



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica**
Relatório de Estágio

Intervenção Precoce no Primeiro Surto Psicótico
Early Intervention in the First Psychotic Episode

Marina Baptista Pereira



**Lisboa
2024**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

Intervenção Precoce no Primeiro Surto Psicótico
Early Intervention in the First Psychotic Episode

Marina Baptista Pereira



Orientador: Joaquim Manuel de Oliveira Lopes



**Lisboa
2024**

“Acreditar que a nossa própria perspectiva da realidade é a única realidade, é a mais perigosa das ilusões e torna-se ainda mais perigosa se estiver associada a um zelo missionário de iluminar o resto do mundo, quer o resto do mundo deseje ser iluminado ou não.”

Paul Watzlawick (1977)

Agradecimentos

Ao Professor Orientador Doutor Joaquim Lopes pelo apoio, partilha de saberes e disponibilidade.

Aos profissionais que me orientaram durante os estágios, pelas oportunidades de aprendizagem e pela partilha de conhecimentos e de experiências.

Aos colegas de especialidade pelo apoio mútuo e motivação.

E a todos os meus amigos e familiares pela ajuda e compreensão durante todo o percurso.

Abreviaturas e Siglas

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

DUP – Duração da psicose não tratada

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

OMS – Organização Mundial da Saúde

HBSC - *Health Behaviour in School- Aged Children*

Resumo

As perturbações mentais tornaram-se, nos últimos anos, a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades. O primeiro episódio psicótico pode afetar as várias áreas da vida humana, psicológica, social, emocional e física. É particularmente stressante, tanto para a pessoa que o vivencia, como para a família.

A intervenção precoce com a pessoa com primeiro surto psicótico, pode ser aplicada em dois momentos, numa fase prévia ao primeiro episódio psicótico, no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. E após surgir o primeiro episódio psicótico, com intervenções especializadas dirigidas a esta fase.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pode desenvolver dentro da área de competência, intervenções especializadas, ao nível da prevenção, recuperação e reabilitação, integrado numa equipa multidisciplinar.

O presente relatório visa demonstrar o percurso formativo realizado ao longo do estágio, num serviço de psiquiatria de internamento de crise e num contexto comunitário, onde se implementou um projeto com o objetivo central de realizar uma intervenção precoce com a pessoa com primeiro surto psicótico. Incide sobre a análise reflexiva das intervenções implementadas no âmbito da intervenção precoce com a pessoa com primeiro episódio psicótico, valorizando-se a excelência relacional. Utilizou-se uma abordagem descritiva e reflexiva, de forma a realizar uma análise crítica do percurso traçado na aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e de Mestre.

Palavras-Chave: Transtornos Psicóticos, Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental, Processo Psicoterapêutico, Competência Profissional

Abstract

Mental disorders have become, in recent years, the leading cause of disability and one of the main causes of morbidity in societies. The first psychotic episode can affect various areas of human life, including psychological, social, emotional, and physical aspects. It is particularly stressful for both the individual experiencing it and their family.

Early intervention with a person experiencing their first psychotic episode can be applied at two stages: prior to the first psychotic episode, within the scope of mental health promotion and mental illness prevention; and after the first psychotic episode has occurred, with specialized interventions directed at this phase.

The Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing can develop specialized interventions within their area of competence, at the levels of prevention, recovery, and rehabilitation, as part of a multidisciplinary team.

This report aims to demonstrate the training path undertaken during the internship, in an inpatient crisis psychiatry service and in a community context, where a project was implemented with the central objective of early intervention with individuals experiencing their first psychotic episode. It focuses on the reflective analysis of the interventions implemented in the context of early intervention with individuals experiencing their first psychotic episode, emphasizing relational excellence. A descriptive and reflective approach was used to conduct a critical analysis of the path taken in the acquisition and development of competencies by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing and as a Master's degree holder

Key Words: Psychotic Disorders, Nursing Psychiatric, Mental Health, Psychotherapeutic Processes, Professional Competence

Índice

Introdução.....	11
Parte 1: Intervenção Precoce no Primeiro Surto Psicótico	14
1.1. Problemática.....	14
1.2. Enquadramento Teórico	15
1.2.1. O Primeiro Surto Psicótico	15
1.2.2. A Psicose numa Perspetiva Psicodinâmica	17
1.2.3. A Psicose numa Perspetiva Sistémica	21
1.2.4. Programas de Intervenção Precoce	24
Parte 2: Estágio e Intervenções Especializadas	26
2.1. Contexto Comunitário.....	26
2.1.1. Caracterização do Local de Estágio: Saúde Escolar	26
2.1.2. Intervenções especializadas desenvolvidas	28
2.2. Contexto Hospitalar	38
2.2.1. Caracterização do Local de Estágio: Serviço de Internamento de Crise.....	38
2.2.2. Intervenções Especializadas Desenvolvidas	40
2.3. Questões Éticas	50
Parte 3: Desenvolvimento Reflexivo de Competências	52
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	52
3.2. Competências Específicas do EESMP	56
3.3. Competências de Mestre	61
Notas Finais	64
Bibliografia.....	66
Anexo I - Modelo de Betty Newman aplicado	
Anexo II - Sessão 1 “Identidade: Teia”	

Anexo III - Sessão 2 “Proteção: Problemas aos saltos”

Anexo IV - Sessão 3 “Emoções: Cadeia de Emoções”

Anexo V - Sessão 4 “Avaliação”

Anexo VI - Questionário de Avaliação da Sessão

Anexo VII - Plano de Ação: Intervenção Especializada em contexto de Internamento de crise

Anexo VIII - Fase de Orientação – Identificação

Anexo IX - Planeamento das Sessões – Fase de Identificação- Exploração

Apêndice I - Participação na sessão e “Prevenção das adições à Internet e jogos – Programas #WhatsUp_Tu_Decides e #WhatsUp_NetEducando”

Apêndice II - Certificados de participação em Seminários de Prática Especializada

Apêndice III - Certificado de participação Póster no Seminário de Enfermagem de Saúde Mental.

Lista de Figuras e Tabelas

Tabela 1 - Esquema de Intervenção em Saúde Escolar

Tabela 2 – Avaliação sessão 1 – Saúde Escolar

Tabela 3 - Avaliação sessão 2 – Saúde Escolar

Tabela 4 – Avaliação sessão 3 - Saúde Escolar

Introdução

A saúde mental envolve o desenvolvimento ótimo da pessoa no contexto onde se insere, tendo em conta as múltiplas variáveis (biológica, psicológica, social e ecológica), engloba a capacidade para estabelecer relações significativas e gratificantes, participar construtivamente com o meio e investir em realizações sociais, resolver os próprios conflitos internos, incluindo a capacidade de se adaptar e lidar com as adversidades e imprevistos, que num sentido lato corresponde à flexibilidade e adaptação (Sequeira & Sampaio, 2021).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) compreende os processos de sofrimento, de alteração e perturbação mental e as implicações para o projeto de vida do cliente, tem em conta o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. A sua prática é sustentada na evidência científica e apoiada em teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, tendo como fim elevados padrões de qualidade no cuidar (Regulamento nº 356/2015). A formação para EESMP, corresponde ao Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que permite uma formação teórica, científica, técnica e humana para uma prática de cuidados especializados em situações de elevada complexidade. Engloba os contextos de estágios, que em articulação com a etapa teórica, são uma oportunidade para o desenvolvimento de competências especializadas na clínica, gestão, supervisão e investigação associados à enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. O relatório final é desenvolvido durante os estágios e permite documentar o projeto de desenvolvimento de competências, é de cariz científico e profissional.

O projeto é um plano de trabalho, que permite resolver ou estudar um problema, que preocupa os intervenientes. Desenvolve-se num determinado quadro e é contextual, prescritivo e normativo. Inicia-se com a identificação de problemas ou necessidades, posteriormente, definem-se objetivos, planeiam-se e organizam-se ações no tempo e mobilizam-se recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado. O objetivo central da metodologia de projeto é a resolução de problemas, onde se desenvolvem capacidades e competências pessoais e profissionais. Constitui a ponte entre a teoria e a prática (Ruivo et al., 2010).

Desta forma, o relatório tem como objetivo relatar o desenvolvimento de competências e de aprendizagens efetuadas. A temática central do projeto é a Intervenção Precoce com a Pessoa com Primeiro Surto Psicótico. O interesse por esta problemática surgiu no primeiro contexto de estágio, realizado num internamento de crise de pedopsiquiatria com adolescentes e jovens adultos, no qual, existia uma prevalência significativa de situações de primeiro surto psicótico. Este período é particularmente importante, pois é crucial para a formação da adesão ao tratamento, intrinsecamente associado ao *insight* (González-Blanch et al., 2014). A intervenção precoce permite adaptar a intervenção às diferentes fases, ou seja, é possível intervir na fase prévia à sintomatologia psicótica ou após o início do primeiro episódio psicótico, contribui para reduzir comorbilidades e aumentar os níveis de funcionamento geral e qualidade de vida (Power, 2017; Levy & Coentre, 2014).

Em termos metodológicos foi realizada uma revisão narrativa, de forma a enquadrar a problemática e consubstanciar a prática especializada em cada um dos contextos de estágio. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados científicas: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete* e *Psychology and Behavioural Sciences Collection*, em repositórios científicos: RCAAP e literatura cinzenta. As palavras-chave utilizadas: *Psychotic Disorder; Nursing Interventions; Early Intervention. Psychotherapy interventions*.

O relatório é dividido em três partes, a primeira parte corresponde à apresentação da problemática central e ao enquadramento teórico, engloba a explicação dos conceitos de primeiro surto psicótico e intervenção precoce e os modelos teóricos pertinentes, designadamente, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e o Modelo de Sistemas de Betty Newman. A segunda parte corresponde ao projeto aplicado em estágios, com a caracterização destes e as intervenções especializadas que foram desenvolvidas. O estágio foi realizado em dois contextos, o contexto comunitário, em particular a saúde escolar, no qual a intervenção desenvolvida, foi de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, e o segundo contexto foi hospitalar, internamento de crise, pelo que a intervenção precoce foi realizada após o início do primeiro episódio psicótico, uma intervenção em crise.

Na terceira parte é realizada uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) e de competências de 2º Ciclo. Neste capítulo pretende-se realizar uma análise às atividades realizadas durante a prática clínica especializada, com recurso à reflexão e reconhecimento das competências desenvolvidas, pois o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas.

O documento está redigido de acordo com a última versão APA (7ª edição).

Parte 1: Intervenção Precoce no Primeiro Surto Psicótico

1.1. Problemática

Os episódios psicóticos são transversais a diversas patologias psiquiátricas, nos primeiros surtos psicóticos não existe um diagnóstico definitivo, torna-se fundamental compreender a história pessoal e de desenvolvimento do indivíduo e os fatores considerados de risco para a psicose. Pois, sabe-se que a perturbação psicótica é um processo multidimensional e dinâmico, o resultado é ditado pelo acúmulo de vários fatores de risco que interagem ao longo do tempo (Power, 2017).

A psicose está associada a uma incapacidade considerável, que afeta o funcionamento pessoal, familiar, social, educacional e ocupacional. Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), afeta aproximadamente 24 milhões de pessoas em todo o mundo. O termo psicose refere-se à perda do contacto com a realidade, inclui sintomas psicóticos que são as alucinações, delírios, desorganização do pensamento e fala, comportamentos bizarros e inapropriado, incluindo a catatonia. Pode relacionar-se ainda com alterações do humor e do funcionamento cognitivo, como a memória e concentração e isolamento social (Gouveia et al. 2023; Tamminga, 2022).

Em média cerca de 80% das apresentações do primeiro episódio de psicose ocorrem em jovens com idades entre os 16 e os 39 anos, com uma idade média de 19 anos nos homens e 22 anos nas mulheres. Aproximadamente 20 a 30% das pessoas que experimentam o primeiro aparecimento da psicose são um perigo para si próprios ou para os outros. Cerca de 10 a 15 % das pessoas com psicose cometem suicídio, sendo que o risco é maior durante o estadio inicial da psicose (Goldner-Vukov et al., 2007).

A perda de contacto com a realidade pode consistir numa experiência traumática para a pessoa. O primeiro surto psicótico pode ser particularmente stressante e confuso para a pessoa e para a família, pois é uma situação desconhecida e há dificuldade em a compreender. O facto de, habitualmente o primeiro surto ocorrer em adolescentes ou em jovens adultos, uma etapa importante no desenvolvimento da identidade, independência, de relacionamentos e planos vocacionais a longo termo, pode trazer consideráveis disrupções e desenvolver

numerosos problemas secundários aos vários níveis (ORYGEN Youth health, 2002).

Um episódio psicótico pode isolar a pessoa dos outros e perturbar os relacionamentos. O desenvolvimento pessoal e social da pessoa será suspenso e poderá inclusive retroceder. Há um comprometimento em termos de desempenho escolar e profissional, podendo causar danos profundos às perspetivas futuras em termos vocacionais. O impacto familiar pode causar tensão, rutura de relacionamentos e aumento da morbilidade psicológica entre familiares. Pode intensificar-se o abuso de substâncias e aumentar o risco de suicídio. Assim, quanto mais tempo a doença permanecer sem tratamento, maior o risco de descarrilamento permanente da vida psicossocial da pessoa em desenvolvimento (ORYGEN Youth health, 2002).

A intervenção precoce na psicose baseia-se em dois constructos centrais: a hipótese do período crítico e a duração da psicose não tratada (DUP). A primeira hipótese propõe que a deterioração ocorre agressivamente durante os primeiros anos da psicose, com relativa estabilidade subsequente, pelo que o tratamento é muito mais eficaz nos primeiros 3 a 5 anos da doença, a intervenção desenvolvida nesta fase permite um prognóstico e uma evolução da doença com melhores resultados. A hipótese da DUP que compreende o período desde o início dos sintomas até ao início do tratamento, pressupõe que o potencial de recuperação da pessoa diminui à medida que a duração aumenta, constituindo um preditor objetivo dos resultados (Gouveia et al. 2023).

1.2. Enquadramento Teórico

1.2.1. O Primeiro Surto Psicótico

O primeiro surto psicótico tem repercussões clínicas significativas como delírios, alucinações, agitação psicomotora, pensamento e comportamento desorganizado. As fases do primeiro surto psicótico foram identificadas como fase prodrómica, fase aguda e fase de recuperação (Goldner-Vukov et al., 2007).

A fase prodrómica é o momento em que os sintomas ainda não se manifestaram, no entanto é considerado um estado mental de risco. Esta fase pode ter a duração de semanas, meses ou anos, e podem manifestar-se sintomas menos pronunciados, sendo difícil a identificação desta fase. O pródromo que significa

“precursor de um evento” pode ser entendido como o intervalo de tempo, desde o início dos sintomas comportamentais incomuns, até ao início dos sintomas psicóticos já reconhecidos pela pessoa, família ou outros. Antes deste período, existe a fase pré mórbida, em que podem existir precursores pré mórbidos da psicose, que podem ser relevantes para a deteção e intervenção precoce. Estes precursores referem-se aos fatores de risco, fatores etiológicos como a história prévia de doença mental familiar, história de desenvolvimento, défice neuro comportamental, separação precoce parental, institucionalização, funcionamento familiar comprometido. (Goldner-Vukov et al., 2007).

