua vida;
- **Preocupação** pensar repetidamente num problema para além do que é preciso para encontrar uma solução;
- **Ansiedade específica** ansiedade relacionada com situações concretas – ex. exames, situações sociais, etc.;
- **Fobia** medo excessivo relativamente a uma situação específica, pessoas, objetos ou animal que leva ao evitamento;
- **Hipocondria** ansiedade relativa a poder ficar doente;
- **Ataques de Pânico** despoletar súbito e incontrolável de sintomas ansiosos físicos muito intensos que habitualmente levam a pessoa a ter que sair imediatamente da situação e contexto onde se encontra.

Estas formas de ansiedade podem ser crónicas (prolongadas no tempo), esporádicas (terem surgido no presente e estarem muito ativas), ou uma combinação de ambas.

! SINAIS DE ALERTA

Sintomas Físicos

Arritmias cardíacas (perceção de batimentos cardíacos mais fortes ou mais acelerados), boca seca, respiração ofegante e incapacidade de inalar ar suficiente, transpiração intensa, cefaleias (dores de cabeça), tonturas, indigestão, diarreia, dores musculares e/ou tensão muscular e rigidez das articulações.

Sintomas Psíquicos

Sensação de cansaço, perturbações do sono, sensação de irritação, estar constantemente preocupado, incapacidade de concentração, desconforto geral.

Se estes sinais ocorrem em mais de metade dos dias, durante pelo menos 6 meses e sentes que interferem significativamente no teu funcionamento social e académico ou noutras áreas da tua vida, então deves procurar ajuda especializada.

! DICAS ÚTEIS

Existem alguns paradoxos relativos à ansiedade que deves compreender:

- Podes aumentar os níveis de ansiedade se tentares controlar ou acabar com todos os sintomas;
- Podes chegar à conclusão que manténs a ansiedade porque acreditas ser errado não te preocupares, conseqüentemente ficas mais inseguro se relaxares. Isto é particularmente verdade no caso dos exames, em que as pessoas sentem que algo está errado se não estiverem preocupados;
- Podes ficar irritado por te preocupares, porque isso é algo que não é bem visto.

! O QUE POSSO FAZER

• Não consideres automaticamente o alívio por completo dos sintomas como a única solução. Muita da ansiedade é tolerável e pode inclusive ajudar-te;

• Informa-te sobre a forma como a tua ansiedade se manifesta, podes ganhar se te monitorizares a ti mesmo;

• Identifica o tipo de preocupação que sentes, se esta se manifesta de uma forma particular podes ter que procurar ajuda específica e apropriada;

• Fala com outras pessoas sobre aquilo que sentes ou sobre aquilo que te preocupa. Os outros podem-te dar uma visão diferente para resolveres os problemas/ preocupações. Esta é uma boa estratégia para aliviar a ansiedade;

• Percebe como reages em diferentes situações e identifica as mais problemáticas;

• Enfrenta as situações que normalmente evitas devido à ansiedade, dando pequenos passos e de forma gradual.

• Incorpora em ti uma estratégia de resolução de problemas que consiste em desmantelar situações que te pareçam gigantescas em pequenas partes. Um bom exemplo, é o medo de falar em público: observa como os outros lidam com a situação; informa o teu professor acerca do que se passa; prepara o material a ser apresentado com antecedência; faz uma gravação para que te possas "observar de fora"; pratica a apresentação com a ajuda de um amigo; tenta ficar o mais calmo e relaxado possível no dia da apresentação; e finalmente realiza a apresentação;

• Não descartes por completo técnicas de relaxamento, e/ou de stress, porque vão-te dar uma melhor preparação para lidares com as situações que consideras difíceis.

Tenta compreender a tua ansiedade, e como podes "trabalhar" com ela.

Não existem soluções mágicas para a ansiedade, existem sim, formas de a compreender e de a atenuar. No entanto, é preciso perceber que, muitas das vezes, a ansiedade é como uma espécie de guarda-chuva que esconde outras preocupações internas, e para a "solucionares" tens que pensar com a ajuda de alguém qualificado.

