



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Abordagem *Trauma Informed Care* com
pessoas que utilizam drogas: o papel do
enfermeiro especialista**

Joana Correia Pires

Orientação: Prof^o Doutor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Abordagem *Trauma Informed Care* com
pessoas que utilizam drogas: o papel do
enfermeiro especialista**

Joana Correia Pires

Orientação: Prof^o Doutor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer ao Professor Lino Ramos, ao Enfermeiro Filipe e à Lúcia por terem feito parte deste processo, no acompanhamento e transmissão de conhecimentos, que permitiu a conclusão de mais uma etapa.

Agradecer à minha família, sobretudo aos meus pais, à minha avó e à minha madrinha por estarem cá desde o início.

À Ângela por acreditar em mim e apoiar-me em todos os momentos.

A todos os amigos e companheiros de muitas lutas pelo apoio e motivação.

RESUMO

Este relatório tem como finalidade relatar o percurso realizado durante o Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), tendo em conta o decorrido nos estágios, por forma a refletir a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A metodologia seguida no presente relatório é a metodologia de projeto. O percurso de aprendizagens em campo de estágio decorreu na área das dependências, especificamente no campo do tratamento, compreendendo o seu desenvolvimento em unidade de desabitação e comunidade terapêutica. Através do acompanhamento das Pessoas que Utilizam Drogas (PUD) e na implementação de um projeto tendo por base a abordagem de Trauma Informed Care (TIC) foi integrado o processo de teorização, diagnóstico, planificação, execução e avaliação deste, por forma a destacar a importância da abordagem nestes contextos.

As intervenções desenvolvidas basearam na teoria de Nola Pender e no seu Modelo de Promoção de Saúde, estando divididas em duas componentes. Componente organizacional e clínicas, com os seguintes momentos: formação sobre trauma e TIC; dinamização de espaços de reflexão sobre ambientes seguros e não indutores de trauma; dinamização de espaço de promoção de bem-estar nas equipas; sessões psicoeducativas e psicoterapêuticas com as PUD, famílias e equipas.

Palavras-Chave: *Trauma Informed Care*; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias

ABSTRACT

The purpose of this report is to describe the journey taken during the Master's Degree in Nursing with a specialty in Mental and Psychiatric Health Nursing (ESMP), taking into account the progress made in the internships, in order to reflect the acquisition of skills of a Specialist and Master Nurse in Mental and Psychiatric Health.

The methodology followed in this report is the management methodology. The course of learning in the field took place in the area of substance addictions, specifically in the field of treatment, comprising its development in a detox unit and therapeutic community. By monitoring People Who Use Drugs (PWUD) and implementing a project based on the Trauma Informed Care (TIC) approach, the process of theory, diagnosis, planning, execution and evaluation of this project was integrated, in order to highlight the importance of the approach in these contexts.

The interventions developed based on Nola Pender's theory and Health Promotion Model were divided into two components. Organizational and clinical component, with the following moments: training on trauma and TIC; dynamization of spaces for reflection on safe environments that do not induce trauma; dynamization of space for the promotion of well-being in the teams; psychoeducational and psychotherapeutic sessions with PUD, families and teams.

Keywords: Trauma Informed Care; Mental Health; Psychiatric Nurse; Substance-Related Disorders

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CT – Comunidade Terapêutica

ETET – Equipa de Técnica Especializada de Tratamento

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MPS – Modelo de Promoção de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSPT - Perturbação de Stress Pós-Traumático

PUD – Pessoas que utilizam drogas

SPA – Substâncias Psicoativas

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

TAO - Tratamento Agonista Opiáceo

TIC – Trauma Informed Care

UD – Unidade de Desabilitação

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	11
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
2.1	Consumo de Substâncias Psicoativas	13
2.2	Saúde Mental e Perturbações Relacionadas com o Consumo de Substâncias	14
2.3	Abordagem Trauma Informed Care	17
2.4	Papel do enfermeiro no cuidado direcionado para PUD	20
2.5	Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	21
3.	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	23
3.1	Caracterização da Unidade de Desabilitação	23
3.2	Caracterização da Unidade de Tratamento – Comunidade Terapêutica	23
4.	METODOLOGIA DE PROJETO	24
4.1	Diagnóstico da Situação	24
4.2	Planeamento.....	28
4.3	Execução e Resultados	36
4.4	Avaliação.....	42
5.	ANALISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	43
5.1	Competências Comuns	44
5.2	Competências Específicas.....	52
5.3	Competências de Mestre em Enfermagem.....	56
6.	CONCLUSÃO	59
7.	BIBLIOGRAFIA.....	62

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório, elaborado para obtenção do grau de mestre em enfermagem, surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, promovido pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, designadamente, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Este relatório permite refletir sobre o desenvolvimento de competências e tomada de consciência dessas mesmas, refletindo criticamente e explanando as atividades experienciadas nos estágios. Congregando assim uma reflexão sobre a temática do trauma e o seu envolvimento com a dependência de substâncias, e identificando uma abordagem recente que tem sido dinamizada noutros países, o *Trauma Informed Care* (TIC), pretendeu-se tornar esta abordagem uma prática nos contextos da área do tratamento das dependências, sobretudo comunidade terapêutica e unidade de desabilitação.