Os primeiros sintomas são inespecíficos, surgem as alterações do sono, humor depressivo, humor ansioso, irritabilidade, diminuição da atenção, isolamento social, deterioração do funcionamento, uso de substâncias, entre outros. Como tal, sendo inespecíficos é difícil de prever que tais sintomas possam evoluir para doença psiquiátrica (Levy & Coentre, 2014; Goldner-Vukov et al., 2007).

A fase aguda ocorre quando a pessoa apresenta sintomas ativos de psicose. E a fase de recuperação é caracterizada como um estado mental mais estável em que a pessoa desenvolve alguma consciência de si ou da necessidade de recuperar o sentido de si mesmo (Goldner-Vukov et al., 2007).

O período crítico engloba os primeiros cinco anos, desde a fase prodrómica até à fase aguda, considera-se que neste período o resultado do primeiro surto psicótico consolida-se. Existem fatores que influenciam o percurso da doença como a gravidade, duração e tipo de psicose, características afetivas e negativas complicadoras, influência de problemas comórbidos e pré mórbidos como o uso de substâncias, as características individuais, a resiliência, a reação e o comportamento de procura de ajuda da pessoa afetada, a exposição a influências ambientais, *stress*, reações familiares e sociais, estigma, os tratamentos e efeitos colaterais e a rede de apoio disponível (Goldner-Vukov et al., 2007; Power, 2017).

A DUP compreende o intervalo de tempo desde o início da psicose e o início do tratamento, existe ainda alguma controvérsia sobre a determinação do tempo inicial, alguns autores defendem que o início da psicose é quando existem sintomas psicóticos mesmo que transitórios ou pouco consistentes, ao passo

que outros autores consideram que é necessário que os sintomas sejam mantidos por um período definido. Embora não exista consenso acerca do início, existe evidência de que quanto maior for a DUP, pior é o prognóstico, com maior morbidade associada, sofrimento e recorrência. Existem vários fatores que influenciam a DUP, nomeadamente fatores associados à pessoa e família, como a não identificação dos sintomas apresentados e a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. Considera-se que a DUP é um dos poucos fatores passíveis de ser modificado em relação à psicose, tendo um interesse na intervenção terapêutica. Foram desenvolvidos vários programas para reduzir a DUP, num dos programas aplicado na Escandinávia, no qual combinavam medidas de educação públicas gerais sobre a doença e a maior facilidade aos cuidados de saúde diferenciados, verificou-se que era possível reduzir cerca de 10 semanas este período (Levy & Coentre, 2014).

É ainda importante compreender, que a experiência psicótica é variável, determinada pessoa pode ouvir com nitidez uma voz a falar do exterior da sua cabeça, outra pode ter a impressão, de que os pensamentos se imiscuam no seu espírito, e uma terceira pode sentir que os seus pensamentos são mais fortes do que o habitual, ficando na dúvida se os seus pensamentos podem ser ouvidos por terceiros. Pode-se considerar, que para além de uma experiência qualitativamente diferente da norma, os sintomas psicóticos têm uma variação quantitativa de mecanismos cognitivos normais. Esta nova conceção das ideias delirantes e das alucinações permitiu o desenvolvimento de diferentes terapias para os sintomas psicóticos (Favrod & Maire, 2014).

1.2.2. A Psicose numa Perspetiva Psicodinâmica

Numa perspetiva psicodinâmica, Coimbra de Matos (2014) fala-nos sobre os três níveis da organização psíquica e que representam a relação objetal global. Articulou a psicose com a primeira fase (indiferença), em que há um desinvestimento regressivo da realidade objetal. A depressão e o estado limite, com a segunda fase (anaclitismo), e a neurose como um período de autonomia e diferenciação. O bebé “nasce em psicose”, como se existissem dois bebés, o saciado e o desconfortável. É a mãe, suficientemente boa, que cria uma constância e previsibilidade nos cuidados, possibilitando o senso de coesão no

Self, o bebê começa a perceber que é um só. A falta de cuidados ou cuidados em excesso, não permite ao bebê criar um senso de si.

Winnicott reflete sobre a condição inicial do bebê como um ser frágil, finito, que precisa de outro ser humano para continuar a existir, nestes momentos iniciais não consegue distinguir o seu Eu, daquilo que é “não Eu”. Não há uma distinção entre o interno e o externo, entre o próprio e não próprio. O bebê no início tem necessidades e problemas relacionados com as garantias da sua integração no tempo e espaço, até que possa criar a distinção da realidade interna e externa, das coisas e de si mesmo (Franco, 2005).

Para Winnicott as bases para a saúde mental são lançadas na primeira infância por uma mãe dedicada ao filho. Considera que é um momento delicado, se surgir um fracasso importante, pode resultar em organizações defensivas contra a confusão e a não integração. Se a mãe for capaz de realizar uma adaptação ativa e sensível às necessidades do seu bebê, este pode permanecer protegido do ambiente até realizar um movimento espontâneo e “tocar” no ambiente, descobrindo e construindo um “não Eu”. Por outro lado, se o ambiente não se adaptar ao bebê e entrar no mundo psíquico do bebê por sua iniciativa, o bebê vive a experiência como uma invasão e defende-se. A defesa é o isolamento com vista a readquirir uma sensação de continuidade e de proteção (Franco, 2005).

No caso de este desenvolvimento inicial não decorrer de forma satisfatória, surge uma cisão, onde uma vida secreta estabelece pouco ou nenhum contacto com a realidade. Várias perturbações podem surgir das insuficiências iniciais, por exemplo, a experiência de um indivíduo não se sentir alojado no próprio corpo, uma sensação de desintegração que o ameaça e este torna-se paranoico por qualquer causa (Franco, 2005).

Para Winnicott a técnica de tratar pessoas que tiveram esta experiência de falha no ambiente, deve incluir a atitude que não foi experimentada pelo bebê, ou seja, uma adaptação sensível e ativa às suas necessidades psíquicas (Franco, 2005).

Segundo Freud, tanto na neurose como na psicose há conflitos na relação do sujeito com o mundo externo, no entanto, os mecanismos e as consequências serão diferentes nos dois casos. Na neurose os conflitos referem-se à relação entre o ego e o id, recorrendo ao mecanismo de recalque de forma a barrar os

impulsos do id, causando um distanciamento da realidade pulsional. Na psicose há uma rejeição radical da realidade social, há uma primazia do id, uma fuga do ego em relação ao mundo externo. Assim, a neurose não repudia a realidade, ignora-a. Na psicose há um repúdio da realidade e uma tentativa de substituí-la (Coimbra de Matos, 2007).

Os mecanismos de defesa também diferem, na neurose quando há um fracasso nas ações do recalque, há um retorno por meio das formações inconscientes, ou seja, através dos sonhos, sintomas, lapsos, transferência e atos falhados. Já na psicose o retorno do que foi rejeitado a partir de dentro retorna a partir de fora, em forma de alucinações e delírios. As consequências são diferentes, na neurose a perda é relativa ao id, uma perda na dimensão pulsional relativa ao desejo. Na psicose, a perda é relativa ao mundo externo, portanto há uma perda da dimensão simbólico-social. O acontecimento ou relação patogénicos não foram simbolizados, não tiveram acesso ao significado. Na psicose não existe o simbólico, há uma fragmentação, não tem crítica mórbida nem *insight*, estão presentes alucinações e delírios (Coimbra de Matos, 2014; Coimbra de Matos, 2007).

Lacan diferenciou os termos recalque e supressão, se com o recalque o sujeito pode ter acesso a conteúdos suprimidos, o que acontece com a psicose é da ordem de supressão, não é apenas o conteúdo que sofreu supressão, mas a ordem simbólica. Na psicose o retorno do clivado vem pela ocorrência delirante, a alucinação, o ato impulsivo ou a enação, o ataque de pânico ou raiva. O reconhecimento do inconsciente clivado é particularmente difícil. Na relação analítica, o clivado pode aparecer à sombra da reação terapêutica negativa, em *acting-out* transferencial e sob a forma de contra identificação projetiva (Coimbra de Matos, 2007). Na identificação projetiva, o objeto transferencial não é investido como se fosse o original, mas confundido com o original, ou seja, o objeto interno é “alucinado” no analista.

Para Freud o delírio na psicose é comparado ao trabalho de construção, pode ser visto como uma forma de tentativa de explicação e cura, tem uma função organizadora na psicose e todo o delírio tem um fragmento de verdade (Franco, 2005). A posição do analista que o acompanha deve ser a de secretário, dispões-se a escutar o sujeito, sem jamais interpretar. O papel do analista é escutar

simplesmente, sem a preocupação de querer compreender o que ouve e sem a ocupação de interpretar pelo sentido, afinal essa função cabe ao delírio nas suas conexões com o sujeito (Silva e Castro, 2018).

Os fenómenos em saúde mental, são fenómenos da mente, englobam as dimensões do consciente e do inconsciente, manifestam-se e expressam-se na comunicação e no comportamento, requerem assim uma interpretação, tanto no seu significado individual como no seu significado profissional. Um enfermeiro com orientação psicodinâmica, trabalha a partir da premissa de que as pessoas desenvolvem mecanismos de defesa como forma de manter sentimentos, memórias e experiências dolorosas, afastadas. Portanto, o enfermeiro na sua prática, provavelmente tenderá a encorajar os clientes a reverem as suas emoções, explorarem os seus pensamentos e relatar as suas primeiras experiências de vida (Lopes & Cutcliffe, 2018).

Peplau, pioneira na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, desenvolveu a sua teoria com base na relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o cliente, na qual existe um processo de crescimento e aprendizagem mútua, sendo o principal objetivo a facilitação do processo de resolução de problemas, potenciando a capacidade de satisfação das próprias necessidades (George, 2014).

A teoria de Peplau engloba quatro fases: a orientação, identificação, exploração e resolução, podendo ser comparada ao processo de enfermagem no sentido que ambos são sequenciais e enfocam a interação terapêutica. As fases da relação interpessoal segundo George (2014) são as seguintes:

Orientação é a fase inicial, em que o enfermeiro e o cliente são como estranhos. O cliente tem uma necessidade percebida (o que pede), no entanto é fundamental que em conjunto se identifique a necessidade (o foco). Quando o cliente sente conforto no ambiente de ajuda, avança-se para a próxima fase

Identificação, durante esta fase, a resposta de cada cliente pode ser diferente, tanto o cliente, quanto o enfermeiro devem esclarecer as suas perceções e expectativas. Nesta fase o cliente começa a ter a sensação de pertença e de ser capaz de lidar com o problema, começando a diminuir sentimentos de desesperança e desamparo.

Exploração, nesta fase, o cliente tira vantagem de todos os serviços disponíveis, começa a ter controlo sobre a situação. Pode ter um comportamento entre dependência e independência, que pode trazer ansiedade. O papel do enfermeiro é de proporcionar uma atmosfera de aceitação e de apoio, de forma que a pessoa se torne mais autoconsciente e comece a usar os seus pontos fortes para minimizar as fragilidades.

Resolução é a última fase do processo interpessoal de Peplau, as necessidades do cliente já foram preenchidas e é necessário terminar o relacionamento terapêutico. Pode ser difícil dissolver o vínculo, tanto para o cliente, como para o enfermeiro. Se a fase não tiver um término bem-sucedido, pode existir ansiedade e aumento de tensão. É necessário, que tanto o cliente, como o enfermeiro, se tornem independentes e no final do processo, tenham se tornado indivíduos mais fortes e amadurecidos.

1.2.3. A Psicose numa Perspetiva Sistémica

A perspetiva sistémica surge num modelo baseado na teoria geral dos sistemas e da ecologia social, que afirma que a perturbação é uma configuração de respostas psicológicas e fisiológicas ao *stress* social. O comportamento patológico é visto como a falência dos processos de confronto e adaptação (Teixeira, 2005). O mesmo autor refere, que no meio social existem fatores que podem ser fontes de *stress* para o indivíduo. Este, ao confrontar-se e interagir com essas fontes de *stress*, coloca em marcha os processos psicológicos que podem ser, ou não, adaptativos. A não adaptabilidade está relacionada com o facto de essas fontes serem excessivamente intensas (perda de controlo), o indivíduo não conseguir ter estratégias de controlo eficazes (fracasso no confronto) ou devido à fraqueza do suporte social (falta de suporte). Assim, pode-se considerar, que o comportamento patológico ocorre quando há falência dos processos de conforto e de adaptação.

Na enfermagem surge o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, este modelo é caracterizado por ter uma abordagem de sistemas abertos e dinâmicas. Inicialmente foi desenvolvido com o objetivo de definir os problemas de enfermagem e permitir uma melhor compreensão do cliente em interação com o ambiente. Enquanto sistema, o cliente pode ser o indivíduo, família, comunidade grupo ou outro assunto (Freese, 2004).

O sistema cliente com o seu desenvolvimento e crescimento vai-se tornando mais complexo e vai desenvolvendo trocas com o ambiente recíprocas, negativas ou positivas podendo encontrar-se um equilíbrio entre eles. No Modelo de Neuman existem linhas de defesa: linha de defesa flexível que no esquema corresponde ao anel externo quebrado, descrita como um acordeão que se afasta ou se aproxima da linha normal de defesa, serve como amortecedor, para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar, é dinâmica, uma vez que pode ser alterada num curto espaço de tempo. A linha de defesa normal é o círculo sólido exterior do modelo, representa a estabilidade ao longo de tempo e é considerada o nível habitual de estabilidade para o sistema ou estado de bem-estar. Esta linha pode modificar-se ao longo do tempo como resultado das estratégias de *coping* do cliente. As linhas de resistência são uma série de anéis quebrados que circundam a estrutura nuclear básica, tornam-se ativas quando a linha normal de defesa é invadida pelos stressores ambientais. Se estas linhas forem eficazes o sistema pode reconstituir-se, caso não sejam pode levar à morte. (Freese, 2004 & George, 2000).

Segundo os mesmos autores, mediante as fases e reações do sistema, Neuman define três níveis de prevenção usados para manter o equilíbrio: primário, secundário e terciário. Sendo que descreve prevenção como uma ação intencional para ajudar a pessoa a reter, atingir e manter a estabilidade do sistema. A prevenção primária ocorre antes do sistema reagir a um stressor, tem como foco o fortalecimento da linha flexível de defesa através da prevenção do *stress* e da redução dos fatores de risco, inclui a promoção da saúde, a imunização, a educação de saúde, o exercício e as modificações no estilo de vida. A prevenção secundária ocorre após o sistema reagir ao stressor e envolve intervenções ou tratamentos adequados aos sintomas apresentados, tem como objetivo o fortalecimento das linhas internas de resistência, reduzindo a reação e aumentando os fatores de resistência, protegendo a estrutura básica. E a prevenção terciária surge após o sistema ser tratado, centra-se no reajustamento com vista à estabilidade do sistema do cliente, tem como finalidade manter o bem-estar, proteger a reconstituição do sistema através de pontos fortes de apoio e continuando a conservar a energia, tende a levar de volta à prevenção primária. A reconstituição é entendida como um retorno e manutenção da

estabilidade do sistema, seguindo o tratamento da reação stressante, que pode resultar num nível de bem-estar superior ou inferior relativamente ao estado anterior à invasão do stressor (Freese, 2004).

Neuman baseia o seu modelo de sistema na interação constante entre a pessoa, com as suas variáveis - fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais - com o ambiente ou stressores ambientais, que podem ser interpessoais, intrapessoais e extrapessoais. Nessa interação o cliente procura o seu bem-estar ou a estabilização/satisfação das suas necessidades. A linha normal de defesa pode ser usada como um padrão para a medição do desvio de saúde (Freese, 2004).