ANEXO III – Escala Das Consequências Da Dependência De Substâncias

Consequências da Dependência de Substâncias (Scriver, Amundson, Sá & Capelas (revisado))						
Severidade das mudanças no estado de saúde e função social devido à dependência de substâncias		Grave 1	Substancial 2	Moderada 3	Leve 4	Nenhuma
1	Tristeza					
2	Isolamento / solidão					
3	Ansiedade					
4	Problemas no relacionamento familiar					
5	Função cognitiva prejudicada					
6	Dificuldade para memorizar acontecimentos da vida					
7	Incapacidade para tomar decisões no dia-a-dia					
8	Dificuldades em cuidar da casa					
9	Redução da atividade física					
10	Manutenção de policonsumos					
11	Falta de motivação para a abstinência					
12	Participação em atividades ilícitas					
13	Preocupação com os seus problemas de saúde					
14	Dificuldades para manter o emprego					
15	Dificuldades para manter-se financeiramente					
16	Absentismo no trabalho ou na escola					

Utente: _____ Data: _____

Total: _____

Consequências da Dependência de Substâncias

Definição do resultado (cód. NOC 1047):

“Severidade da mudança no estado de saúde e função social devido a dependência de substâncias” (Moorhead, Johnson, & Maas, 2008).

1	<p>Tristeza Item subjetivo. Desânimo e frustração em relação a algo, alguém, ou mesmo por motivo desconhecido. Pode-se relacionar com o humor deprimido, sendo no limite a depressão grave. Grau atribuído pelo enfermeiro, ponderando a observação, com a opinião do utente.</p>
2	<p>Sentimentos de isolamento / solidão Item subjetivo. Sensação de vazio e isolamento mesmo podendo estar acompanhada. Pode-se relacionar com o humor deprimido. Grau atribuído pelo utente.</p>
3	<p>Ansiedade Perguntar sobre aquele estado caracterizado por “não estar bem em lado nenhum”, “não estar bem de modo nenhum”, “Inquietação”. Sintomas que antecedem determinado acontecimento ou, decorrentes de situações específicas de <i>stress</i>: como desemprego, perda de ente querido, etc. Grau atribuído pelo doente.</p>
4	<p>Existência de problemas no relacionamento familiar A gravidade segundo a percepção e caracterização do doente. Inclui os problemas no núcleo familiar e na família alargada. A vivência dos problemas face à família alargada depende de como cada pessoa encara, e se sente afetado. Família na conceção do doente, sem necessidade de laços de consanguinidade (OE, 2006).</p>
5	<p>Função cognitiva prejudicada Considerar a escolaridade do utente. Considerar a orientação temporal, espacial e capacidade de contar a sua história pessoal com uma sequência lógica e discurso adequado (Folstein, et al., 1975). Percepção da dificuldade do doente no seu dia-a-dia, quando não se encontra sob efeito de uma substância. Juízo clínico do enfermeiro sobre a função cognitiva.</p>
6	<p>Dificuldade para memorizar acontecimentos da rotina diária Perguntar atividades mais recentes e mais remotas que a pessoa terá feito. Datas importantes para si ex. datas de nascimento dos seus filhos, o que fez há 7 dias atrás? A descrição, de outros aspetos da sua vida, ajuda-nos a classificar a sua memória. Validar com a percepção do utente acerca da sua memória.</p>
7	<p>Incapacidade de tomar decisões no dia-a-dia Classificar a incapacidade de tomar decisões por si, face a rotinas da vida diária e ou decisões no desempenho do seu papel social.</p>
8	<p>Dificuldade para manter residência adequada O utente deve descrever o seu espaço ou a sua casa e os cuidados que tem em termos da sua organização, funcionalidade, limpeza. Atribuir nível de acordo com dados observáveis e relatos do doente. Grave, nos casos que o utente não tenha residência ou esta não tenha os recursos básicos (água, esgotos, luz). Substancial, quando na falta de fatores ambientais e recursos básicos, que possam prejudicar o bem-estar e a saúde. A avaliação, é independente do tamanho ou, tipologia da casa.</p>
9	<p>Redução da atividade física - Avaliar a capacidade de realizar algumas tarefas. Caminhar, trabalhar, exercício físico, tendo em conta a idade e o género. Pode-se ter como comparação, outra pessoa com a mesma idade e género, mas não consumidora de drogas. Atribuir nível tendo em conta relato do doente.</p>
10	<p>Manutenção de policonsumos Nenhuma substância = nenhum 1 substâncias = leve 2 substâncias = moderado 3 substâncias = substancial 4 substâncias = grave Ponderar a atribuição de maior gravidade, face ao número de substâncias, em caso da quantidade diária ser elevada (McLellan, 1992). Considerar o tipo de substância consumida com a situação de saúde atual, por exemplo: consumo de 1 substância por uma mulher grávida = grave; Consumo de THC por pessoa com perturbação psicótica = grave.</p>

(Apêndice do artigo: Seabra, Sá & Amendoeira, 2013. "Consequences of substance addiction: a contribution to the validation of NOC outcomes", Reme: Revista Mineira de Enfermagem 17(3): 673-679.