O TIC é assim uma abordagem participada, multissistémica e integrativa que pretende holisticamente olhar o trauma, a sua função e consequências nas Pessoas que Utilizam Drogas (PUD). Desenvolvido com e para o utente, pretende-se identificar sinais e sintomas de trauma, evitando situações de reativação deste nos contextos dos serviços (Better Care Playbook, 2020; SAMHSA, 2014).

A abordagem é ainda mais interseccional, visto que pretende entroncar as visões das PUD, das famílias, das equipas e por fim da comunidade, na dinamização de intervenções que compreendam a afeção do trauma e no desenvolvimento de mecanismos de coping eficazes. O caminho compreende ainda o trabalho dos serviços e equipas, acautelando comportamentos, linguagens e ambiente promotores de saúde.

O presente relatório encontra-se dividido em 5 capítulos:

No primeiro capítulo é realizada uma caracterização epidemiológica e de saúde pública face ao consumo de drogas em Portugal, especificando a diferença dual entre o seu uso

e a perturbação pelo uso de substâncias. De seguida é explanada a importância da avaliação do trauma em populações vulneráveis como as apresentadas, refletindo-se sobre a abordagem de TIC e a sua aplicabilidade nestes contextos de tratamento de dependências. Em consequência o segundo capítulo visa a caracterização sobre os locais de estágio, por forma a compreender-se algumas dinâmicas de serviço.

O terceiro capítulo pretende refletir a metodologia de projeto, explanando o diagnóstico que foi realizado nos contextos e a sua assente confrontação com a evidência científica que existe na área, e que promoveu inicialmente o desenvolvimento do planeamento do projeto. Na descrição da execução, resultados e avaliação pretende-se aflorar as necessidades que são específicas da população que encontramos e dos serviços, apropriando a intervenção com base nestes.

No quarto capítulo foi realizada uma descrição de percurso realizado durante o curso, que refletisse sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP). Todo o percurso se encontra documentado, com uma análise profissional e pessoal deste. Por fim o quinto capítulo visou a realização de uma síntese do trabalho desenvolvido, deixando-o algumas ideias de caminhos ainda a traçar na área específica. Este relatório encontra-se de acordo com a Norma American Psychological Association (APA), 6ª edição, e redigido com o novo acordo ortográfico para a língua portuguesa.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O seguinte capítulo pretende apontar os principais conhecimentos técnico-científicos que julgo relevantes para a compreensão da temática em estudo. Encontra-se subdivido em cinco subcapítulos: o primeiro pretende fazer uma breve contextualização sobre o consumo de substâncias psicoativas (SPA), confrontando-nos com a realidade portuguesa face ao consumo de drogas; o segundo contextualiza dualmente o consumo de drogas *versus* as perturbações relacionadas com o consumo de substâncias; o terceiro faz uma breve síntese do que é a abordagem do *trauma informed care*; o quarto e quinto ponto, respetivamente, expressam a prática do enfermeiro no cuidado a pessoas que utilizam drogas (PUD) tendo por base um referencial teórico.

2.1 Consumo de Substâncias Psicoativas

O consumo de SPA, comumente denominado de consumo de drogas, esteve sempre presente ao longo da história da humanidade. Elas potenciam a capacidade da alteração do estado de consciência e da perceção, provocando alterações comportamentais (Rafaela & Cerejeira, 2018). As SPA classificam-se tendo em conta os seus principais efeitos, em sete categorias: estimulantes, opióides, depressores, canabinóides, empatogéneos, psicadélicos e dissociativos (Balsa, Vital, & Urbano, 2018; Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho, & Gouveia, 2000).

Em Portugal, à luz do atual referencial político-legal, as SPA podem dividir-se em lícitas e ilícitas. As SPA lícitas veem a sua produção e uso permitidos à luz da lei, sendo as mesmas de comercialização e consumo acessível. O álcool, o tabaco e as benzodiazepinas são alguns desses exemplos. As SPA ilícitas veem a sua produção delegada aos mercados informais de drogas, não existindo qualquer tipo de controlo sobre a sua produção e venda, remetida para o tráfico. Alguns dos exemplos de SPA ilícitas são a heroína, a cocaína e o MDMA. A importância desta divisão prende-se sobretudo com os impactos diretos e indiretos na sociedade dos mercados ilícitos de droga, incluindo na saúde das PUD (EMCDDA, 2019).

O consumo de substâncias quando recreativo, esporádico e sem prejuízo além do efeito imediato da substância, não necessita de nenhum acompanhamento clínico. Contudo,

interessa perceber qual a realidade dos consumidores regulares, fatores de risco associados e como as populações mais vulneráveis são afetadas, por forma a delinear-se abordagens eficazes.