A enfermagem tem um papel essencial neste modelo, uma vez que é uma profissão única que vê a pessoa como um todo, com as suas variáveis e promove que a pessoa seja pró-ativa na procura contínua do seu bem-estar, atua aos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Freese, 2004).

No que diz respeito à compreensão de fenómenos da saúde mental, o uso das bases teóricas deste modelo na prática de enfermagem, permite compreender e reconhecer a complexidade do todo através das suas partes. O modelo desenvolve-se e tem aplicabilidade considerando os três eixos: cliente, stressores e a sua reação aos mesmos, no sentido de compreender o sistema que interage com o ambiente (George, 2014; Figueiredo & Amendoeira, 2019). Na sua abordagem, o foco encara as necessidades humanas de proteção e alívio do stress, traduzindo-se num equilíbrio dinâmico, que pode ser proporcionado pelo enfermeiro, na medida em que este identifica problemas e metas, e propõe estratégias de (re)adaptação e prevenção, para dar resposta ao estímulo stressor (Albuquerque & Borges, 2021).

Na compreensão do primeiro surto psicótico é fundamental uma visão sistémica. O surgimento da psicose é multifatorial, Neuman baseia o seu modelo de sistema na interação constante entre a pessoa, com as suas variáveis, e o ambiente ou stressores ambientais, que podem ser interpessoais, intrapessoais e extrapessoais. Este modelo fornece uma visão sistémica da pessoa e contexto (Freese, 2004).

1.2.4. Programas de Intervenção Precoce

As perturbações psicóticas são doenças graves, que tipicamente têm início na adolescência e na idade adulta jovem, considerados períodos sensíveis do desenvolvimento. O conceito de intervenção precoce tem demonstrado resultados favoráveis na evolução da doença, sendo que desde 1990, existe um esforço para aumentar a evidência científica que demonstre os benefícios no prognóstico. A intervenção precoce pode ser efetuada em dois tempos, na sintomatologia prodrómica da psicose e após o início do primeiro episódio psicótico (Levy & Coentre, 2014).

A recuperação é mais do que a remissão dos sintomas psicóticos e o retorno ao funcionamento pré mórbido. Exige mudança e adaptação, é preciso abordar os antecedentes que desencadearam a psicose. Se a psicose é o resultado de uma série de fatores de risco acumulados ao longo do tempo (genética, insultos precoces no neuro desenvolvimento, traumas na infância, drogas na adolescência, *stress*) então abordar estas questões é parte importante da recuperação a longo prazo e na prevenção de recaídas. Ao passo que retomar ao mesmo conjunto de circunstâncias e estilos de vidas, que originalmente precipitaram o episódio psicótico, pode ser o desfecho menos saudável. A recuperação inclui as dimensões emocional e psicológica. É necessário lidar com o choque de perder o contacto com a realidade, o constrangimento, a reconexão à realidade, dar sentido ao que aconteceu, retomar a rotina, restabelecer os objetivos, a reputação, a autoestima e a rede social. Ou seja, não tem de ser necessariamente o retorno à trajetória de desenvolvimento anterior, mas sim a adaptação a um novo conjunto de circunstâncias (Power, 2017).

Ao longo dos anos foram-se desenvolvendo equipas multidisciplinares com programas de intervenção precoce em vários países. Os objetivos centrais destes programas são intervir nas fases iniciais da doença, reduzindo ao máximo a DUP, oferecer um tratamento completo que inclui intervenções farmacológicas e não farmacológicas e psicoeducação para a família, promover a recuperação e melhorar o prognóstico e evolução da doença. Assim, os resultados esperados são a deteção precoce e redução da duração da psicose não tratada, sintomas menos graves e menos suicídios e mortes, menor risco de progressão para

níveis avançados de psicose, taxas mais elevadas de recuperação e prevenção de recaídas, menos hospitalizações, maior satisfação dos clientes e envolvimento com os serviços, melhores níveis de funcionamento geral e qualidade de vida, redução de custos (Power, 2017).

O modelo de intervenção precoce não se concentra apenas no tratamento dos sintomas e distúrbios, abrange todo o espectro de bem-estar de uma pessoa. Engloba a equipa multidisciplinar com acompanhamento terapêutico farmacológico e não farmacológico. Sendo fundamental que exista uma aliança terapêutica que envolva a pessoa, família e suporte social existente. A pessoa com patologia psicótica revela pouco *insight* e má adesão ao regime terapêutico. O envolvimento da família é particularmente importante, não só para assegurar a continuidade do tratamento, mas também pelo impacto desta patologia, sendo significativo nas suas vidas, com níveis elevados de angústia, sentimentos de perda ou luto. As intervenções familiares de pessoas com primeiro surto contribuem para melhorar a emoção expressa e o *stress* psicológico. Intervenções psicoeducacionais para os cuidadores são um preditor de melhores taxas de prevenção de recaídas, bem como na promoção da recuperação (Gouveia et al. 2023; Levy & Coentre, 2014; Goldner-Vukov et al., 2007).

O acompanhamento posterior torna-se fundamental, uma vez que existem comorbilidades que podem surgir após o primeiro surto psicótico, como por exemplo, a depressão pós psicótica, suicídio, défices cognitivos e sintomas negativos, efeitos indesejados do tratamento, reações psicológicas incapacitantes como a autoestigmatização (Power, 2017).

Parte 2: Estágio e Intervenções Especializadas

2.1. Contexto Comunitário

2.1.1. Caracterização do Local de Estágio: Saúde Escolar

O estágio da comunidade decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Esta UCC presta cuidados à comunidade num conjunto de freguesias que abrange cerca de 106 mil habitantes. A UCC articula-se com seis Unidades de Saúde Familiar, uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Apoio à Gestão.

A equipa multiprofissional da UCC é constituída por enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, médico e higienista oral. A equipa de enfermagem é composta por treze enfermeiros, três são EESMP. A equipa tem áreas de intervenção específica, nomeadamente na área da saúde escolar, cuidados continuados e projetos desenvolvidos na área da saúde do adolescente (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

A intervenção é dividida em duas áreas centrais, a Gestão da Doença (Saúde Mental, Doença Crónica, Reabilitação, Abordagem Paliativa) e a Intervenção Comunitária (Saúde Escolar, Intervenção Precoce, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovem em Risco, Comissão de Proteção de Jovens em Risco, Rede Social, Núcleo Local de Inserção e Equipa de Prevenção de Violência em Adultos) (Serviço Nacional de Saúde, 2023).

No âmbito da Saúde escolar, cada enfermeiro trabalha com um Agrupamento de Escolas que engloba o pré-escolar, 1º, 2º e 3º ciclo de escolaridade. Na comunidade escolar são desenvolvidos os projetos “Trilhos”, “Eu e os Outros”, “Quem quer comandar?”, “Tás em rede”, “Whatsup” (projeto desenvolvido pela Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos) e + Contigo (projeto desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e conta com o apoio do Hospital D. Estefânia). O programa + Contigo é implementado por EESMP.

A Intervenção Precoce na Infância diz respeito a um conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família e inclui ações preventivas e

reabilitativas, no âmbito da educação, da saúde e da ação social (Decreto-Lei nº 54/2018).

O Decreto-Lei nº 281/2009 criou um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, que corresponde a um conjunto organizado de entidades institucionais, com vista a garantir as condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitem o crescimento pessoal, social e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como as crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. A atuação deste sistema é coordenada pelos Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social, da Saúde e da Educação com o envolvimento das famílias e da comunidade. Abrange crianças dos 0 aos 6 anos e respetivas famílias. Cabe ao Ministério da Saúde assegurar a deteção, sinalização e acionamento do processo de intervenção precoce, encaminhar as crianças para consultas ou centros de desenvolvimento para efeitos de diagnóstico e orientação especializada, designar equipas de coordenação regional e assegurar a contratação de profissionais para a constituição de equipas de intervenção precoce na rede de cuidados de saúde primários e nos hospitais. Na UCC a equipa de Intervenção Precoce é constituída por elementos dos três ministérios, na área da saúde participa um EESMP. As situações são referenciadas por outras entidades para a equipa, semanalmente é realizada uma reunião, na qual cada caso é discutido e associado a um gestor de caso, tendo em conta as necessidades prioritárias da criança e família. Cada gestor pode pedir consultadoria a outros membros da equipa para trabalhar determinadas necessidades que precisem de outra matriz de competências. Como preconizado, abrange crianças dos 0 aos 6 anos, que estejam em domicílio, instituições solidariedade social e em instituições privadas. As crianças que frequentam as escolas públicas têm uma equipa nas escolas de Necessidades Especiais que permite dar resposta. Após os 6 anos, a criança tem alta da intervenção precoce, no entanto, o caso é transmitido ao agrupamento de escolas e à equipa de saúde escolar, com o consentimento do tutor legal, o que permite uma continuidade no processo de intervenção. Nesta fase é o enfermeiro da Saúde Escolar, em articulação com a escola e a família, que realiza o Plano Saúde Individual, no qual é feito um breve acolhimento sobre a história de doença da família e da criança, história de desenvolvimento da

criança, acompanhamentos e medidas necessárias para a escola. Permitindo estabelecer objetivos e intervenções adequadas às necessidades da criança e família.

2.1.2. Intervenções especializadas desenvolvidas

A adolescência apresenta características especiais em função do ambiente cultural, social e económico. Cada geração é confrontada com os problemas sociais da sua época, para ter em conta as necessidades dos jovens é preciso ouvir com muita atenção os pedidos precisos de cada um, vivendo numa dada época e numa dada sociedade. Há, no entanto, aspetos que são transversais, como a participação de um adolescente num grupo de jovens da mesma idade, para além de ser uma necessidade educativa e social é também uma motivação intrapsíquica pessoal. Os grupos são um meio de troca de diferentes informações, que cada um pode ter recolhido no seio familiar, em atividades de tempos livres ou através de interesses individuais, tendo a oportunidade de partilhar com os pares. O grupo é um paradoxo no desenvolvimento do adolescente, se é necessário e indispensável ao adolescente para interpor uma certa distância dos pais e apreender as relações sociais necessárias ao futuro adulto, é também um dos maiores fatores de risco para adolescência, pode representar um amplificador potencial dos comportamentos desviantes (Braconnier & Marcelli, 2000).

O contexto escolar é particularmente rico para a aquisição de conhecimentos, competências, regras, valores, é um espaço que tende para a realização do potencial humano, tanto emocional como intelectual. Capacitar a comunidade escolar relativamente aos problemas que podem surgir ao nível da saúde mental das crianças e jovens, permite uma identificação precoce e tratamento especializado. Portanto, é fundamental o envolvimento e a participação de profissionais de saúde neste contexto, ou seja, a intervenção desenvolvida pelos enfermeiros que integram a saúde escolar em parceria com os responsáveis dos agrupamentos de escola. Um bem-estar mental durante o período da infância e adolescência, conduz a uma vida mais satisfatória e plena, prevenindo perturbações mentais (Carvalho, et al. 2020).

No entanto, este contexto é dinâmico e as oportunidades de intervenção têm uma janela para serem aplicados. O contexto de estágio decorre em 9 semanas,

num dado momento, em que pode ou não ser oportuna a intervenção em contexto escolar, pois pode ser uma fase de férias escolares, ou de provas de avaliação em que não há espaço na comunidade escolar para a intervenção. A fase do estágio decorreu num período de preparação dos projetos a serem aplicados no ano letivo, pelo que houve uma limitação na oportunidade de intervenção, além de que é necessário que a comunidade aceite a proposta de intervenção e que faça sentido no momento e no contexto dos jovens.

No âmbito da intervenção precoce, numa fase prévia ao episódio psicótico, é possível desenvolver ações de prevenção indicada em contexto comunitário na fase prodrómica do episódio psicótico, ou seja, detetar potenciais fatores etiológicos, assim como sinais ou sintomas da doença.

O contexto escolar não permite uma avaliação individual de forma a identificar os alunos que estejam em risco, o tempo disponível neste contexto é limitado e seria necessária uma abordagem multidisciplinar. Assim, a ação possível de realizar num período limitado e que possa ter um contributo na comunidade, são intervenções no âmbito da promoção da saúde mental e de prevenção seletiva. De forma, a compreender o estado atual da saúde mental dos jovens, foi realizada uma revisão da literatura, designada Sessão 0, cujo objetivo principal foi a identificação das necessidades em saúde mental dos jovens em idade escolar.

Sessão 0: A sessão corresponde à identificação das necessidades em saúde mental na comunidade escolar, foi utilizada a revisão da literatura e o Modelo de Betty Newman. A metodologia utilizada foi a revisão narrativa, que permite descrever o estado da arte sobre um assunto específico, sob o ponto de vista contextual ou teórico. A força da evidência científica é reduzida, dada à impossibilidade de reprodução metodológica, ainda assim, permite contribuir para o debate de determinados temas, levantamento de questões e colaborar na atualização do conhecimento num curto período. A realização da pesquisa foi efetuada durante o mês de outubro de 2023, em bases de dados científicas: *CINAHL* e *MEDLINE*, com os descritores: “Saúde mental” e “Saúde Escolar”. E ainda com recurso a sites institucionais, Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015, Manual de Saúde Mental em Saúde Escolar de 2019, Observatório de

Saúde Psicológica e Bem Estar: Monitorização e Ação e Relatório do estudo *Health Behaviour in School – Aged Children 2022*.

A saúde escolar enfrenta vários desafios, sendo que em 2015 surge o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que engloba os principais eixos de intervenção. Segundo a OMS (2021), cerca de 20% dos jovens entre os 5 e os 19 anos apresentam perturbação mental, que se traduzem em dificuldades sentidas ao nível da aprendizagem, atenção, instabilidade, violência auto e hetero dirigida e a manifestações de um sofrimento emocional acentuado. No PNSE salienta-se a importância dos determinantes de saúde, conhecê-los é fundamental para que a intervenção seja dirigida e pertinente. É necessário que haja uma constante atualização, a par com a evolução social e tecnológica, de forma a responder globalmente às necessidades sentidas. De igual modo, é pertinente identificar e valorizar, os fatores protetores que favorecem a saúde.

O Observatório de Saúde Psicológica e Bem-Estar realizou um estudo de forma a conhecer o panorama da saúde psicológica e bem-estar das crianças e jovens em idade escolar e dos seus docentes. O estudo decorreu em 2022, no qual foi realizada uma seleção aleatória dos agrupamentos por NUTIII. Participaram cerca de 8067 alunos e 1453 docentes. Algumas conclusões demonstram, que cerca de um terço dos alunos, manifesta sinais de sofrimento psicológico e défice de competências socioemocionais. Em particular, os alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico e os alunos do ensino secundário, mais de metade dos alunos preocupam-se muitas vezes com as coisas, 2 em cada 10 alunos têm dificuldade em fazer amigos e 4 em cada 10 alunos ficam muito tensos quando estudam para um teste.

Em geral os jovens com mais competências socioemocionais (otimismo, controlo emocional, resistência/ resiliência, confiança, curiosidade, sociabilidade, criatividade, autorregulação/ autocontrolo, sentimento de pertença, entre outras) relatam menos *bullying*, melhor relação com os professores, menos ansiedade nos testes, maior perceção de qualidade de vida, maior satisfação com a vida e menos sintomas de mal-estar psicológico.