11	<p>Falta de motivação para a abstinência Nível da motivação atribuída pelo próprio. Clarificar a sua real motivação e não determinada por fatores externos. Atribuir maior gravidade quando o utente não valoriza consumos de álcool, canábis, cocaína. Relacionar com as substâncias consumidas recentemente e verbalizadas pelo utente.</p>
12	<p>Participação em atividades ilícitas Qualquer tipo de atividade ilícita: Tráfico, roubo, abusos físicos, psicológicos e sexuais, violência para obtenção de ganhos pessoais, chantagem para obtenção de ganhos secundários, lenocínio, associação criminosa, homicídios, crimes contra património. Crimes contra pessoas (é sempre grave desde que seja no último ano, mesmo que seja só uma ocorrência) Nenhuma = ausência de atividade ilícita.</p>
13	<p>Preocupação com os seus problemas de saúde Atribuir maior gravidade quando as estratégias dos utentes não estão adequadas à sua situação de saúde. Se o utente tem várias comorbilidades e não está a fazer qualquer tipo de seguimento médico, classifica-se em grave. Se estiver com adesão total a um regime terapêutico classificar em nenhum. Se tem comorbilidades mas tem um cumprimento irregular classificar em moderada. Relativizar face à complexidade da comorbilidade (atribuindo mais gravidade).</p>
14	<p>Dificuldade para manter o emprego Se estiver desempregado há mais de um ano classificar como grave, substancial se tiver perdido o emprego nos últimos 6 meses, moderado no último mês, leve se estiver desempregado há 1 semana, nenhum se estiver empregado. Sempre que o doente esteja desempregado por razões alheias ao consumo de substâncias e estiver numa procura ativa de emprego, reduzir um grau no índice de gravidade.</p>
15	<p>Dificuldade para manter-se financeiramente Grave quando não tem nenhuns recursos financeiros ou quando os recursos não são suficientes para as necessidades mais básicas. Substancial quando tem dificuldade em gerir as necessidades mais básicas. Moderado, quando com os recursos que tem consegue gerir as necessidades mais básicas. Leve quando refere que os recursos não chegam para algumas necessidades mais acessórias. Nenhum quando não revela dificuldade.</p>
16	<p>Absentismo no trabalho ou na escola Caso esteja a estudar ou trabalhar, classificar como grave o absentismo total. Substancial quando o absentismo já colocou em causa o emprego. Moderado quando está com problemas no emprego por absentismo irregular. Leve quando o absentismo é esporádico. Caso o doente não trabalhe, classificar em grave se o consumo de substâncias foi o motivo que o levou a perder o trabalho no último ano. Caso não trabalhe há mais de um ano validar pelas atitudes face a outros compromissos que assume com outras pessoas ou instituições.</p>

$\alpha = 0.854$

(Apêndice do artigo: Seabra, Sá & Amendoeira, 2013. "Consequences of substance addiction: a contribution to the validation of NOC outcomes", Reme: Revista Mineira de Enfermagem 17(3): 673-679.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Tabela Tipo

Situação causadora de ansiedade	Nível de ansiedade – baixo, moderado, elevado	O que senti	Estratégias que utilizei face à ansiedade	Eficácia na diminuição da ansiedade

APÊNDICE II – Estudo Caso JL

Estudo de caso

Identificação

Nome: JL

Idade: 58

Naturalidade: Sintra, Lisboa, Portugal

Habilitações Literárias: 10º ano

Profissão: Desempregado – anteriormente trabalhava como motorista e na reparação de máquinas. Gostava desta profissão

Estado civil: viúvo (desde 2018)

Filhos – 2

Antecedentes Pessoais: HTA e FA

Altura: 1.73m

Peso: 70kg

Antecedentes psiquiátricos familiares: desconhece

Motivo de procurar a ETET: interrupção dos consumos alcoólicos – diagnóstico médico de Perturbação de Uso do Álcool (PUA)

Outras complicações/sintomas associadas à PUA: insónia, tremor dos membros superiores e cabeça, relação conflituosa com o filho mais novo