As intervenções de prevenção, redução de danos, tratamento e reinserção social são algumas das disponibilizadas no setor público, mediante as necessidades e vontades das PUD (reduzir, consumir de forma mais segura ou parar consumos) (Rafaela & Cerejeira, 2018).

Em Portugal no IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substância Psicoativas na População Geral, 2016/2017, realizado na população residente dos 15 aos 74 anos, as prevalências de consumo de qualquer droga foram de 10% ao longo da vida, 5% nos últimos 12 meses e 4% nos últimos 30 dias. Existiu um aumento face a 2012, do reporte de consumo de qualquer substância nos últimos 30 dias. A canábis, a cocaína e o MDMA são as três principais substâncias consumidas. A canábis apresenta a maior taxa de continuidade dos consumos ao longo da vida (47%), seguindo-lhe o MDMA (19%), a cocaína (18%) e por fim a heroína (11%). Em relação às idades de inícios de consumo, a maior prevalência de inícios de consumos recentes centra-se no grupo dos 15 aos 24 anos. Visualizando as prevalências de consumo de qualquer droga nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, a faixa etária dos 25 aos 44 anos é onde se situam a maior parte das PUD (Balsa, Vital, & Urbano, IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, 2018).

Nas estimativas do SICAD (Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências) de 2015 e 2018, os consumos associados a maior risco, evidenciam-se uma taxa por mil habitantes entre os 15-64 anos, de 9,8% para consumo de cocaína recente, 4,5% para consumo de opiáceos e 2,1% para consumo de qualquer substância por via injetada (SICAD, 2022).

2.2 Saúde Mental e Perturbações Relacionadas com o Consumo de Substâncias

A saúde mental é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o stress da vida, realizar as suas habilidades, aprender bem e trabalhar bem e contribuir para as suas comunidades. A saúde mental é um componente integral da saúde e do bem-estar e é mais do que a ausência de transtorno mental” (WHO, 2022, p. 8). Os problemas de saúde mental são caracterizados pelo distúrbio clinicamente significativo de um indivíduo, refletindo-se na disfunção psicológica, biológica, cognitiva, de regulação emocional ou comportamental, podendo considerar-se também os processos de desenvolvimento que conduzem a estas disfunções (WHO, 2022). A saúde mental é uma prioridade de saúde pública sendo que os estudos epidemiológicos demonstram que as percentagens de perturbação psiquiátrica e outros problemas de saúde mental se tornaram nas principais causas de morbilidade, estando nas dez principais causas de incapacidade (DGS, 2008).

As perturbações relacionadas com o consumo de substâncias são um desses exemplos. Estas podem dividir-se em dois grupos: perturbações induzidas por substâncias e perturbações por uso de substâncias (APA, 2013). No estudo do *The Global Burden of Disease Study* é atribuível ao consumo de SPA a perda de 42 milhões de anos de vida saudáveis, atribuíveis os *Disability Adjusted Life Years (DALY's)* 50% à morte prematura e os outros 50% aos anos de vida vividos com doença ou incapacidade, muitas vezes evitáveis se existissem respostas adequadas para as PUD (UNODC, 2019).

As perturbações relacionadas com o consumo de SPA dependem muito dos padrões de consumos, incluindo a quantidade, os efeitos psicoativos da mesma e da efetiva dependência, física ou psicológica, que o consumo de substâncias pode trazer. Enquanto vetor bilateral, as problemáticas sociais podem influenciar e ser influenciadoras pelo consumo de substâncias (OMS, 2004).

Nas perturbações induzidas por substâncias as síndromes manifestam-se em relação direta com o consumo ou abstinência. Podem introduzir-se aqui as sobredosagens, a abstinência e as perturbações mentais induzidas por substâncias (Rafaela & Cerejeira, 2018). A intoxicação é a exposição a uma ou mais SPA com alterações que ultrapassam os efeitos desejados, sendo a abstinência correspondente ao conjunto de sintomas que ocorre após a cessação ou redução da exposição à substância (Rafaela & Cerejeira, 2018).

As perturbações por uso de substâncias consistem no uso continuado de uma substância, apesar do surgimento de problemáticas associadas a esta (APA, 2013). A perda de controlo, o prejuízo social, o uso de forma arriscada, o aumento da tolerância e a presença de sintomas de abstinência são alguns dos critérios do consumo disfuncional. As perturbações mentais induzidas por substâncias podem incluir psicoses, perturbação bipolar, depressão, ansiedade, perturbação obsessivo compulsiva, disfunção sexual, *delirium* e perturbação neurocognitiva (APA, 2013). A comorbilidade mental e as perturbações por uso de substâncias podem decorrer de forma concorrente, situando-se a presença de ambos no mesmo tempo, ou sucessiva, situando-se a presença destes em momentos diferentes da vida dos indivíduos (Langas, Malt, & Opjoirdsmoen, 2011). Desta forma existem três caminhos que podem conduzir para situações de comorbilidade mental:

- Utilização de SPA que podem fazer com que as PUD experienciem sintomas de patologia mental, induzida pela substância (exemplo perturbação psicótica) ou “despertando” uma situação crónica de patologia mental (Blanco et al., 2012; Radhakrishnan, Wilkinson, & DSouza, 2014);
- Patologia mental que leva ao consumo de substâncias, como forma de alívio da sintomatologia provocada pela comorbilidade mental (EMCDDA, 2013; Hall, Degenhardt, & Teesson, 2009; Torrens, Gilchrist, & Domingo-Salvany, 2011);
- Uso de SPA e a comorbilidade mental podem ser causadas por fatores predisponentes entre si, como por exemplo défices cognitivos, vulnerabilidade genética e exposição a situações de stress ou trauma ao longo da vida (Brady & Sinha, 2005).