Foram ainda identificados fatores facilitadores e fatores dificultadores da situação. Um dos fatores é o nível de ensino frequentado, sendo que a situação

se agrava no 12º ano. No entanto, existem duas exceções, no 2º e 8º anos de escolaridade, parecem especialmente vulneráveis. O *bullying* tende a diminuir com o avanço da escolaridade. O género feminino carece de atenção redobrada à medida que se avança na escolaridade.

Relativamente aos docentes, cerca de 8 em cada 10 docentes refere estar satisfeito com o seu trabalho na escola e com as oportunidades de desenvolvimento profissional contínuo, no âmbito da promoção do desenvolvimento socioemocional e do bem-estar. A idade e o tempo de serviço estão associados a indicadores menos positivos de bem-estar, saúde psicológica e perceção menos positiva da qualidade do ambiente escolar e da Direção. Apesar das limitações do estudo, os resultados obtidos demonstram, que existe relevância nas ações promotoras da saúde psicológica e de um ambiente escolar saudável, ou seja, ações que promovam as competências socioemocionais e que promovam o bem-estar e qualidade de vida, dos vários intervenientes no ecossistema escolar.

Outro estudo realizado em colaboração com a OMS, o *Health Behaviour in School- Aged Children* (HBSC), que pretende analisar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas, realizado em cerca de 51 países, entre os quais Portugal, apresenta uma rede internacional dinâmica na área da saúde dos adolescentes que permite que cada um dos países membros contribua e adquira conhecimento. O último estudo realizado em Portugal é de 2022. O instrumento de avaliação é um questionário que abrange aspetos da saúde mental, comportamental e psicossocial. Engloba questões demográficas, questões relativas a hábitos alimentares, higiene e sono, imagem do corpo, prática de atividade física, tempos livres e novas tecnologias, uso de substâncias, violência, família e ambiente familiar, relações de amizade e grupo de pares, escola e ambiente escolar, saúde e bem-estar e comportamento sexuais. No ano de 2022 incluíram-se questões relacionadas com a pandemia da COVID-19. O questionário português incluía questões específicas nacionais, como as preocupações dos adolescentes, a vivência escolar, o lazer ativo e condição física, o sono, o impacto da recessão económica, a alienação ou participação social, as autolesões, novas tecnologias e a vivência da doença crónica. A amostra do estudo de 2022, incluía 40

agrupamentos de escolas do ensino básico e secundário da região continental, no total uma amostra de 5809 estudantes, representados por 29,5% dos 6º anos, 33,5% do 8º ano e 37% do 10º ano, dos quais 50,7% do género feminino, com uma média de idades de 14,09 (HBSC, 2022).

Os alunos do sexo feminino revelam significativamente menor índice geral de bem-estar, uma pior perceção de qualidade de vida, menor satisfação com a vida, mais *stress* e mais sintomas físicos e psicológicos. Os alunos mais novos (6º ano escolaridade) revelam um maior índice geral de bem-estar, melhor perceção de qualidade de vida, maior satisfação com a vida, menos *stress* e menos sintomas físicos e psicológicos, quando comparados com os mais velhos. Ao longo do relatório é possível verificar que os alunos do sexo feminino apresentam menor qualidade de sono, sentem maior pressão com os trabalhos de casa, com uma perceção pior de sucesso académico, praticam menos desporto, atividades de grupos e frequentam menos clubes do que os alunos do sexo masculino.

De forma geral, 21% sente-se nervoso, 15,8% irritados ou de mau humor e 11,6% triste quase todos os dias. E 19,7% nunca, ou quase nunca, se sente confiante com a sua capacidade para lidar com problemas pessoais. O estudo compara ainda os dados com os estudos anteriores de 2014 e 2018, e verifica-se um decréscimo na satisfação com a vida, assim como a perceção de felicidade. Foi percebido um aumento dos sintomas físicos e psicológicos (dores de costas, dores de cabeça, nervosismo, irritação ou mau humor, tristeza e medo).

Foi possível obter uma visão geral sobre os fatores protetores e stressores, e a reação do sistema a estes stressores. De forma a ter uma visão sistémica foi aplicado o Modelo de Betty Newman, no qual é possível obter uma visão das linhas de defesa do núcleo, stressores negativos e positivos, inter, intra e extrapessoais, e as reações do sistema a estes stressores, são apresentados num esquema ilustrativo (Anexo I).

Após a análise da literatura e da aplicação do Modelo de Betty Newman, compreende-se que as competências socioemocionais estão relacionadas com problemas como gestão emocional, relações interpessoais, ansiedade, *stress*, hétero e autoagressividade.

O conceito de competência emocional diz respeito à capacidade de uma pessoa receber informações, processar e reagir a outras pessoas durante uma função social. As suas componentes incluem a expressividade emocional, compreensão emocional, regulação emocional, comportamentos de reação e habilidade de resolução de problemas e de relacionamento. Esta competência é essencial para o próprio e para a forma como as pessoas se conectam umas com as outras (Hou, 2022).

Após identificar a necessidade em saúde mental, foi elaborada uma proposta de intervenção: treino de competências socioemocionais com os alunos do 3º ciclo do Agrupamento de Escolas, em contexto de turma. Foi realizada uma reunião com a equipa de docência responsável pelos Projetos de Promoção e Educação para a Saúde que reconheceu a necessidade do projeto na escola, e selecionou as turmas prioritárias.

Intervenção em Saúde Escolar: Em 2019 a Direção Geral da Saúde elaborou um manual intitulado de “Manual Saúde Mental em Saúde Escolar – Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar”, que integra alguns temas e objetivos do Referencial de Educação para a Saúde da Direção Geral da Educação, engloba uma orientação nas áreas da promoção da saúde e bem-estar como um todo, bem como do desenvolvimento das relações interpessoais, o que forneceu um documento orientador para a realização das sessões de intervenção.

As intervenções de promoção de saúde mental habitualmente são aplicadas à população em geral, visam melhorar a capacidade dos indivíduos para alcançar competências apropriadas ao seu desenvolvimento, autoestima, bem-estar, inclusão social e fortalecer a capacidade de lidar com as adversidades. Por exemplo, programas desenvolvidos em escolas que promovem competências emocionais ou sociais através de atividades de autocontrolo e a resolução de problemas. Ao nível da prevenção existem três níveis de intervenção. A prevenção universal que é dirigida à população em geral, sem prévia análise dos fatores de risco. A prevenção seletiva que é dirigida a segmentos da população em geral com características específicas, que compõem um determinado fator de risco para a doença mental, seja biológico, psicológico ou social, não é avaliado o risco em termos individuais, sendo que os programas de prevenção

são de média a longa duração, podendo variar na estrutura e os componentes habitualmente contemplam informação e desenvolvimento de competências. E a prevenção indicada é dirigida a indivíduos que apresentam alto risco e tem identificados sinais ou sintomas de doença mental, é avaliado o risco individualmente, os programas são de longa duração. Na prática existe uma considerável sobreposição entre prevenção e promoção (IOM, 2009).

Assim, pode considerar-se que a intervenção é no âmbito da prevenção seletiva, uma vez, que é realizada a um segmento da população com características específicas, alunos do 3º ciclo, nos quais são reconhecidos fatores de risco e envolve o treino de competências. As sessões foram dinamizadas no mesmo grupo de alunos do 3º ciclo, 8º ano, numa turma selecionada pela escola com 19 alunos, em que se identificaram mais dificuldades ao nível das competências socioemocionais.

A intervenção efetiva no contexto foi realizada em quatro sessões representadas em esquema na Tabela 1.

Tabela 2

Esquema de Intervenção em Saúde Escolar

Sessão	Metodologia	Resultados
Sessão 0	Revisão da Literatura: Determinantes de Saúde Mental do Agrupamento de Escolas	Competências Socioemocionais
Sessão 1	Apresentação com tema: Saúde Mental e Competências Socioemocionais. Atividade: “Identidade”	Questionário final da sessão
Sessão 2	Atividade: “Proteção Problemas aos Saltos”	
Sessão 3	Atividade: “Emoções: Cadeia de emoções”	
Sessão 4	Avaliação qualitativa da intervenção: utilização de mediadores expressivos de forma a avaliar a intervenção	

No final de cada sessão foram entregues questionários de avaliação da sessão, de forma a compreender como foi percebida cada sessão pelos alunos e permitir uma melhoria na intervenção, o questionário foi adaptado por Cardoso & Matias (2011) (Anexo VI). Este questionário tem duas funções, a primeira permite avaliar a perceção dos alunos sobre as sessões, e a segunda função é

o incentivo à reflexão sobre as suas próprias emoções, experiências e aprendizados durante a atividade.

Sessão 1: primeira sessão realizada em contexto de turma. A sessão iniciou-se com a apresentação do tema através de um *Brainstorming*, no qual era pedido aos alunos para explicarem o que significava competências socioemocionais, foi criado um painel de significados no quadro da sala de aula com todos os contributos. Em seguida foi introduzido o tema saúde mental, onde foi explicado o conceito de saúde mental, a necessidade de treinar competências para lidar com as várias adversidades que surgem e a necessidade de estarmos vigilantes em relação a nós próprios e aos outros. Posteriormente, foi realizada a atividade designada “teia”, para desenvolver a consciência de individualidade, foi utilizado o novelo de lã, quando estava na posse do participante, este disse o nome e algo que gostasse. Foi formada uma teia no espaço central e nesse momento foi realizada uma reflexão sobre a importância de uma rede de suporte e conexão, preservando a individualidade de cada um. Emergiram temas na turma como a diversidade, o facto de cada um ter interesses e gostos diferentes e a importância de respeitar essas diferenças individuais, o sentimento de pertença, ou seja, a importância de se sentirem incluídos no grupo, mantendo a sua identidade pessoal e a importância de ouvir o outro e esperar pela sua vez. A avaliação da sessão encontra-se descrita na Tabela 2, na qual todos os alunos demonstraram satisfação com a atividade, com uma perceção de aprendizagem e de bem-estar positivas.

Tabela 2

Avaliação da Sessão 1 - Saúde Escolar

Avaliação da Sessão 1: 19 alunos			
Gostaram da sessão	19 responderam “sim”		
O que mais gostaste?	Confiança, partilha, união, conexão, interação e a teia em si		
O que menos gostaste?	Barulho, confusão, falar sobre si		
Hoje aprendi		As atividades de hoje deixaram-me	
Aceitar/respeitar a opinião do outro	14	Mais contente	16
Trabalhar em equipa	14	Mais calmo	14
Esperar pela minha vez	12	Mais motivado	13

Sessão 2: decorreu na semana seguinte em sala de aula, os objetivos foram conhecer os fatores de risco e de proteção e aumentar a percepção individual face aos processos protetores. A atividade iniciou-se com uma breve explicação. Cada elemento escreveu num papel um problema que enfrente no dia a dia, surgiram problemas como “ansiedade, más notas, *stress*, problemas familiares, conflitos com os colegas”. Colocaram os papéis dentro dos balões e encheram, após estarem todos prontos iniciou-se a atividade, o objetivo era manter todos os balões no ar utilizando diferentes partes do corpo. Conforme a atividade avançava, começou-se a pedir a alguns alunos para deixarem os balões no ar e se sentarem. Os restantes permaneceram e tentaram manter os balões todos no ar, no entanto começaram a perceber que a tarefa se tornava mais difícil. Alguns começaram a demonstrar sinais de frustração e outros tentaram motivar o grupo a continuar. No final, após se perceber que os alunos que restavam estavam com bastante dificuldade em lidar com os problemas todos, interrompeu-se a atividade e pediu-se a todos para formarem um círculo, neste momento foi realizado um momento de reflexão sobre a importância de reconhecer os fatores de risco e de proteção, a dificuldade em lidar com todos os problemas sozinho e quando e a quem devem procurar ajuda. A avaliação da Sessão 2 está descrita na Tabela 3, os alunos após a sessão demonstraram aprendizagens na área do trabalho em equipa, confiança e expressão de sentimentos, com uma melhoria na percepção do seu bem-estar.

Tabela 3

Avaliação Sessão 2 - Saúde Escolar

Avaliação da Sessão 2: 19 alunos			
Gostaram da sessão	19 responderam “sim”		
O que mais gostaste?	brincar, trabalhar em equipa, perceber como lidar com os problemas do dia a dia		
O que menos gostaste?	ficar sentado enquanto os outros colegas tentavam lidar com os problemas		
Hoje aprendi		As atividades de hoje deixaram-me	
Trabalhar em equipa	14	Mais contente	17
Confiar nos outros	11	Mais calmo	14
Esperar pela minha vez	9	Com mais energia	9
Expressar sentimentos	9		

Sessão 3: última sessão, os objetivos foram desenvolver autoconhecimento na sua dimensão emocional e adquirir literacia emocional. Inicialmente foi explicada a atividade e realizado um *brainstorming* sobre emoções, criou-se um painel no quadro da sala com os vários contributos, surgiram emoções como alegria, tristeza, raiva, medo, surpresa, curiosidade. Foram formadas 3 filas com cerca de 6 alunos virados para a frente. Ao primeiro aluno de cada fila foi segredada uma emoção e este transmitiu a emoção ao elemento seguinte, apenas através de expressão facial. Esta ação repetiu-se ao longo da fila até ao último elemento, chegado a este momento, o aluno dizia qual foi a emoção que interpretou e comparava-se com a inicial. Após a comparação, o último aluno deslocava-se para o início e atividade recomeçava. Os alunos participaram de forma muito concentrada na atividade, apenas duas vezes a emoção inicial coincidiu com a emoção final. No término da atividade, foi realizada uma reflexão, permitindo a expressão de pensamentos e sentimentos sobre a atividade, refletir sobre as suas emoções e como se sentiram no papel de emissor e de recetor. Emergiram temas como as diferenças na interpretação, a mesma emoção poderia ser interpretada de várias maneiras, a comunicação eficaz, nem sempre a nossa interpretação está de encontro ao que o outro pode estar a sentir. No final foi realizado o término de todas as sessões, os alunos demonstraram satisfação com as atividades, apreciaram a abordagem prática de atividades dinâmicas e identificaram o valor das atividades no reconhecimento das emoções, habilidades de comunicação e respeito pelo outro. A Sessão 3 encontra-se descrita na Tabela 4, a sessão foi satisfatória para os alunos, foi interessante perceber que para parte dos alunos foi bom ser recetor e para outro foi um aspeto menos positivo, as aprendizagens direcionaram-se para o respeito e aceitação do outro, a expressão de sentimentos e a compreensão das próprias emoções e do outro, o que pode ter tido impacto no facto de se sentirem mais capazes para falar e escutar os outros.

Tabela 4

Avaliação Sessão 3 - Saúde Escolar

Avaliação da Sessão 3: 19 alunos	
Gostaram da sessão	19 responderam “sim”
O que mais gostaste?	ser recetor, brincar, expressar sentimentos e o jogo

O que menos gostaste?	ser emissor, a parte iniciar (teórica) e ser recetor		
Hoje aprendi	As atividades de hoje deixaram-me		
Aceitar/respeitar a opinião do outro	13	Mais calmo	15
Expressar sentimentos	10	Mais motivado	10
Compreender as emoções do outro	10	Mais capaz para falar/escutar os outros	11
Compreender as minhas emoções	10		

Resultados: A Sessão 4 não se realizou por não ser possível ocupar nenhum tempo letivo da turma, assim na Sessão 3, foi realizado o término da intervenção com uma reflexão sobre o significado da intervenção e partilha de experiências. A última sessão traria contributos importantes sobre a percepção dos alunos face à intervenção na totalidade. No entanto, com base nas avaliações intermédias foi interessante constatar que permitiu desenvolver algumas aprendizagens relativas às competências socioemocionais e uma percepção de melhoria no bem-estar após as sessões. Acresce o facto de a dinâmica ter sido satisfatória e de interesse para os alunos. As aprendizagens adquiridas pelos alunos e a capacidade de refletir sobre as suas emoções, são fatores protetores e de resiliência da doença mental. Este projeto permitiu perceber, como o EESMP pode compreender um determinado grupo, através de um modelo teórico de enfermagem e direccionar as intervenções no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental num contexto de saúde escolar.