HISTÓRIA DE VIDA

- Gravidez planeada e desejada, sem intercorrências, por parto normal, em casa, no qual os pais estiveram ambos presentes, juntamente com a parteira;

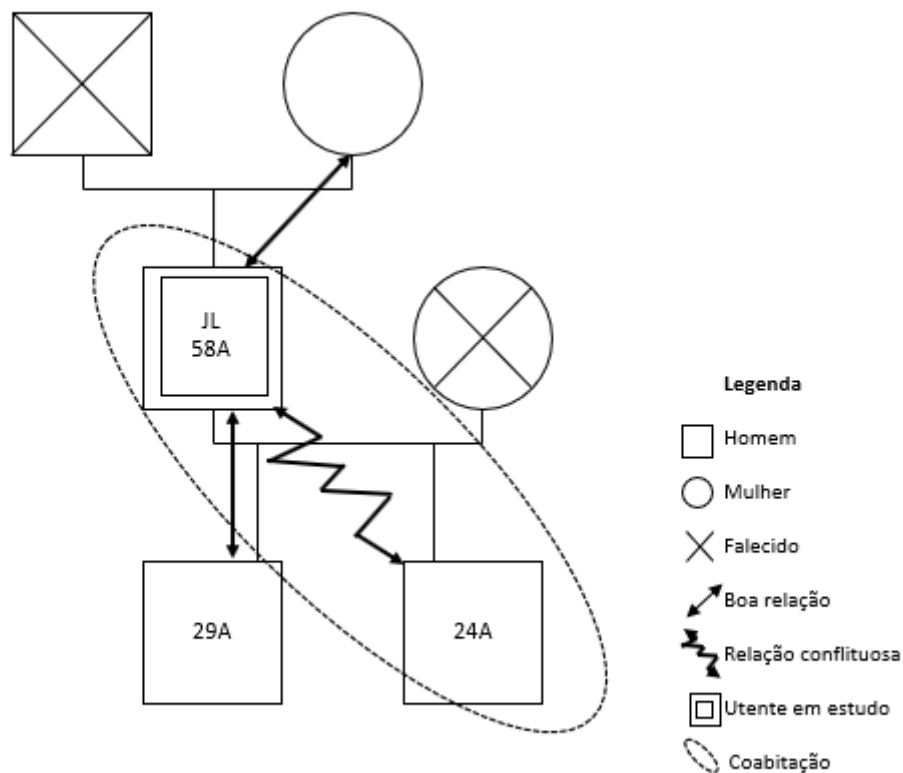


Figura 3 - Genograma sr. JL

No primeiro dia de contacto com a ETET, o sr. JL bebe 3 whiskies e 3 cervejas por dia. Refere que tem vindo a reduzir com o intuito de parar. Apresenta tremores dos membros superiores e cabeça. Insónia. Refere que “bebia para não pensar... para dormir” (sic). Face ruborizada, aspeto geral cuidado e vestuário adequado à estação do ano. Sem outras alterações físicas ou fisiológicas a destacar. Refere sentir-se triste, apresentando humor depressivo e fâcies pouco expressivo. Orientado em todas as referências. Discurso curto e provocado. Pensamento organizado. Sem alterações da perceção. Contacto sintónico. Calmo. Refere alterações de memória, mais precisamente quando tenta evocar um nome, objeto, lugar, que depois mais tarde surge espontaneamente. Crítica parcial para a sua situação: reconhece que beber não é bom para a sua saúde, no entanto apresenta uma motivação de 6 em 10 para parar consumos. Cita fatores externos a si para parar de

beber, como a relação com o filho e o desemprego – fase de Contemplação do Modelo Transteórico da Mudança.

A fase de Contemplação do Modelo Transteórico da Mudança é caracterizada por a pessoa reconhecer um problema e saber que tem de mudar, mas ainda assim não realizou nenhuma alteração relevante na sua vida de modo a corrigir esse problema (Reis & Nakata, 2010).

Dentro das hipóteses terapêuticas apresentadas (internamento em hospital, integração em comunidade terapêutica ou regime de aversivo de álcool em ambulatório) opta por iniciar o aversivo do álcool. Valor questionário AUDIT – 27 Alto risco. Valor escala CDS – 30 (em apêndice).