Estudos na área clínica e epidemiológica têm demonstrado como a frequência de comorbilidade mental em PUD pode ser mais elevada (Baldacchino et al., 2009). A combinação de ambos piora a situação social, psicológica e física, sendo mais visível sobretudo em pessoas em situação de maior vulnerabilidade. Com toda esta situação, as PUD têm muitas vezes dificuldade em aceder aos cuidados sociais e de saúde e a cumprir

regimes terapêuticos que poderiam ser benéficos para a sua situação. A morbidade e a mortalidade das PUD é superior naquelas que têm comorbidade mental (Crome, 2006). Alguns estudos que decorreram na Europa estimam que a prevalência de comorbidade psiquiátrica na população geral varie entre os 43 e os 120 indivíduos por cada 100 mil habitantes (Baldacchino et al., 2009). Em estudos como o de Marshall e Farrell (2007) e Palijan et al. (2009) as perturbações da personalidade, do humor e psicóticas são as mais frequentes. Em Portugal, dados de 2005, apresentam uma prevalência de 53% de comorbidade psiquiátrica num estudo conduzido com PUD que estavam em seguimento em instituições de tratamento.

A abordagem a situações de comorbidade deve ser adereçada de forma simultânea, envolvendo os profissionais de forma a atingir objetivos comuns. O modelo integrado de tratamento providencia que os serviços de saúde mental não estejam totalmente separados dos serviços de intervenção nas dependências, como a atualmente se encontram (EMCDDA, 2016).

2.3 Abordagem *Trauma Informed Care*

O trauma é definido como “(...)um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias que é vivenciado por um indivíduo como física ou emocionalmente prejudicial ou ameaçador à vida e que tem efeitos adversos duradouros no funcionamento e no bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual do indivíduo.” (SAMHSA, 2014).

A exposição ao trauma é definido pelo evento, atual ou passado, que gerou a situação traumática. A experiência do indivíduo que passou por um evento traumático é influenciada pela forma como este foi vivenciado. De ordem percecional, a forma como a pessoa significou o evento e o viveu física e psicologicamente, vai determinar como foi a sua experiência. As crenças culturais, o suporte social, a idade e a fase de desenvolvimento da pessoa são outros fatores que afetam a experiência de situações traumáticas (Felitti, et al., 1998; Perry, 2004; Resilience For All Ages, 2019).

A capacidade de *coping* das pessoas que passaram por situações de trauma pode também ser afetada, comprometendo o bem-estar e funcionamento dos indivíduos (Michelfelder & Swoboda, 2012). O efeito do trauma extravasa o momento vivenciado, podendo

conduzir a incapacidade de as pessoas lidarem com situações de stress normais do seu dia-a-dia, de conseguirem estabelecer relações de confiança com os outros e de estarem na sua plena forma cognitiva (Resilience For All Ages, 2019). A ativação de mecanismos protetores é muitas vezes evidente, mesmo quando os indivíduos não estão a vivenciar situações ameaçadoras, por medo de reviverem as situações de trauma (Blue Knot Foundation, n.d.).

O abuso, a negligência, a discriminação e a violência constituem alguns exemplos de situações traumáticas, que podem ocorrer em várias fases ao longo do ciclo de vida (Felitti, et al., 1998; The Research and Evaluation Group, 2013). A evidência tem demonstrado que as pessoas que já vivenciaram situações de trauma, têm maior predisposição a desenvolver outras patologias. Algumas das quais patologias gastroenterológicas, cardíacas, respiratórias, mentais, infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) e consumo de SPA (Child Welfare Information Gateway, 2015; Felitti, et al., 1998; The Research and Evaluation Group, 2013).

Sabemos que as situações traumáticas não afetam todas as pessoas da mesma forma, sendo que as que vivem em comunidades mais pobres, que pertencem a minorias étnico-raciais, da comunidade LGBTQIA+, mulheres, entre outros grupos vulneráveis, têm prevalências superiores de trauma face à população geral (Andersen & Blossnich, 2013; Child Welfare Information Gateway, 2015; Felitti, et al., 1998; Rose, Xie, & Stinenman, 2014; Slopen, et al., 2016; The Research and Evaluation Group, 2013).

Entoncando nesta ideia, os fatores protetores que podem ajudar as pessoas a experienciar situações traumáticas, de forma menos problemática, são: o suporte parental, as conexões sociais e as suas competências socio-emocionais (Centers for Disease Control and Prevention & Division of Violence Prevention, 2016; The Research and Evaluation Group, 2013).