2.2. Contexto Hospitalar

2.2.1. Caracterização do Local de Estágio: Serviço de Internamento de Crise

A unidade de internamento de crise está integrada num Hospital Geral, tem 18 vagas de internamento. O serviço de psiquiatria engloba para além do internamento de crise, o hospital de dia (intervenção comunitária). A equipa é constituída por enfermeiros EESMP, enfermeiros generalistas, psiquiatras, psicólogo e assistente social.

A unidade de internamento de crise engloba todas as faixas etárias desde os 18 anos, as patologias mais comuns estão relacionadas com doença de esquizofrenia, doença bipolar, depressão, psicose, alterações do

comportamento associadas a outras comorbilidades como o abuso de substâncias psicoativas e traços desadaptativos da personalidade. É frequente as situações de reinternamentos, o fenómeno de “porta giratória”, habitualmente associados à não adesão ao regime terapêutico.

As intervenções desenvolvidas são a intervenção em crise e é aplicado um projeto de treino metacognitivo com um programa definido para um grupo aberto desenvolvido diariamente, sendo dinamizado por psicólogo e enfermeiro.

É importante compreender o posicionamento teórico dos profissionais face à doença mental. Esta tem particularidades que a distingue de outras doenças, pela sua subjetividade, pela experiência do indivíduo e pela compreensão que cada profissional tem acerca da psicopatologia e do desenvolvimento do indivíduo. Existem duas abordagens para a psicopatologia: a explicativa e a descritiva. A psicopatologia compreensiva procura esclarecimentos quanto à etiologia dos transtornos mentais. Pode seguir uma orientação psicodinâmica, cognitiva, existencial, biológica, social, entre outras. E psicopatologia descritiva consiste na descrição e categorização precisa de experiências anormais, descritas pelo doente ou observadas pelo profissional. É importante ressaltar, que explicação e descrição não se excluem. Só se pode explicar o que foi descrito (Cheniaux, 2015).

Neste contexto de estágio, os modelos teóricos pelos quais os profissionais olham para a psicopatologia inserem-se num modelo biomédico e num modelo cognitivo comportamental, onde a compreensão dos processos mentais tem por base fenómenos cognitivos e a influência no comportamento.

Também o ambiente terapêutico é um conceito fundamental na psiquiatria, pois por si só, funciona como um instrumento terapêutico. É influenciado pela forma como a psiquiatria é olhada pelos profissionais, é variável de serviço para serviço, e não diz respeito apenas às características físicas e estéticas do espaço. O serviço de internamento é um espaço fechado, não permite a saída dos clientes para fora do serviço, uma vez que parte dos internamentos são involuntários. É um espaço neutro, com poucos estímulos visuais e auditivos. Existe uma sala para intervenção, designada biblioteca que contém livros, jogos

e materiais de pintura e desenho. Existe ainda um espaço exterior, um jardim. O serviço tem horários definidos para as rotinas diárias.

As necessidades em enfermagem relacionam-se com a sintomatologia da doença mental, como o défice no autocuidado, alterações da perceção e do pensamento, ansiedade, consciencialização comprometida, processo familiar comprometido, entre outras.

2.2.2. Intervenções Especializadas Desenvolvidas

A problemática central é a pessoa com primeiro surto psicótico, a intervenção neste local de estágio, tem como contexto um internamento em crise, pelo que existe uma manifestação de sintomas mais exacerbado, no qual podem estar presentes alucinações, delírios, alterações do comportamento, défice no autocuidado, entre outros. A intervenção, após a revisão da literatura sobre a compreensão da psicose, foi pensada em três fases. Numa primeira fase, que corresponde à fase de admissão, pretende-se estabelecer o primeiro contacto efetivo com a pessoa, a segunda fase corresponde à intervenção em grupo terapêutico e a terceira fase culmina na avaliação de toda a intervenção. Não se pretende que estas fases sejam estanque, houve uma adaptação às necessidades de cada indivíduo. Este planeamento serve como uma orientação geral da intervenção e encontra-se esquematizado em Anexo VII.

Intervenção psicoterapêutica: A intervenção psicoterapêutica de enfermagem segue os seguintes princípios: é estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial, é realizada por um EESMP ou enfermeiro de cuidados gerais com formação específica e competências certificadas pela Ordem dos Enfermeiros, baseia-se num ou mais racionais teóricos de psicoterapia, resulta na identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da saúde mental, o cliente tem um papel ativo e alguma consciência de si, tem um número de sessões compreendidas entre três e doze, tem na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente, o objetivo é a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo cliente, através da definição prévia de metas mútuas entre enfermeiro e cliente (Sampaio et al., 2014).

Intervenção Especializada - Posicionamento na Relação Terapêutica com a pessoa com primeiro surto psicótico: A obra de Hildegard Peplau no livro *Interpersonal Relations in Nursing* (1952) é onde se faz a primeira ponte teórica e prática entre psicanálise e enfermagem, mais tarde veio a ser conhecida como a escola da psicanálise interpessoal. A aplicação do pensamento psicanalítico à ESMP pode revelar-se particularmente útil para a compreensão e intencionalidade da relação terapêutica, fundamentar os cuidados especializados, compreender as dinâmicas intrapsíquicas e as necessidades relacionais (Lopes & Cuctcliffe, 2018).

Ao longo da história recente da psiquiatria, existiu uma retirada da teoria psicodinâmica na formação em áreas da saúde mental e psiquiátrica, tanto na enfermagem como na medicina. Esta teoria é vista como demorada e cara, as terapias breves e medicamentosas tornaram-se alternativas mais atraentes. O foco na compreensão biológica e no tratamento da doença mental, fez com que se colocasse de parte, o interesse em entender os clientes para intervir e aliviar os sintomas. É necessário reservar um tempo para entender o mundo do outro e a sua interação com ele, exige que o enfermeiro compreenda lentamente os clientes e o seu comportamento, exige ao profissional tolerar a ambiguidade, falta de compreensão no momento imediato e até mesmo os períodos de regressão. Atender ao mundo subjetivo do outro pode ser desconfortável para os profissionais, que prosperam numa atmosfera de se sentirem competentes e no controlo. E ainda, para os gestores que medem os resultados em termos de metas estabelecidas e alcançadas. No entanto, mesmo no modelo atual de interações curtas, as tentativas de entender o mundo do cliente podem ter vantagens em internamentos de curto prazo e reduzir a agressão e violência (Gallop & O'Brain, 2003).

A relação terapêutica em ESMP é um cuidado em si, ou seja, o enfermeiro oferece-se relacionalmente no estabelecimento de uma relação, que poderá tornar-se para o cliente numa nova experiência relacional, mais saudável e com possibilidade de crescimento pessoal (Lopes, 2020). “A psicanálise é uma terapia da relação e pela relação: da relação patogénica, que vai repetir-se na relação analítica – transferência -, e pela relação sanígena e desenvolvutiva – nova relação -, que vai instaurar-se na relação analítica” (Coimbra de Matos,

2007, p. 31). A relação patogénica no caso da psicose é precoce, é necessário a retoma do desenvolvimento suspenso através da aquisição de uma relação de confiança sustentável e sustentada. É fundamental que se organize e consolide a constância do sujeito no interior do seu objeto, para isso é necessário a acessibilidade, receptividade, empatia e sensibilidade do analista. Só após o sujeito sentir que vive no interior do objeto, que este não se esquece dele, o ama, sonha e pensa estará disponível para estruturar a constância do bom objeto interno (Coimbra de Matos, 2007).

Também para Freud, a psicanálise envolve uma teoria do funcionamento mental e em particular da relação entre pessoas. Tem como objetivo transformar a relação interpessoal “patológica” numa relação mais saudável. A alteração assenta em dois procedimentos principais: o exame, análise e reconstrução do passado, e o desenvolvimento de uma nova relação que permita aos clientes retomar o desenvolvimento pessoal suspenso (Coimbra de Matos, 2002).

Nesta dinâmica relacional existem dois planos, consciente e inconsciente, de cada um dos envolventes, com comunicação consciente e inconsciente de ambos. É nesta intensidade relacional que se manifestam os principais fenómenos inconscientes na relação terapêutica: a transferência e a contratransferência. O reconhecimento e a gestão por parte do EESMP compreendem por si uma intervenção psicoterapêutica em ESMP (Lopes, 2020).

A compreensão dos fenómenos de transferência e contratransferência tem um papel particularmente importante no reconhecimento destas influências. Sendo que a transferência revisa relacionamentos passados em situações atuais, ou seja, padrões de relacionamento formados durante o desenvolvimento inicial, maioritariamente fenómenos inconscientes, que são repetidos. É algo que não pertence ao presente. A transferência é recíproca, portanto atribuímos a contratransferência, ao que surge como resposta correspondente à transferência. Surgiu com Sigmund Freud e pretende distinguir os sentimentos do terapeuta, dos sentimentos do cliente. A transferência e a contratransferência, quando compreendidas e respondidas corretamente, podem oferecer percepções sobre a dinâmica interpessoal, tendo por isso um valor terapêutico (Gabbard, 2016).

Portanto, o terapeuta compreende, que os problemas de relacionamento, podem manifestar-se na relação, e a singularidade da relação entre cliente e terapeuta, não é, por si só a presença da transferência, mas o entendimento, que este material precisa de ser compreendido, tendo potencial terapêutico. A contratransferência não é por sua vez, entendida, apenas, como problemas não resolvidos do terapeuta, mas constitui uma ferramenta diagnóstica e terapêutica, que acrescenta informações acerca do mundo interno do cliente (Gabbard, 2016).

Um dos autores Bollas (1983) reflete sobre a transferência do “aqui e agora”, que implica que o analista se questione sobre o que ele representa para o utente em cada momento particular da análise, esta experiência analítica “aqui e agora” permite descobrir, através da transferência do sujeito, o modelo infantil precoce. Segundo Winnicott (1947) é possível classificar os fenómenos contratransferências pela anormalidade dos sentimentos, relacionamentos e identificações padronizados e reprimidos do analista e tendências proveniente da experiência e do desenvolvimento pessoal do analista. Entre estes dois fenómenos, distingue a contratransferência verdadeiramente objetiva, ou, se tal for difícil, o amor e o ódio do analista reativo à personalidade e aos comportamentos reais do utente (Nascimento et al., 2011).

A psicoterapia psicodinâmica pode ter potencial terapêutico para psicose. No entanto, embora a intervenção psicodinâmica possa ser benéfica, nem sempre é necessária na sua forma mais pura. Ao reconhecer o impacto que uma postura relacional pode ter no indivíduo, os profissionais de saúde mental podem utilizar modelos psicodinâmicos no desenvolvimento de planos terapêuticos mais holísticos, nos quais podem incluir outras abordagens psicoterapêuticas. O modelo psicodinâmico pode contribuir para individualizar e contextualizar a experiência psicótica de uma pessoa, de forma a apropriar essa experiência. A teoria e pensamento psicodinâmico podem ter um papel fundamental nos serviços de saúde mental e devem ser considerados para o desenvolvimento de protocolos de tratamento (Stephenson, 2018).

Num estudo realizado no Reino Unido em 2015 demonstrou a importância da relação terapêutica para o cliente. Este estudo procurou explorar o que os clientes internados em serviços de internamento precoce para pessoas com

primeiro surto psicótico valorizaram na sua recuperação, perceberam que é valorizada a abordagem biopsicossocial. Alguns clientes consideram útil uma explicação da doença e da medicação, enquanto outros preferem uma perspectiva psicológica e de normalização. Foi interessante constatar, que independentemente da linha metodológica de intervenção específica que tenham recebido, uma das partes consideradas como muito positiva para a recuperação foi a relação que estabeleceram com os profissionais de saúde. Assim, os fatores capacidade de resposta e relação terapêutica, podem conduzir a uma maior aliança terapêutica com maior envolvimento no tratamento e melhores resultados (Barr et al., 2015).

Intervenção especializada - Utilização de Mediadores Expressivos: Pintura, desenho e dramatização: A arte permite uma comunicação das emoções mais complexas utilizando práticas criativas. É um processo facilitador para a pessoa expressar as suas angústias, diminuir o sofrimento psíquico, promover a organização intrapessoal e interpessoal, e consequentemente aumentar os níveis de qualidade de vida. A arte reflete uma sensação de bem-estar na saúde mental, facilita a reinserção da pessoa com doença mental, permite relatar a história de vida, os acontecimentos passados e do quotidiano com autonomia e autoestima (Monteiro, 2023). O uso da arte no processo terapêutico, independentemente do referencial teórico, tem um ponto em comum, a expressão da subjetividade, ou seja, reflete as experiências interiores e aumenta a consciência sobre os fenómenos subjetivos, permite uma abertura do eu ao outro (Reis, 2014). A utilização de mediadores expressivos, como a pintura, o desenho, a escultura, pode constituir um espaço transicional, que permite transitar entre o mundo interno e o mundo externo, possibilita a experimentação de uma nova realidade sem que ocorra um excesso de tensão (Belo & Scodeler, 2013).

Um estudo qualitativo realizado em 2019, procurou compreender os processos de arteterapia que podem ajudar no caso do primeiro surto psicótico, as principais conclusões permitiram perceber que através da produção artística, os participantes conectaram-se uns com os outros, possibilitando a reflexão sobre as suas experiências e sobre si mesmos de maneira diferente (Lynch et al., 2019).

Outra abordagem com interesse para a otimização do processo terapêutico e resultados é a intervenção psicoterapêutica fundamentada no psicodrama e sociodrama. O psicodrama e sociodrama foram criados por Moreno em meados do século 20 e constitui-se como um modelo terapêutico, aplicado em vários contextos (Cruz et al. 2018). O Psicodrama funciona como uma abordagem psicoterapêutica em que o grupo é estruturado a partir de um protagonista, resulta num movimento “de dentro para fora”, na tentativa de objetivar a experiência subjetiva. O sociodrama resulta num movimento “de fora para dentro”, e procura subjetivar a realidade objetiva (Ramalho, 2011). O psicodrama e o sociodrama têm características comuns em termos do processo de aquecimento, ação e partilha. Ambos são métodos de ação por conceito, sendo que a espontaneidade e a criatividade se apresentam como força motriz da técnica (Adderley, et.al, 2021; Yaniv, 2014) A técnica em psicodrama e sociodrama permite proporcionar à pessoa com psicose a distinção entre duas realidades, a delirante e a realidade exterior, numa fase aguda da psicose. Em indivíduos mais estabilizados em termos psicopatológicos, as questões das interações relacionais, lidar com a doença e com o estigma, tornam-se os temas mais proeminentes. É ainda trabalhado a expressão de afetos e a interação social. Existem várias técnicas psicodramáticas que podem ser usadas é pessoas com psicose: a inversão de papeis, solilóquio, interpolação de resistências, técnica do espelho, desdobramento do ego, representação simbólica, átomo familiar/ átomo social, *role playing*, aliança as alucinações, entre outras (Sousa & Moura, 2011).