Medicação habitual: Apixabano 5mg; Bisoprolol 5mg; Sinvastatina 20mg; Lisinopril + HCTZ (20+12.5mg); Neurobion 1cp 1+1+1; Amlodipina 5mg; Cianocobalamina 1mg; Lorazepam 1mg 1+0+1; Quetiapina 50mg – 0+0+1; SOS Loprazolam 1mg para a insónia
Regime Terapêutico na ETET- ½ comp Dissulfiram de 2ª feira a 5ª feira. 1comp Dissulfiram 6ª feira.

Fatores das Relações intrapessoais: viúvo, desempregado, abuso de álcool, alterações na memória, sono e humor. Desconhece alergias. Valores tensionais estáveis (a cumprir medicação).

Fatores das Relações interpessoais: refere ter amigos e relacionar-se bem com a família. Apesar de inicialmente ter conflitos com o filho mais novo, esta relação foi melhorando ao longo do acompanhamento na ETET, o que coincide com a abstinência alcoólica. Classifica como normal a relação com as pessoas no geral. Evita confusões, “sempre que há confusão vou-me logo embora” (sic). Postura defensiva e reservada, discurso curto e provocado, mas no entanto cordial e adequado.


Fatores das Relações extra-pessoais: Vive num prédio no centro da cidade, dispõe de bons acessos a todos os tipos de serviços, incluindo os de saúde, vive em casa própria e tem o seu próprio quarto. Casa com eletricidade, gás e saneamento. Gosta da sua casa. Tem vários tipos de transporte perto de si: barco, autocarro, comboio, táxi.

Ao longo das entrevistas com o sr. JL, foi possível perceber alguns temas importantes para o próprio, tais como a doença e posterior morte da esposa e luto associado, o desemprego e a relação com o filho. No entanto, o sr. JL, apesar de

reconhecer a relevância dos temas para a sua situação atual, não quis abordar nenhum desses temas, tendo sido respeitada a sua vontade. Posto isto, em plano de cuidados surgem apenas focos e diagnósticos que foram trabalhados com o sr. JL.

PLANO DE CUIDADOS

FOCO	PROCESSO DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
Ansiedade	Verbaliza ansiedade; Valor grave na escala CDS, no entanto mantém autonomia nas AVD; Classifica como presente no seu dia-a-dia; Preocupação em chegar a casa alcoolizado	Ansiedade moderada
INTERVENÇÕES		
Identificar situações causadoras de ansiedade Ensinar Sobre Estratégias de Redução da Ansiedade Executar Apoio Emocional Executar Intervenção Psicoeducativa Executar Relação de Ajuda Executar Relaxamento Aplicar Projeto de Intervenção para Gestão da Ansiedade Vigiar Ansiedade (através da escala CDS)		
FOCO	PROCESSO DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
Humor	Fácies triste; Verbaliza tristeza; Discurso curto e provocado	Humor depressivo
INTERVENÇÕES		
Executar Apoio Emocional Executar Entrevista Motivacional Promover Relação de Ajuda		

FOCO	PROCESSO DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
Abuso do álcool	Incapacidade de interromper consumos por si próprio; Sinais de abstinência (tremores); Alterações da memória; Conflitos familiares	Dependência de Álcool demonstrada
INTERVENÇÕES		
<p>Identificar a história do consumo - quantidade de ingestão diária, situações que motivam consumo...</p> <p>Ensinar sobre dependência de álcool, informar sobre a sua problemática e consequências</p> <p>Incentivar cessação do uso de álcool</p> <p>Informar sobre recursos existentes (internamento, comunidade terapêutica, aversivo em ambulatório)</p> <p>Executar entrevista motivacional</p> <p>Executar intervenções psicoterapêuticas (reestruturação cognitiva / modificação do comportamento/ lidar com sintomas como a ansiedade/ identificar fatores de stress e sentimentos negativos que interferem na capacidade de ter comportamentos desejáveis)</p> <p>Vigiar, prevenir e assistir na síndrome de abstinência alcoólica</p> <p>Monitorizar sinais vitais</p> <p>Avaliar uso de álcool (Questionário Audit na admissão)</p> <p>Estabelecer contrato terapêutico e realizar indução + toma assistida do fármaco – Dissulfiram</p> <p>Avaliar valor de álcool no sangue com o alcoolímetro</p> <p>Avaliar impacto do álcool no percurso de vida (Aplicar escala CDS)</p>		
RESULTADOS ESPERADOS		
<p>Que o sr. JL se mantenha abstinente dos consumos alcoólicos</p> <p>Que o sr. JL deixe de apresentar sinais e sintomas de privação alcoólica</p> <p>Que o sr. JL melhore o score nas escalas aplicadas</p> <p>Que o sr. JL demonstre tomada de consciência relativamente à necessidade / importância de permanecer abstinente</p> <p>Que o sr. JL se consciencialize da importância de procurar ajuda quando necessário</p> <p>Que o sr. JL reduza a ansiedade e apresente humor eutímico</p>		
		