O *trauma informed care* (TIC) é uma abordagem centrada na pessoa, que pretende reconhecer o trauma, tendo uma visão holística da situação de vida dos utentes de forma a fornecer cuidados de saúde eficazes, potenciando o envolvimento do utente, a adesão ao tratamento e a melhoria dos *outcomes* em saúde. Esta abordagem busca perceber o impacto generalizado do trauma, formulando caminhos de recuperação, identificando

sinais e sintomas e evitando situações de reativação do trauma (Better Care Playbook, 2020; SAMHSA, 2014).

A abordagem de TIC pode ser entendida através dos seus 4 Rs: realização, reconhecimento, resposta e resistência.

A realização compreende o entendimento de que os indivíduos, as famílias, as organizações e a comunidade compreendem a forma como o trauma pode afetar as pessoas, bem como a adoção de mecanismos adaptativos de *coping* ineficazes, que justificam alguns dos seus comportamentos.

O reconhecimento passa por conseguirmos identificar sinais das pessoas que sofreram situações traumáticas, conseguindo chegar a elas e ajudá-las. Nesta fase permite-nos compreender alguns comportamentos da pessoa, por forma a delinear uma intervenção eficaz.

A resposta compreende o trabalho a ser desenvolvido pelas organizações, no sentido de acautelar o seu comportamento, linguagem e outros, por forma a ter em consideração as experiências de trauma dos utentes, das famílias e dos restantes colegas de trabalho.

Por fim, a resistência é o evitamento de vivenciar situações de replicação do trauma, assegurando práticas que não criem ambientes tóxicos e indutores de trauma (Resilience For All Ages, 2019).

Para a implementação de uma abordagem de TIC é necessário seguir os princípios adjacentes:

- Empoderamento, voz e escolha dos utentes: utilizar as forças e recursos que a pessoa dispõe por forma a empoderar a mesma, informando os utentes sobre as respostas que têm disponíveis, deixando que a escolha possa ser feita por eles;
- Colaboração e mutualidade: maximizar os momentos de colaboração entre equipa, utentes e famílias, enquanto parceiros e estruturadores dos cuidados;
- Segurança: desenvolver ambientes seguros, físicos e emocionais, que não perpetuem sentimentos de ameaça e perigo, mas sim que os mitiguem. A segurança para os utentes passa pela maximização do controlo sobre as suas

vidas, sendo que para as equipas de saúde passa pelo controlo do ambiente e minimização de situações de risco nos locais de prestação de cuidados;

- Confidencialidade e transparência: criar expectativas claras sobre as opções disponíveis para cada utente, esclarecendo sempre com quem e como vão ser providenciadas as opções terapêuticas;
- Suporte por pares: suporte realizado por outra pessoa que passou por situações traumáticas para o estabelecimento mais facilitado de relações de segurança e esperança;
- Questões culturais, históricas e de género: os estereótipos associados ao género, etnia, orientação sexual, idade e religião, têm de ser incorporados pelo respeito pelas tradições e costumes de cada um, bem como pela sua influência na vivência do trauma (Elliot, Bjelajc, Fallot, Markoff, & Reed, 2005; Harris & Fallot, 2001; Resilience For All Ages, 2019).

2.4 Papel do enfermeiro no cuidado direcionado para PUD

Lazure (1994) define como características inerentes ao ato de ajudar e cuidar, o tempo, a competência, o saber, o interesse, a capacidade de escuta e por fim a compreensão.

As PUD necessitam de cuidados de qualidade, que ultrapassam o automatismo e tecnicismo inerente à execução de tarefas, que também são cientificamente necessárias, destacando-se o empenho e dedicação como fundamentais para o contacto com estas (Fernandes, 2007).

A intervenção dos enfermeiros com as PUD é imprescindível para a promoção da ajuda para lidar com a minimização do seu impacto, com problemas associados e no melhorar da qualidade da vida (Comiskey et al., 2019; Noe & Keller, 2020).

Sendo a qualidade de vida um conceito dinâmico, que engloba a subjetividade de cada um para a sua satisfação, bem como as multidimensionalidades necessárias para a resolução das problemáticas que lhes possam estar inerentes, os cuidados de enfermagem têm como objetivo o desenvolvimento de transição para a autonomização

das PUD, que assente na compreensão das suas experiências e processos (Lopes, 2012; Santos, Martins, & Rodrigues-Ferreira, 2009).

2.5 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Segundo a Carta de Ottawa (1986), a promoção de saúde define-se como *“processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida”* (p. 1).