Intervenção em contexto de estágio: Para elaboração do plano de avaliação e intervenção, foi utilizado o modelo teórico de Peplau de forma a nortear as intervenções e o modelo de Betty Newman na avaliação do cliente. A linha condutora da intervenção foi a relação terapêutica numa compreensão psicodinâmica. Nas intervenções de grupo foram utilizados os mediadores expressivos, através da utilização de pintura e desenho, e dramatização, utilizando os fundamentos da arteterapia e do sociodrama e psicodrama. A avaliação do cliente foi qualitativa, realizada através de um contínuo da avaliação do estado mental e evolução do cliente no internamento, documentado num Estudo de Caso de cada cliente com primeiro surto psicótico.

A primeira etapa corresponde à **Fase - Orientação - Identificação**: momento em que ocorre o primeiro contacto com a pessoa. Este primeiro contacto é particularmente importante para o início da relação terapêutica, é realizado de forma individual através de entrevista, não estruturada. Tem como objetivos específicos: Criar um ambiente terapêutico que permita estabelecer confiança e compreensão; Compreender a perspetiva do cliente em relação ao internamento e às mudanças sentidas; Permitir uma anamnese associativa que permita a expressão das vivências psíquicas; Realizar colheita de dados pessoais, história familiar e pessoal, história de desenvolvimento (se possível); Realizar a avaliação do estado mental; Identificar a necessidade percebida pelo cliente e identificar o foco de enfermagem; Realizar um contrato terapêutico com o cliente.

Durante o percurso de 9 semanas de estágio em contexto de internamento de crise, surgiram dois casos de primeiro surto psicótico, foi realizada a entrevista, descrita em Anexo VIII. A entrevista inicial engloba uma avaliação inicial com a identificação, história atual, antecedentes pessoais e familiares, história de desenvolvimento e caracterização sociofamiliar e avaliação dos vínculos. Esta avaliação inicial permite compreender o desenvolvimento da pessoa no seu contexto, rede de suporte e o estilo relacional com pessoas significativas. Posteriormente é realizada uma análise de uma perspetiva sistémica, através do Modelo de Betty Newman, pois na compreensão do primeiro surto psicótico é fundamental uma visão sistémica, e este modelo permite uma análise das variáveis da pessoa em interação com o ambiente, identificando os stressores e os fatores protetores. É realizada a avaliação do estado mental no momento da entrevista, pois permite compreender de forma sistematizada o estado mental e permite uma avaliação contínua de cada cliente. Na última parte são caracterizados os fenómenos de saúde mental, formulados em diagnósticos de enfermagem, utilizando a linguagem padronizada CIPE.

Estudos de Caso: Ambos os jovens foram admitidos no serviço com o diagnóstico de primeiro surto psicótico, no momento da entrevista apresentavam sintomatologia psicótica, ainda assim foi possível dentro dos limites de cada um compreender a perspetiva com que vivenciaram o internamento e as mudanças sentidas. No primeiro caso de E.V. foi possível englobar a família. O contexto social e familiar de ambos é muito diferente. E.V. é um jovem estudante que vive

numa família de classe média alta, frequenta o ensino superior. No entanto, apresenta poucas relações significativas fora da família. Durante o internamento foi possível entrevistar os pais, que manifestavam sinais de grande ansiedade pela situação do filho, tendo sido realizada psicoeducação sobre o primeiro episódio psicótico. O outro cliente, O.R., é um jovem natural do Brasil, que veio para Portugal com 13 anos com a mãe, atualmente vive numa casa abandonada com quatro amigos, estudou apenas até ao 7º ano. Nunca recebeu visitas durante o internamento.

Apesar das diferenças significativas da história pessoal e do contexto em que vivem, têm diagnósticos de enfermagem em comum: Delírio, Alucinação, Consciencialização comprometida e Risco de não adesão ao regime terapêutico.

A etapa seguinte corresponde à **Fase de Identificação-Exploração**, na qual se inicia a intervenção em grupo.

A **sessão 0** corresponde a uma intervenção quebra-gelo, realizada em grande grupo, os participantes são todos os clientes internados no serviço. O critério de exclusão: clientes com agitação psicomotora. Esta sessão é projetada para se realizar semanalmente em contexto de internamento, permite conhecer os clientes em interação num grupo, avaliar a participação de cada um no grupo, a capacidade de resolução de conflitos, a identificação de líderes informais no internamento. E tem contributos terapêuticos, pois através do pedido de sugestões de melhoria no serviço é facilitado o processo de participação em decisões e partilha de experiências.

As sessões seguintes correspondem ao pequeno grupo. Constituído um grupo aberto, pois num serviço de internamento existe maior saída e entrada de elementos. Os critérios de inclusão: pessoas com sintomatologia psicótica. Critérios de exclusão: agitação psicomotora, risco elevado de agressividade e défices cognitivos significativos.

Constituído por três elementos, um dos clientes vivenciava o primeiro episódio psicótico (O.R.), e dois com sintomatologia psicótica associada a descompensação de patologia prévia. As sessões estão descritas em Anexo IX. Na segunda sessão foi integrado um novo elemento no grupo, com primeiro episódio psicótico (E.V.). O grupo manteve-se o mesmo até ao final das sessões,

sem saída ou entrada de mais elementos. No início de cada sessão foram explicados os objetivos, a atividade em si, o tempo de duração e foi garantido a confidencialidade do grupo, de forma a oferecer um ambiente seguro e acolhedor.

A **sessão 1**: “Exploração Corporal Simbólica – Quem Sou?” esta intervenção tinha como objetivo central facilitar a expressão e integração de experiências corporais fragmentadas, através da utilização de um mediador expressivo, o desenho. Os participantes foram convidados a esboçar os seus contornos corporais, podiam utilizar linhas e formas, cores, com o intuito de realizar uma autorrepresentação. No final foi realizada uma reflexão em grupo sobre a representação corporal de cada um, convidados a explorar o significado das cores, traços e outros elementos utilizados no desenho.

Avaliação geral: Na sessão participaram três elementos, a sessão decorreu com participação de todos, mantinham sintomatologia psicótica com algum dinamismo, o facto de ser um grupo pequeno facilitou a gestão da sintomatologia, a validação das emoções e orientação para o “aqui e agora”, para o momento da sessão. A exploração simbólica permitiu ajudar à reconexão com o corpo e identidade.

A **sessão 2**: “Exploração de Narrativas simbólicas”, nesta atividade foi integrado o novo elemento do grupo, E.V. que vivencia o primeiro surto psicótico. Nesta sessão, o objetivo central foi explorar uma narrativa simbólica, uma experiência vivida no internamento ou um aspeto significativo da sua vida através do desenho e pintura. No final foi realizada uma reflexão sobre as experiências vivenciadas e a necessidade de criar um significado individual para essas experiências e uma aprendizagem.

Avaliação geral: Na sessão participaram os quatro elementos, todos representaram um momento significativo que vivenciaram, um dos elementos, O.R. utilizou a escrita. Por momento surgiram conteúdos delirantes com necessidade de orientação para a realidade e para o momento da sessão. Durante o momento de partilha, foi possível refletir sobre essas vivências significativas, as emoções que estavam associadas a essas vivências, a integração dessas experiências no seu processo de recuperação. Apesar de,

existir sintomatologia mais exacerbada esta sessão permitiu avaliar os clientes na capacidade de executar uma atividade e a estabilidade emocional durante a atividade. E permitiu explorar a vivência delirante, sendo um espaço seguro, onde se promoveu o respeito pela experiência individual, possibilitou expressar os temas e narrativas delirantes que estão a vivenciar, diminuindo a angústia.

A **sessão 3**: “*Role play* – Situações vividas no internamento”. O *setting* desta sessão foi o jardim do internamento, neste espaço os quatro intervenientes participaram. O objetivo central foi promover a reflexão sobre as experiências vivenciadas nos diferentes papéis. A sessão iniciou-se com um aquecimento dos vários grupos musculares através de alongamentos, promovendo a consciencialização corporal. Em seguida foi realizado o *role play*, um dos participantes contava um episódio que vivenciou no internamento, os papéis foram atribuídos de forma invertida, aos clientes foi lhes atribuído o papel de profissional de saúde e aos profissionais o papel de cliente.

Avaliação geral: Os participantes interagiram entre si de forma positiva, partilharam experiências do internamento. Um dos elementos mantinha delírio mais estruturado, durante a sessão emergiram conteúdos delirantes, foi orientado para a realidade, para o momento da sessão (aqui e agora). Foi possível simular dois momentos que os clientes viveram durante o internamento em que sentiram momentos de tensão (descreveram o início do internamento). Durante esta representação os clientes demonstraram crítica para a sintomatologia quando representavam o papel de profissionais de saúde “tens de tomar esta medicação porque estás doente” (sic). Emergiram alguns temas como os estilos de comunicação (agressividade, assertividade e passividade), as diferenças nos papéis de cada interveniente, as dificuldades sentidas por cada um. Surgiram ainda questões relativas ao internamento involuntário.

Fase de Exploração-Resolução corresponde à fase de avaliação da intervenção. As sessões foram realizadas num contexto de internamento de crise, a sintomatologia psicótica apresentava-se mais exacerbada, portanto a introdução da terapêutica medicamentosa possibilitou diminuir esta sintomatologia e conseguir alcançar o indivíduo. A par, os elementos deste grupo também participaram no treino metacognitivo realizado no serviço, diariamente. Portanto, a evolução ao longo do internamento teve o contributo das

intervenções convencionais do internamento. No entanto, a intervenção, com um posicionamento relacional de orientação psicodinâmica permitiu estabelecer uma aliança terapêutica com os clientes. Possibilitou criar um espaço para a re-significação das suas experiências através dos mediadores expressivos, onde foi possível expressar as emoções associadas de forma livre, oferecer um ambiente de apoio e seguro para se expressarem. As atividades simbólicas ofereceram um meio alternativo para os clientes darem sentido às suas experiências internas, muitas vezes complexas e difíceis de articular verbalmente. A promoção da relação terapêutica, ofereceu um espaço de conexão e pertença, assim como facilitar a partilha das experiências. Também possibilitou o desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação, estas atividades com o momento de partilha num grupo pequeno, ofereceu uma oportunidade de os clientes comunicarem, de se expressarem emocionalmente. Embora as sessões tivessem um plano, a reflexão foi aberta ao que emergisse no grupo, sempre com uma orientação para a realidade.

2.3. Questões Éticas

Na loucura - figura historicamente associada à psicose- o sujeito é silenciado pelos que consideram deter o saber sobre a saúde mental, a crise psicótica surge como uma evidência de o sujeito estar fora dos laços instituídos pela sociedade no que se refere ao exercício da razão, com consequência para a sua autonomia e liberdade de escolha. Na existência humana, em particular na vida psíquica, existe frequentemente algo de incerto, que foge aos ideais de adaptação em maior ou menor grau. Nas sociedades o limite entre o normal e patológico é extremamente ténue, ao longo da história, este limite nunca foi consensual com constantes classificações e debates sobre as formas e conteúdos relacionados. Apesar da dificuldade em conceituar e delimitar o fenómeno da loucura, Foucault demonstrou que num paradoxo, o louco é facilmente reconhecido, e rapidamente, a sociedade indica formas de tratamento, a partir do maior ou menor peso, que a doença mental tenha nos valores e crenças locais (Carvalho et al., 2007).

O profissional de saúde tem um papel importante a desempenhar na garantia de existência de uma escuta, que valorize a opinião do sujeito sobre os fatores que associam à crise psicótica, ao seu bem-estar e às suas decisões de tratamento.

O mesmo profissional quando contribui para o desenvolvimento das potencialidades da pessoa, também este descobre em si próprio, novas potencialidades, quando percebe que na prática há uma necessidade de constante crítica ética e epistemológica, o oposto a posturas rígidas e inflexíveis. Esta garantia não surge apenas com a extinção dos muros dos hospitais psiquiátricos. A remoção do sintoma, ou a minimização dos seus efeitos, não pode ser por si só a meta principal dos envolvidos, é necessário observar aquilo que o sujeito tem de particular (Kleimann como referido por Carvalho et al., 2007).

No entanto, os profissionais podem não ter uma compreensão clara de quais atributos éticos e morais são necessários para conduzir a sua prática. A ilusão de superioridade, representa um risco, no qual os profissionais podem acreditar erroneamente que já possuem os atributos em grau elevado, o que pode conduzir a uma abordagem menos eficaz na intervenção e na prestação de cuidados. É fundamental, identificar esses atributos e vinculá-los à prática clínica (Corsico e Singh, 2018).

O enfermeiro especialista, tem englobado nas competências comuns o domínio da responsabilidade profissional ética e legal, e, portanto, deve orientar a decisão na observância da deontologia profissional e promover a sua prática de acordo com a deontologia profissional. Deve ainda liderar de forma efetiva os processos de decisão ética na sua área de especialidade, o que implica suscitar a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. Além da deontologia profissional deve garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento 140/2019).

Ao longo do percurso académico e de estágio foram garantidos os princípios éticos e deontológicos da prática clínica, assim como a proteção dos direitos e liberdades de todos os participantes. Foi garantido o consentimento dos participantes. No trabalho académico os dados dos participantes passíveis de serem identificados foram codificados, de forma a garantir o sigilo profissional, anonimato dos participantes e a proteção da informação.

Parte 3: Desenvolvimento Reflexivo de Competências

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de saúde de hoje assumem uma maior exigência ao nível técnico e científico, sendo a diferenciação e especialização, uma realidade cada vez mais comum na generalidade dos profissionais de saúde. Ao enfermeiro especialista são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. A atribuição do título de especialista, pressupõe que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados. Estas competências estão englobadas em quatro domínios (Regulamento nº 140/2019).

No primeiro A) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, exige que o Enfermeiro Especialista demonstre um exercício seguro, profissional e ético e que a sua tomada de decisão seja ética e deontológica, para tal é necessário um corpo de conhecimentos no domínio ético deontológico e a constante avaliação das melhores práticas nas preferências do cliente. E deve demonstrar uma prática que respeite os direitos humanos, analise e interprete situações específicas de cuidados especializados, tendo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes (Regulamento nº 140/2019).

Ao longo da prática clínica e académica, agi de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão, garantido o respeito pela privacidade, confidencialidade e dignidade, pelos valores e crenças espirituais, assegurando ainda o respeito do cliente relativo à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados^{1,2}. Durante o estágio desenvolvi um dos jornais de aprendizagem cujo tema se centrava numa análise de uma situação vivenciada em contexto clínico e da tomada de decisão. Uma reflexão através do Ciclo de Gibbs com uma sustentação ética, deontológica, de direitos humanos e normas legais: “Ao abrigo da Lei da Saúde Mental, o cliente tem o direito a (...) Acrescentar, que o consentimento informado da cliente pressupõe o respeito

¹ **A1.1** - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.