Restabeleça a sua vida, nas diversas dimensões, sem a presença do álcool

AVALIAÇÃO

Ao longo do acompanhamento na ETET, o sr. JL conseguiu, em cerca de 3 semanas, as seguintes alterações:

Melhorar o sono

Diminuir o impacto do álcool na sua vida de acordo com a CDS (66 score, anteriormente era de 30)

Abster-se de consumir álcool

Melhorar a relação com o filho mais novo

Sentir-se mais “vivo e alegre” (sic)

Sentir-se menos ansioso, mas quando vê as garrafas no café ainda refere ansiedade

Apresentar um humor eufímico, mantendo apesar de tudo uma postura defensiva

Reconhecer o impacto dos consumos alcoólicos nas diversas dimensões de si

Sobre o seu projeto individual, refere que quer manter a abstinência, que não pensa sobre a possibilidade da recaída e o que o preocupa mais neste momento é não ficar bem. Em termos do padrão de sono, este está compensado desde que iniciou o tratamento na ETET, com a medicação psiquiátrica e a abstinência do álcool.

Após 3 semanas abstinente, refere sentir-se melhor, mais alegre, deixou de “ter a preocupação de chegar a casa bêbado” (sic), a relação com o filho melhorou, sente-se “mais vivo e alegre” (sic), mais organizado. Coloca agora a sua motivação no 9 (0 a 10).

Poderá dizer-se que neste momento o sr. JL encontra-se na fase de Ação do Modelo Transteórico da Mudança. Aqui são colocadas em prática as decisões tomadas de modo a alcançar os objetivos pretendidos, objetivos estes que levam a pessoa à mudança de comportamento (Reis & Nakata, 2010). Essas decisões, e posteriormente ações, foram, na vida do sr. JL: trocar a cerveja e whisky por sumos e água; aderir ao regime medicamentoso proposto pelo psiquiatra; cumprir o contrato terapêutico na ETET. Tudo isto contribuiu para alcançar o seu objetivo inicial, a abstinência. Idealmente, o sr. JL entrará na fase de Manutenção do Modelo Transteórico da Mudança, em que manterá os comportamentos promotores da abstinência alcoólica.

Contrapondo o parágrafo acima, o sr. JL não demonstrou nenhum interesse ou ação na direção de resolver questões centrais que o conduziram ao alcoolismo. É possível que

a sua nova realidade de não estar alcoolizado diariamente ainda esteja a ser “absorvida”, no sentido em que está a reaprender a viver sem o álcool, e que, a seu tempo, realize trabalho interior que promova o autoconhecimento e aumente a compreensão da doença. Também merece destaque o facto de não ter passado muito tempo desde o início da abstinência (cerca de trinta dias). O primeiro ano desde a remissão de consumos é considerado de alto risco de recaída e há até autores que só consideram o termo recaída após um período de noventa dias de abstinência (Marques et al., 2011).

Posto isto, a fase em que o sr. JL se insere no Modelo Transteórico da Mudança é discutível (de se manter na fase contemplativa ou de ação), sendo necessário mais tempo para se conseguir definir com clareza.

No entanto, podemos concluir que o balanço até ao presente momento é positivo, visto que o sr. JL está a cumprir o regime terapêutico, refere melhorias e os instrumentos de avaliação reforçam estas melhoras.

O sr. JL considera a ajuda dos profissionais da ETET como valiosa, referindo como importantes a “mentalização para deixar de beber e esclarecimento de dúvidas”. Reaplicação da escala CDS a 30/11/22 – 66 (em apêndice), melhorando praticamente todos os pontos avaliados na escala.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Marques, M. E., Lourenço, P., & Costa, S. (2011). Risco de recaída numa amostra de adictos portugueses: Da compreensão à intervenção. *Revista Toxicodependências*, 17(2), 77-83.

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

Reis, G. G., & Nakata, L. E. (2010). Modelo transteórico de mudança: Contribuições para o coaching de executivos. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 11(1), 61-72.