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS), de Nola Pender, foi desenvolvida na década de 80, integrando a enfermagem e a ciência do comportamento, identificando que fatores influenciam a adoção de comportamentos numa perspetiva holística (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

O modelo de Nola Pender é centrado na Teoria Cognitiva Social, de Bandura, que defende que o comportamento humano deve ser entendido no quadro da reciprocidade triádica, onde os fatores pessoais, comportamentais e ambientais se determinam reciprocamente uns aos outros. Para Bandura, novas experiências podem ser apreendidas através da observação de um modelo, pessoas ou seres simbólicos, envolvendo neste a observação, imitação e integração. Bandura distingue dois tipos de reforço, o vicário onde a pessoa observa o modelo e vê-o a ser recompensado, e o direto onde a pessoa é recompensada diretamente pelo comportamento (Bandura, 1986; 1989; Bandura, Azzi, & Polydoro, 2008).

Uma das dimensões do MPS é a integração das características individuais, que agrega os fatores pessoais, psicológicos, socioculturais e comportamentais, permitindo um cuidar individualizado, reunindo-os para o planeamento de intervenções e avaliação das ações em saúde (Sakraida & Pender, 2006).

O MPS contempla ainda os componentes de compreensão dos sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que a pessoa quer alcançar, comportamento

este promotor de saúde, sendo necessário que a mesma perceba os benefícios para a ação, entendendo as barreiras para ação, a capacidade de autoeficácia, os sentimentos em relação ao comportamento e as influências interpessoais e situacionais (Sakraida & Pender, 2006). Na ótica do modelo, os resultados da mudança de comportamento compreendem todo o processo, desde o compromisso com o plano de ação, à manutenção do comportamento, as exigências e preferências (Sakraida & Pender, 2006). Nola Pender enfatiza no seu modelo, o papel ativo que os utentes têm na gestão dos seus comportamentos de saúde, sendo que os mesmos procuram criar condições de vida que expressem o seu potencial de saúde. Estes detêm capacidade de autorreflexão e consciência para avaliação deste mesmo comportamento, procurando soluções positivas e que permitam um equilíbrio. Os enfermeiros dispõem de uma margem de modificação do ambiente interpessoal dos utentes, para que ocorram mudanças no seu comportamento (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; Tomey & Alligood, 2004).

Desta forma, aplicando a teoria ao papel do enfermeiro que cuida de PUD, o que se advoga é que a saúde se encontra ao alcance destas pessoas, necessitando por isso os serviços de compreender as barreiras existentes e minimizá-las, sendo que cada pessoa vai definir o seu próprio conceito de saúde.

Importa destacar que a interseccionalidade das situações sociais e de saúde, contribuem para a complexidade da promoção de saúde e adoção de comportamentos saudáveis, de cada um. Tal como na Carta de Ottawa *“A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.”* (p. 1). Desta forma, sabemos que contextos de elevada marginalização e vulnerabilidade, especialmente habitacional e económica, não favorecem a mudança para a adoção do conceito de saúde, de cada um.

3. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

3.1 Caracterização da Unidade de Desabilitação

O primeiro estágio decorreu numa unidade de desabilitação (UD) de uma estrutura pública especializada na resposta a doentes com problemas de adição de substâncias psicoativas. As unidades de desabilitação são internamentos programados de curta duração, onde de forma voluntária, através de uma abordagem psicofarmacológica, psicoterapêutica e psicoeducativa, se promove a desabilitação física. Programado com antecedência e proposto por terapeuta de seguimento anterior de uma equipa técnica especializada de tratamento (ETET). Esta constitui uma das fases do modelo integrado de cuidados aos utentes com dependências, que pressupõe uma continuidade de cuidados, que pode ir desde a melhoria à adesão às medidas terapêuticas, até a outras intervenções que visem a promoção da abstinência ou controlo dos consumos.

O respetivo internamento tem como finalidades: tratamento físico da síndrome de privação em doentes dependentes de substâncias psicoativas; estabilização, transição ou descontinuação de tratamentos agonistas opiáceos (TAO) como metadona e buprenorfina; tratamento de doentes com descompensação psiquiátrica.

A respetiva unidade dispõe de 15 camas de internamento, distribuído por 2 alas (divididas por género). Dada a situação pandémica vivenciada, no momento de realização do estágio, só se encontrava uma ala em funcionamento, recebendo grupos do mesmo género de forma alternada. A equipa técnica multidisciplinar é constituída por médicos psiquiatras, enfermeiros, técnicos psicossociais, assistentes operacionais, técnica de serviço social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e administrativa.

3.2 Caracterização da Unidade de Tratamento – Comunidade Terapêutica

As comunidades terapêuticas são unidades de tratamento em formato residencial, de longa duração, que entroncam o apoio psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducativo. A unidade onde realizamos o estágio final é um espaço de formato residencial que recebe pessoas de ambos os géneros dispondo de uma capacidade máxima de 23 camas de internamento. O modelo aplicado pela comunidade é inspirado

no modelo hierárquico, dividido por 4 fases, onde a autonomia e responsabilização dos utentes vai sendo progressivamente maior, bem como a abertura ao exterior do programa.

De Leon (2003) refere que a mudança psicológica e do estilo de vida das PUD obtém-se pelo respeito das normas e pelo sancionamento dos comportamentos que se pretendem extinguir. Ainda típico do modelo em que se insere, a autossuficiência da comunidade é um ponto importante, assentando a vivência nos vários setores que compõem a comunidade (casas, cozinha, jardim, horta), o próprio seio terapêutico (De Leon, 2003). A vivência em grupo é a metodologia *per si*.