² **A2.1** - Promove a proteção dos direitos humanos (Regulamento nº 140/2019).

pela autonomia e dignidade, a decisão deixa de ser exclusivamente da responsabilidade dos profissionais e passa a ser partilhada com o cliente. (...) E de acordo com a orientação no 021/2011 da Direção Geral da Saúde (...) de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, no Artigo 102º (...) E, ainda o que está disposto na Constituição da República Portuguesa no Artigo 37.º (...) O desenvolvimento deste Jornal de Aprendizagem permitiu consolidar os vários aspetos éticos, direitos e deveres, princípios orientadores, código deontológico que guiam a tomada de decisão na prática profissional” ^{1,2,3,4} (excerto do Jornal de Aprendizagem 2).

O segundo B) Domínio da melhoria contínua da qualidade, enquanto estudante em contexto de estágio, desenvolvi uma prática assente num aprofundamento teórico e em diretrizes para uma prática segura e com qualidade, baseada em guias de boas práticas e nos padrões de qualidade definidos pela ordem dos enfermeiros⁵. No Jornal de Aprendizagem 6 ao analisar dois contextos de estágio de internamento de crise, sendo um dos internamentos de adultos e outro de pedopsiquiatria, foi possível refletir sobre o ambiente terapêutico, identificando oportunidades de melhoria^{6,7}, um exemplo, “No serviço de adultos as abordagens terapêuticas ainda são muito limitadas, tem potencialidade para desenvolver uma abordagem muito mais interessante. Os enfermeiros do serviço têm competências para uma prática mais enriquecedora” (excerto do Jornal de Aprendizagem 6). No primeiro contexto clínico foi possível enquanto estudante colaborar com a enfermeira orientadora na identificação de uma necessidade em termos de conhecimentos da equipa, tendo a enfermeira um papel interventivo “A Enfermeira Orientadora durante a passagem de turno, apresentou um papel ativo, orientou a equipa responsável a refletir sobre a tomada de decisão. E ainda, identificou a necessidade na equipa de maiores conhecimentos a este nível, tendo inclusive sugerido ao enfermeiro gestor um maior investimento na formação sobre esta temática” (excerto do Jornal de Aprendizagem 2). Sendo ainda possível durante o primeiro estágio, na elaboração do estudo de caso,

³ **A1.3** - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

⁴ **A1.2** – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão.

⁵ **B1.1** - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.

⁶ **B2.2** – Planeia programas de melhoria contínua.

⁷ **B2.1** - Avalia a qualidade das práticas clínicas (Regulamento nº 140/2019).

refletir sobre a consciência e o respeito pela identidade cultural e necessidades espirituais⁸ “Este é um exemplo da necessidade de cuidados culturalmente competentes (...) Os profissionais de saúde têm de estar despertos para as particularidades de cada cultura, as crenças e valores associados (...) existiam determinadas crenças que faziam parte da sua religião/ espiritualidade, se não estivermos atentos, podem identificar-se sinais e sintomas de doença mental, em crenças que fazem parte de determinadas culturas” (excerto de Estudo de Caso M.O.).

O terceiro C) Domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista realiza gestão de cuidados, ou seja, é capaz de otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantido a segurança e a qualidade nas tarefas delegadas, adequa os recursos necessários para a prestação de cuidados e identifica o estilo de liderança mais adequado para garantir a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019). Durante o percurso de estágio, foi possível participar em reuniões de equipa multidisciplinar no primeiro contexto, pedopsiquiatria, em que cada profissional das diferentes áreas de conhecimento contribuía para a discussão de caso, colaborando na tomada de decisão⁹. E no contexto comunitário as reuniões de Intervenção Precoce com uma equipa multidisciplinar, em que cada profissional prestava assessoria à equipa de acordo com a área de conhecimento, sendo que era reconhecido quando existia a necessidade de “referenciar para” outros profissionais⁹. No terceiro contexto de estágio, internamento de crise, foi possível refletir sobre a delegação de tarefas e o impacto na qualidade dos cuidados¹⁰ “existem momentos dos cuidados em que o enfermeiro tem de estar presente e não o assistente operacional, pois são períodos que precisam de um sentido terapêutico que só o enfermeiro pode oferecer” (Jornal de Aprendizagem 6). Durante o percurso de estágio os recursos

⁸ **B3.1** - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupos.

⁹ **C1.1** - Otimiza o processo de cuidados ao nível de tomada de decisão.

¹⁰ **C1.2** - Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (Regulamento nº 140/2019).

foram utilizados de forma eficiente de forma a promover e a garantir a qualidade dos cuidados¹¹.

O último D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deve demonstrar a capacidade de autoconhecimento, reconhecendo o que de si interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais e deve assentar a sua prática clínica e tomada de decisão em conhecimento pertinente, atual e válido, devendo responsabilizar-se pelos seus processos de aprendizagem e ter uma participação ativa no campo de investigação (Regulamento nº 140/2019). O processo de autoconhecimento iniciou-se durante o percurso académico, na unidade curricular de Desenvolvimento Pessoal, tendo ganho maior dimensão no restante percurso. O processo de autorreflexão foi constante e de várias formas, existiram oportunidades de refletir nas reuniões com o Professor Orientador e com os Enfermeiros Orientadores de estágio, como num processo de reflexão individual estruturada e escrita através dos Jornais de Aprendizagem, procurando perceber o que de mim interferia na relação terapêutica e repensar-me enquanto enfermeira, percebendo os meus limites e recursos¹², por exemplo, “Ao longo deste período de estágio, a par com o contexto onde trabalho, senti a necessidade de avaliar e refletir o meu percurso enquanto estudante da licenciatura, enfermeira, e recentemente, enquanto estudante no mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” (Jornal de Aprendizagem 3), E outro exemplo: “importante refletir sobre o porquê de ter sentido (...) em vez de ter permitido que isso interferisse na relação terapêutica” (Jornal de Aprendizagem 1).

A experiência em contextos de estágios de internamento de crise, nos quais é frequente existir momento de maior tensão, pois são vivenciadas situações de descompensação da doença mental, de internamentos involuntários (contra a vontade da pessoa), de situações nas quais existe sintomatologia de doença mental, no entanto, sendo a área de psiquiatria, não é possível um diagnóstico médico que identifique com precisão a causa e o tratamento, o que gera maior ansiedade tanto no cliente como na família. Estes contextos permitiram-me uma

¹¹ **C2.1** – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados

¹² **D1.1** - Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

maior gestão de sentimentos e emoções e atuar com maior eficiência sob pressão¹³.

Ao longo do projeto de aprendizagem, o desenvolvimento de aprendizagens e conhecimentos é da responsabilidade do estudante, no estágio foi possível compreender quais as necessidades formativas pessoais, participando em sessões de formação do serviço, no internamento de crise, uma formação com o tema “*Embodiment*”, em sessões específicas no contexto comunitário como “Prevenção das adições à internet e jogos – Programa #WhatsUp_Tu_Decides e #WhatsUp_NetEducando” (Apêndice I) e em seminários da prática especializada (Apêndice II)¹⁴. E desenvolver uma prática baseada na evidência, com atualização constante e de encontro às intervenções especializadas. Durante o percurso académico foi possível desenvolver uma *Scoping Review* com o tema “Os benefícios terapêuticos do Treino Metacognitivo na pessoa com perturbação da personalidade – *Scoping Review*”, a qual foi apresentada em formato de póster no Seminário de Enfermagem de Saúde Mental: Lisboa 2023 – A prática Especializada (Apêndice III), contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da prática especializada. Ao longo do desenvolvimento do projeto, foi sempre acompanhado de revisão teórica, procurando autores pertinentes e válidos, da utilização de modelos teóricos de enfermagem e de outras áreas disciplinares que contribuem para a prática especializada^{15,16}.

3.2. Competências Específicas do EESMP

O EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental, incluindo as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos diferentes fatores do contexto. Os cuidados do EESMP com pessoas que se encontrem a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental, contribuem com ganhos em saúde, diminuindo o grau de incapacidade que estas perturbações originam. Visam contribuir para a adequação das respostas do cliente e família, face aos problemas específicos relacionados com a doença mental. Assenta no

¹³ **D1.2** - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

¹⁴ **D2.1** - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho.

¹⁵ **D2.2** - Suporta a prática clínica em evidência científica.

¹⁶ **D2.3**- Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento nº 140/2019).

conhecimento científico, técnico e humano, e os cuidados do EESMP possibilitam que durante o processo terapêutico, o cliente viva experiências gratificantes ao nível da relação intrapessoal e interpessoal. Foram assim definidos o perfil de competências específicas do EESMP (Regulamento nº 515/2018).

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

O EESMP desenvolve uma prática em que é necessário deter um elevado autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. O processo de autoconhecimento e as vivências pessoais e profissionais, são imprescindíveis para a relação terapêutica, esta por sua vez é central para a avaliação e para o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. Ao longo do processo formativo tanto em contexto académico como em contexto de estágio foi possível refletir sobre o desenvolvimento pessoal e profissional. Em contexto académico através da unidade curricular de “Desenvolvimento pessoal” em que foi realizada uma exploração de emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que pudessem interferir na relação terapêutica. Em contexto de estágio no contato com o outro, foi possível refletir sobre o processo da relação terapêutica, discutido e partilhado, no momento, com os orientadores, como através de uma reflexão mais estruturada nos Jornais de Aprendizagem em que refletira sobre os fenómenos de transferência e contratransferência¹⁷.

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

A segunda competência do EESMP implica a recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, inclui a promoção da saúde e prevenção da doença mental. Este processo exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística,

¹⁷ **F1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (Regulamento nº515/2018).

técnicas de entrevista, observação de comportamento, revisão dos registos e avaliação integral do cliente e dos sistemas. Ao longo do desenvolvimento do projeto foi possível realizar uma avaliação abrangente em saúde mental de um grupo, em particular de um grupo na área da saúde escolar, incluindo os fatores protetores da saúde mental e os fatores de risco para a doença mental¹⁸, tendo sido desenvolvido um projeto de treino de competências socioemocionais numa turma, no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental¹⁹. No contexto hospitalar foi possível desenvolver uma avaliação global que permitisse uma descrição da história de saúde mental do indivíduo e família, e compreender o impacto da doença mental na qualidade de vida e bem-estar, utilizando técnicas de entrevista, observação e uma avaliação integral do cliente e dos sistemas através do Modelo de Betty Newman²⁰.

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

Este domínio de competência contempla o processo de enfermagem, no qual é realizada a sistematização, análise de dados, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e equipa de saúde. Para realizar o processo de diagnóstico integral e interpreta os diversos dados, utiliza o pensamento crítico. A prescrição de cuidados é baseada na evidência científica e tem como objetivos promover e proteger a saúde mental, prevenir a doença mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promovendo a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa. Tem em consideração o ciclo vital e centra a atenção nas respostas do cliente aos problemas de saúde reais ou potenciais. Utiliza o método de gestão de caso para integrar as necessidades dos clientes e equipas, de forma a otimizar os resultados, implica a organização, avaliação, negociação,

¹⁸ **F2.1.** Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territórios ocupados pelos clientes.

¹⁹ **F2.3.** Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

²⁰ **F2.2.** Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família (Regulamento nº 515/2018).

coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente (Regulamento nº 515/2018).

No percurso de estágio, nos diversos contextos foi possível identificar problemas e necessidades específicas do indivíduo e família (nos contextos de internamento de crise), documentados nos estudos de caso do projeto (Anexo VIII), e no estudo de caso desenvolvido em contexto de pedopsiquiatria (Estudo de Caso M.O.). No contexto comunitário foram identificadas as necessidades num grupo escolar. A utilização do Modelo de Betty Newman, permitiu identificar os fatores protetores e fatores stressores, assim como compreender as variáveis de cada indivíduo, a variável fisiológica permitiu refletir sobre a diferenciação entre as perturbações orgânicas das alterações específicas dos problemas de saúde mental ou alterações relacionadas com os tratamentos. A avaliação englobou as complicações que podem advir dos problemas de saúde mental, incluindo problemas de saúde física, a avaliação do risco de situações de emergência, como risco de agressividade e o risco de suicídio. O que permitiu monitorizar a segurança do cliente, e através da avaliação do estado mental existiu uma avaliação contínua que possibilitou detetar precocemente alterações no estado mental, prevenindo situações de urgência psiquiátrica. Para a formulação do diagnóstico de emergência foi utilizado sistema de taxonomia standardizado, CIPE²¹. O plano de cuidados foi desenvolvido e implementado com o cliente de forma a aumentar as suas competências e capacidades (Competências comunicacionais, de relação)²². Durante este processo foram descritos os resultados clínicos de forma individual para o cliente de forma a avaliar o plano de cuidados e os ganhos em saúde mental, um exemplo foi no projeto aplicado em contexto de internamento de crise, na descrição dos casos clínicos de primeiro surto psicótico²³.

No contexto comunitário foi concebido, desenvolvido e implementado um projeto de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental em alunos do 3º ciclo, uma turma que demonstrava maiores dificuldades ao nível das

²¹ **F3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.

²² **F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

²³ **F3.2.** Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental (Regulamento nº 515/2018).

competências socioemocionais, tendo impacto nos resultados escolares e na relação entre turma e professores. Foi assim, desenvolvido um projeto de treino de competências socioemocionais, tendo demonstrado resultados favoráveis. Durante o percurso no contexto comunitário foi possível participar na equipa de intervenção precoce, tanto na avaliação da família, como na intervenção. Esta equipa tinha como metodologia de trabalho a gestão de caso, ou seja, a cada família era atribuído um terapeuta de referência, responsável por desenvolver e implementar o plano de cuidados individualizado. Outra função consistia na orientação da família para os cuidados de saúde necessários e também para os recursos na comunidade. Para além da equipa de intervenção precoce, também foi possível participar na elaboração dos planos individuais de saúde, que permitem identificar as principais necessidades da criança e família, em articulação com a escola, desenvolver intervenções direcionadas a essas necessidades, principalmente no âmbito psicoeducativo^{24,25}.

4- Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

As intervenções definidas no plano de cuidados, têm como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere, visa ainda ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja, ou adaptar e integrar em si mesmo as experiências de saúde /doença vividas. Para poder alcançar estes resultados, o EESMP tem de mobilizar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento nº 515/2018).

O desenvolvimento do projeto contemplou intervenções no âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional, individuais, de grupo e à família. Foram

²⁴ **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.

²⁵ **F3.3.** Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade (Regulamento nº 515/2018).

desenvolvidas intervenções que promoveram a adesão ao tratamento e promoveram a consciencialização sobre o estado de saúde, o *insight*. E intervenções psicoeducativas ao ensinar os clientes e pessoas significativas sobre a sintomatologia da doença mental e dos efeitos terapêuticos e efeitos indesejáveis das intervenções (farmacológicas e não farmacológicas). No desenvolvimento das intervenções foram utilizadas técnicas que permitiram ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes, através da escuta ativa, promoção da expressão de emoções e intervenções com a utilização de mediadores expressivos. Durante o percurso de estágio foi necessário abordar assuntos sensíveis como o abuso de substâncias, tendo sido necessária sensibilidade e habilidade. Algumas destas situações estão descritas no Estudo de Caso de M.O., Caso clínico de O.R. e no caso clínico, que em particular se relacionava de um internamento por alterações do comportamento por abuso de substâncias (Estudo de Caso de J.A.)^{26,27}.

3.3. Competências de Mestre

O enfermeiro com grau de mestre deve assegurar conhecimentos especializados, em que alguns devem encontrar-se na vanguarda do conhecimento na área de enfermagem, sustentando a capacidade de reflexão, resolução de problemas em matéria de investigação e inovação. Assim, o 2º ciclo de estudos exige que o detentor do mestrado seja capaz de gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos, imprevisíveis e que exigem abordagens estratégicas. Tem ainda a responsabilidade de contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e rever o desempenho estratégicos das equipas (Regulamento nº 705/2021). Este ciclo de estudos tem quatro objetivos gerais.

Ao longo dos estágios foi possível desenvolver competências aos vários níveis ao longo do processo dos cuidados de enfermagem, documentados nos estudos de caso do projeto (Anexo VIII), nos quais, foi necessário desenvolver o julgamento clínico para compreender as respostas humanas aos processos de

²⁶ **F4.1.** Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.

²⁷ **F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir incapacidades, mobilizando os processos que melhor se adaptem ao cliente e à situação (Regulamento nº 515/2018).

vida e aos problemas de saúde e realizar uma tomada de decisão relativa ao processo de cuidar²⁸.

No decurso da formação académica e em contexto de estágio, o desenvolvimento do conhecimento e da prática foi sustentado em evidência teórica, recorrendo aos resultados de investigação publicados em bases de dados científicas e de referenciais teóricos relevantes para uma prática com qualidade e atualizada, assente nas referências éticas e deontológicas da profissão ²⁹.

O desenvolvimento do projeto, sustentado em evidência científica, no contexto de estágio permitiu uma integração e dinamização da enfermagem em equipas multidisciplinares, não só em equipas de saúde, mas também em outros contextos, como o caso do contexto de saúde escolar, no qual o projeto foi aplicado em escolas e foi necessário a partilha e discussão com outras áreas profissionais. Para além da aplicação deste projeto, foi possível participar noutros projetos já em desenvolvimento nas equipas, como o caso da intervenção precoce (contexto comunitário), treino metacognitivo (contexto hospitalar), intervenções psicoterapêuticas e psicossociais (contexto de pedopsiquiatria)³⁰.

No decurso académico, foi possível contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada, como já referido anteriormente, com a realização de uma revisão com o título “Os benefícios terapêuticos do Treino Metacognitivo na pessoa com perturbação da personalidade – *Scoping Review*”, a qual foi apresentada em formato de póster no Seminário de Enfermagem de Saúde Mental: Lisboa 2023 – A prática Especializada (Apêndice III), permitiu uma reflexão sobre as implicações para a prática de enfermagem especializada com a utilização do treino metacognitivo com a pessoa com perturbação da

²⁸ **a)** Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.

²⁹ **b)** Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos.

³⁰ **c)** Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos (Regulamento nº 705/2021).

personalidade. O relatório em si também permite o desenvolvimento da disciplina da prática especializada ao relatar as intervenções especializadas aplicadas em diferentes contextos da prática clínica, com sustentação teórica e de evidência científica³¹.

³¹ **d)** Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (Regulamento nº 705/2021).

Notas Finais

A psicose apresenta um *continuum* ao longo do tempo, sendo que identificar o estadio da doença psicótica, permite distinguir as diferentes fases e adaptar as intervenções a cada uma delas. Desde uma abordagem preventiva até à reabilitação. Há uma procura em que a intervenção, não só trate determinado estadio, mas previna a progressão para um estadio mais avançado da doença, o qual tem menor possibilidade de recuperação (Gouveia et al., 2023; Levy & Coentre, 2014). O primeiro episódio psicótico é um período crucial, surge frequentemente em adolescentes e jovens adultos, etapas importantes no desenvolvimento. Estes episódios podem contribuir para disrupções significativas em termos pessoais e sociais e aumentar o risco de comorbilidades. Portanto, uma intervenção dirigida e atempada pode contribuir para desfechos mais favoráveis, impedir a evolução da doença para estadios com pior prognóstico e ser menos impactante na vida do indivíduo e família. A intervenção precoce pode ocorrer em dois momentos, numa fase prodrómica, na qual ainda não existe sintomatologia psicótica, mas existem fatores de risco para o desenvolvimento de psicose. E numa fase em que já se instalou o primeiro episódio psicótico com intervenções dirigidas a esta fase, onde a família é incluída (Power, 2017; Levy & Coentre, 2014; Gonzáles-Blanch et al., 2014)

O cuidado do EESMP tem especificidades na excelência relacional, na mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e na mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade ao longo de todo o ciclo de vida. As intervenções do EESMP contribuem para que haja uma adequação das repostas da pessoa doente e família face a problemas específicos relacionados com a doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica permite uma formação teórica, científica, técnica e humana para uma prática de cuidados especializados em situações de elevada complexidade. O estágio permite o desenvolvimento das competências, Benner (2001) afirma que a prática de enfermagem se insere num processo contínuo, que resulta da aprendizagem experiencial adquirida num ambiente, onde o enfermeiro é confrontado com

situações clínicas, que exigem o julgamento clínico para a compreensão da integralidade da prática. Os contextos de estágio são uma oportunidade de contactar com áreas específicas e adquirir experiência clínica em contextos diferenciados, com profissionais peritos na área. Além da aquisição e desenvolvimento de competências necessárias ao enfermeiro especialista e ao grau de mestre, permite a construção de uma identidade profissional.

O relatório de estágio exigiu uma análise retrospectiva de todo o percurso académico, com uma análise sobre as atividades desenvolvidas, o processo de evolução e crescimento pessoal e profissional. Permitiu relatar o processo de aprendizagem, com o desenvolvimento de competências necessárias ao EESMP. Permitiu ainda demonstrar a aplicação de um projeto de enfermagem com intervenções especializadas, sustentadas em evidência científica e com base em referências teóricas, em dois contextos distintos. Foi de encontro aos objetivos propostos.

Bibliografia

- Adderley, K.G.D., Blaskó, A., Belchior, M., Damjanov, J., Maciel, M., Teszáry, J., Werner, M. & Westberg, M. (2021). Sociodrama: the Art and the Science of Social Change. L'Harmattan Könyvesbolt: Budapeste.
- Albuquerque, R. N. & Borges, M. S. (2021). *Comportamento suicida: Uma compreensão desde la perspectiva de la teoria de Betty Neuman*. Revita Baiana Enfermagem.
- Belo, F. & Scodeler, K. (2013). A importância do Brincar em Winnicott e Shiller. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro. V 45, p. 91-109.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem. Quarteto.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). As Mil Faces da Adolescência. 1ª Edição. Confrontações: Lisboa.
- Carvalho, I. S., Costa, I. I., Bucher-Maluschke, J. (2007). Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. V.7, Nº1, pp. 163-189.
- Cheniaux, Elie (2015). Manual de Psicopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 5ªed.ISBN: 9788527727426
- Coimbra de Matos, A. (2002). Adolescência: o triunfo do pensamento e a descoberta
- Coimbra de Matos, A. (2007). Vária: Existo porque Fui Amado. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A. (2014). A depressão. Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-320-1
- Corsico, P. & Singh, I. (2018). Commentary: On action guidance and good practice in early intervention for psychosis: a response to Bortolotti & Jefferson (2018). *Child and Adolescent Mental Health*, 23 (3), pp.196-197.

- Cruz, A., Sales, C. M. D., Alves, P., & Moita, G. (2018). The Core Techniques of Morenian Psychodrama: A Systematic Review of Literature. *Frontiers in psychology*, 9, 1263. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263>
- Decreto de Lei n 54/2018, de 6 de julho. Diário da República, 1.ª Série – N° 129.
- Decreto-Lei nº 281/2009, 6 de outubro. Diário da República, 1.ª Série – N°193.
- Direção Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional da Saúde Escolar. Lisboa: Direção Geral da Saúde. pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em meio escolar. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- do amor. (10ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Favrod, J., Maire, A. (2014). *Recuperar da Esquizofrenia*. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas. ISBN: 978-989-748-005-8
- Figueiredo, M, & Amendoeira, J. (2019). *Promoção da Saúde em Enfermagem. Um Ensaio: Do Modelo Salutogénico ao Modelo de Sistemas*. 60(1-2), 6-13.
- Franco, S. G. (2005). Estela, a psicose, um caminho entre pedras. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII), pp. 381-390.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In *Tomey, A., Alligood, M. Teóricas de enfermagem e a sua obra* (p. 335-354). Loures: Lusociência.
- Gabbard, Glen O. (2016). *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. 5ªed. ABP, Artmed. ISBN: 9781585624430.
- Gallop, R. & O'Brain, L. (2003). Re-establishing Psychodynamic Theory as Foundational Knowledge for Psychiatric/Mental Health Nursing. *Mental Health Nursing* nº24. P 213-227.
- George, J. (2000). Betty Neuman. In *George, J. (org.). Teóricas de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (p. 225-240). Porto Alegre: Artmed Editora.

- George, J. (2014). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. (6nd) Pearson.
- Goldner-Vukov, M., Cupina, D.D., Moorem L., Baba-Milkic, N. & Milovanovic, S. (2007). Early Intervention In First Episode Psychosis: Hope for a better future. BIBLID: 11-12. Pp. 672-678
- González-Blanch, C., Álvarez-Jiménez, M., Ayesa-Arriola, R., Martínez-García, O., Pardo-García, G., Balanzá-Martínez, V., Suárez-Pinilla, P. & Crespo-Facorro, B. (2014). Differential associations of cognitive insight componentes with pre-treatment characteristics in the first episode of psychosis. *Psychiatry Research*, 215(2), pp.308-313.
- Gouveia, M., Costa, T., Morgado, T., Sampaio, F., Rosa, A. & Sequeira, C. (2023). Intervention programs for first-episode psychosis: a scope Review protocol. *Nursing Reports*, 13, pp 273-283
- Health Behaviourin Shcool – Aged Children (2022). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Contexto de Pandemia*.
- Hou, Y. (2022). The Relationship between Interoceptive Awareness and Social-Emotional Competence. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*. Volume 5, pp. 296-300
- Institute of Medicine (IOM). (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people : progress and possibilities* (Y. and Y. A. A. and P. I. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance AbuseAmong Children, Ed.). The National Academies Press.
- Jefferson, A. & Bortolotti, L. (2018). Commentary: What aspects of good practice in early intervention in psychosis can be codified in Guidelines? – A commentary on Corsico et al. (2018). *Child and Adolescent Mental Health*, 23 (3), pp. 194-195.
- Levy, P. & Coentre, R. (2014). Primeiro Episódio Psicótico. I n: Figueira ML, Sampaio D, Afonso P; , editores. *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: LIDEL; 2014

- Lopes, J. & Cutcliffe, J. R. (2018). Psychodynamic and Psychoanalytical Theory, Approaches and Clinical Relevance: Applying the Psychoanalytic Principles and Practices to Mental Health Nursing. In J.C. Santos, J.R. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/ Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing*,
- Lopes, J. O. (2020). Gestão de Fenómenos Relacionais Incoscientes como Intervenção Especializada de Inspiração Psicanalítica. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: LIDEL-Edições.
- Lynch S., Holttum, S. & Huet, V. (2019). The experience of art therapy for individuals following a first diagnosis of a psychotic disorder: a grounded theory study. *International Journal of Art Therapy*. Vol. 24, Nº1, pp. 1-11.
- Monteiro, I. (2023). Arte e Saúde Mental: A Criatividade Artística como Intervenção Terapêutica. *Convergências – Revista de Investigação e Ensino das Artes*, Vol. 16 (32), pp. 164-180.
- Nascimento, A. P., Pinheiro, C. B., Cunha, I. D., Rosa, M. C. & Machado, R. P. (2011). Sobre o que se transporta (Contra)Transferência(s). *Análise Psicológica*, 3(19), pp. 467-482.
- Observatório de Saúde Psicológica e bem-estar: Monitorização e Ação (2022). *Saúde Psicológica e Bem-estar*.
- Oliveira, J. I. (2019). Primeiro Surto Psicótico: fatores de risco, fatores preditivos e diagnóstico diferencial: Artigo de Revisão Bibliográfica.
- OMS (2022). Saúde Mental de Adolescentes. Disponível em [Saúde mental de adolescentes \(who.int\)](https://www.who.int/pt/publications-detail/saude-mental-de-adolescentes)
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros.
- ORYGEN Youth Health (2002). *The Early Diagnosis and Management of Psychosis*. ISBN 1-920718-09-5
- Power, P. (2017). Outcome and recovery in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 211(6), 331-333. doi:10.1192/bjp.bp.117.205492

- Ramalho, C. M. (2011). *Psicodrama e dinâmica de grupo*. São Paulo: Iglu
- Regulamento nº 356/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2ª série (Nº 122 de 25/06/2015), 17034-17041.
- Regulamento nº 705/2021. Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. *Diário da República nº144/2021*, Série II de 27-07-2021.
- Regulamento nº515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República, 2ª serie (Nº 151 de 7-8-2018)*. 2147-21430.
- Regulamentos nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª Série (Nº26 de 06 de fevereiro de 2019)*. 4744-4750.
- Reis, A. C. (2014). Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 34(1), pp. 142-157.
- Ruivo, M., Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 3-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sampaio, F., Sequeira C. & Lluch Canut, T. (2014). Intervenciones Nic Del Dominio Conductual: Un Estudio De Focus Group De Intervenciones Psicoterapéuticas De Enfermería. *Simposium AENTDE*.pp. 718-721
- Sampaio, F., Sequeira C. & Lluch Canut, T. (2016). Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem. *V Jornadas de Enfermagem de saúde Mental: da conceptualização à Prática clínica*. Vila Nova de Famalicão (Portugal).
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84. doi: 10.19131/rpesm.0205

- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2021). *Enfermagem de saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: LIDEL.
- Serviço Nacional de Saúde. (Setembro de 2023). UCC Cruzeiro de Algueirão e Rio de Mouro. Obtido de [min-saude.pt: https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30030/3110551/Pages/default.asp](https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30030/3110551/Pages/default.asp)
- Silva, B. S. & Castro, J. E. (2018). A construção de psicose de Freud a Lacan e as suas implicações na prática clínica. *Analytica: São João del-Rei*. 7 (13), pp. 145-160
- Sousa, V. T. & Moura, L. (2011). Um olhar sobre a psicose através do Psicodrama. *Revisões*. Volume XIII, Nº3, pp.15-23
- Tamminga (2020). *Introdução à esquizofrenia e transtornos relacionais*. Disponível em [Introdução à esquizofrenia e transtornos relacionados - Transtornos psiquiátricos - Manuais MSD edição para profissionais \(msdmanuals.com\)](https://www.msdmanuals.com/pt-br/medicina/psiquiatria/introducao-a-esquizofrenia-e-transtornos-relacionais)
- Stephenson, J. (2018). I, Me, You & Us: can a psychodynamic model provide a relational perspective on psychosis?. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32 (3), pp. 267-281.
- Tamminga (2020). *Introdução à esquizofrenia e transtornos relacionais*. Disponível em [Introdução à esquizofrenia e transtornos relacionados - Transtornos psiquiátricos - Manuais MSD edição para profissionais \(msdmanuals.com\)](https://www.msdmanuals.com/pt-br/medicina/psiquiatria/introducao-a-esquizofrenia-e-transtornos-relacionais)
- Teixeira, J. A. C. (2005). *Psicopatologia Geral-Introdução Métodos e Modelos, Psicopatologia descritiva*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada – CRL. ISBN: 972-8400-73-X.
- WHO (2022). *Schizophrenia*. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yaniv, D. (2014). Tele and the social atom: The oeuvre of JL Moreno from the perspective of neuropsychology. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 13, 107-120