Os grupos terapêuticos são acometidos a espaços em formato grupal e individual. O modelo utilizado no formato grupal é o de confrontação, onde as experiências partilhadas de vida e ligadas ao ciclo de atividades semanais, permitem propiciar a mudança de comportamentos, enfrentando as dificuldades e problemáticas, dinamizando os recursos, capacidades e competências para lidar com as situações do dia-a-dia.

4. METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto centra-se na *“resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real”* (Ruivo et al, 2010, p.3).

Partindo de um problema real, baseando-se na evidência científica disponível, o investigador planeia e executa estratégias de intervenção que procurem a sua resolução (Ferrito, 2013). É uma metodologia que se pressupõe dinâmica e adaptável aos diversos contextos, procurando compreender a realidade da problemática, intervindo com meios e técnicas de intervenção mais eficazes (Ferrito, 2013; Guerra , 2006).

4.1 Diagnóstico da Situação

A diagnóstico de situação compreende a deteção das necessidades, potencialidades e recursos para a intervenção (Guerra , 2006). A identificação dos problemas implica a caracterização dos mesmos (Guerra , 2006; Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Considerando que o uso de substâncias pode aumentar o risco de experienciar situações traumáticas, também as situações traumáticas podem aumentar a probabilidade de a pessoa desenvolver uma perturbação pelo uso de substâncias (Giaconia, Reinherz, Paradis, & Stashwick, 2003).

As perturbações por uso de substâncias podem aumentar o risco de experienciar situações traumáticas, dada a probabilidade da pessoa ter outros comportamentos de risco, bem como pela capacidade de *coping* das PUD poder estar alterada face aos consumos (Clarck, Lesnick, & Hegedus, 1997; Giaconia, et al., 2000; Perkonigg, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000).

Por outro lado, uma resposta comum aos eventos stressores da vida, episódios de trauma, leva a adoção de mecanismos de *coping* evitantes para a diminuição da vivência dos efeitos negativos. As estratégias, consideradas pelas pessoas como protetoras, podem ser pouco efetivas, sendo o consumo de substâncias um mecanismo de *coping* que pode afetar a vida das pessoas (Littleton, Horsley, John, & Nelson, 2007).

A co-ocorrência de perturbações por uso de substâncias e perturbação de stress pós-traumático (PSPT) representam uma problemática que adensa a condição de saúde dos indivíduos, tornando a experiência dos sintomas de stress mais severos, maior incidência de outros problemas de saúde mental e uma mais pobre saúde física (Brady, Killen, Saladin, Dansky, & Becker, 1994; Driessen, et al., 2008; Tate, Norman, McQuaid, & Brown, 2007).

As situações de trauma quando ocorrem em fases cruciais do desenvolvimento humano, como em criança, trazem implicações grandes para o bem-estar e saúde das mesmas (Hughes, Bellis, & Hardcastle, 2017; Merrick, Ford, Ports, & Guinn, 2018). Enquanto que existem áreas em que o risco de exposição a situações de trauma é igual, existem inequidades atribuídas ao contexto histórico, social e económico em que as famílias estão inseridas e que aumentam a probabilidade da criança vivenciar situações traumáticas (Merrick, Ford, Ports, & Guinn, 2018; Sacks & Murphey, 2018). As situações adversas na adolescência contribuem também para o desenvolvimento de mecanismos de *coping* pouco saudáveis, sendo o consumo de drogas uma das consequências mais destacadas (Merrick, et al., 2019).

Dados dos Estados Unidos, de um inquérito conduzido em 2018, *National Survey on Drugs Use and Health*, indicam-nos que: 5% dos indivíduos com PSPT têm critérios para perturbação por uso de substâncias; entre 25% e 75% das pessoas que sobreviveram a um experiência violenta de abuso reportam consumos de álcool; mulheres que foram expostas a eventos traumáticos têm maior risco de consumo de álcool abusivo; e por fim a experiência de situações de abuso na infância aumenta a probabilidade da dependência de SPA (SAMHSA, 2019).

A evidência indica-nos que pessoas com PSPT não obtém o mesmo *outcomes* em saúde, quando beneficiam das mesmas respostas na área das dependências, sendo maior a probabilidade de recaírem ou não conseguirem cumprir o seu objetivo terapêutico (Mills, Teesson, Ross, Darke, & Shanahan, 2005; Norman, Tate, Anderson, & Brown, 2007).

Em Portugal, dados de 2021, os utentes em unidades de tratamento por problemas relacionados com consumo de drogas indicam-nos que existiram nesse ano 440 pessoas internadas em UD e 1980 pessoas em CT. A principal droga consumida pelas pessoas que recorrem às UD é a heroína (62%), com 14% destas com um consumo endovenoso reportado nos últimos 12 meses. Por sua vez, a cocaína (42%) é a droga mais consumida por quem está em tratamento em CT, com 13% com consumo endovenoso nos últimos 12 meses (SICAD, 2022). É omissa informação mais específica sobre características destas pessoas nos relatórios.

O desenvolvimento de modelos integrados para o trauma e uso de substâncias parece essencial dada a conexão das problemáticas. A investigação na área vem-nos indicando que a não apropriação de um intervenção e suporte que tenha em conta as situações de trauma dos doentes, conduz muitas vezes ao aumento do risco da pessoa desenvolver outros problemas de saúde mental (Dube, et al., 2003; Felitti, et al., 1998).

Muitas vezes as instituições e serviços públicos que providenciam suporte aos indivíduos, de forma inconsciente, podem ser indutores de trauma (SAMHSA, 2014). Desta forma é necessário repensar os serviços de saúde, por forma a planear intervenções que procurem questionar as pessoas sobre as suas situações traumáticas, por forma a trabalharmos com elas, bem como mitigar processos de revivência de situações traumáticas potenciados pelo ato do cuidar.

A abordagem de TIC pode ajudar-nos a concessionar respostas integradas, tal como já realizado noutros países, na área do uso de substâncias. Com uma cultura de tratamento de não violência, aprendizagem e colaboração, pretende-se trazer para os serviços na área de tratamento do uso de drogas, políticas, práticas e abordagens de informação sobre trauma, por forma a gerar segurança e empoderar as PUD. Objetiva-se a construção de um caminho de confiança entre as equipas e as PUD, atendendo à recuperação do trauma.

Tendo em conta as necessidades evidenciadas na bibliografia sobre o tema, importa definir os intervenientes (Guerra, 2006). Os intervenientes alvo dos cuidados para a construção de um modelo integrativo deve incluir todos os que nele participam, utentes e famílias, bem como equipas clínica e não clínica. A inclusão de membros da equipa não clínica é fundamental, pois estes são muitas vezes a “porta de entrada” dos serviços (Yatchmenoff, Sundborg, & Davis, 2017; Menschner & Maul, 2016).

O processo de enfermagem pode ser definido como a metodologia que comporta três passos: avaliação e diagnóstico, planeamento, e implementação e avaliação.

No primeiro momento que comporta a avaliação e o diagnóstico para a colheita de dados, determina-se o porquê da pessoa alvo dos cuidados necessitar de ajuda. Tendo-se optando para o desenvolver desta etapa pela utilização da Entrevista de Enfermagem, foram realizadas entrevistas aos utentes e equipas por forma a determinar-se as necessidades (Hermida & Araujo, 2006; Orem, 1991).

Pretende-se como objetivo geral elaborar um plano de intervenção com abordagem de TIC nos serviços de tratamento para a área das dependências. Como objetivos específicos pretende-se: atuar nas dimensões da formação das equipas, clínicas e não clínicas, sobre o trauma e abordagens de TIC; providenciar espaço de partilha para a equipa abordar questões de stress, trauma e outras complicações decorrentes do seu trabalho; refletir sobre a dinamização de espaços seguros, físicos e emocionais, para as equipas e utentes; promover o empoderamento dos utentes na organização dos serviços; educar e implementar estratégias para os utentes dos serviços sobre temáticas relacionados com o trauma.

4.2Planeamento

Para a implementação de uma abordagem de TIC nos serviços direcionados ao tratamento das dependências, a implementação deve ser feita em duas frentes: organizacional e clínica (Better Care Playbook, 2020).

Nas **atividades organizacionais** pretende-se chegar inicialmente às equipas dos serviços onde queremos implementar a abordagem de TIC, pois estes são os principais dinamizadores desta junto das pessoas que têm ao seu cuidado. Desta forma pensámos em realizar as seguintes atividades para ir de encontro aos objetivos definidos:

1. Formação das pessoas da equipa (clínica e não clínica) para abordagens de TIC (Menschner & Maul, 2016);

A comunicação com uma equipa informada sobre o impacto do trauma e o valor da abordagem de TIC é fundamental, dado que esta melhora os *outcomes* em saúde e o bem-estar das pessoas (Better Care Playbook, 2020).

Plano de Ação	
Conteúdos	Duas sessões sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Impacto do trauma nas PUD 2. Abordagens de TIC
Descrição das Atividades	Pretende-se que as equipas multidisciplinares saibam como criar um ambiente de segurança, não ameaçador para a interação de todos.
Objetivos	Compreender o impacto do trauma nas PUD Identificar e aplicar abordagens de TIC.
Público-Alvo	Equipas de tratamento multidisciplinares de abordagem direta às PUD (equipa clínica e não clínica).
Recursos	Projektor e computador.
Cronograma	30 de maio e 3 de junho de 2022 (1º estágio) 26 e 30 de setembro de 2022 (2º estágio)
Resultados	Espera-se que as equipas fiquem informadas sobre o impacto do trauma nas pessoas que

	utilizam drogas, bem como o impacto do trabalho com pessoas que sofreram de trauma, e ainda o impacto dos traumas de cada um na abordagem com o outro.
Avaliação	Realizar uma atividade em grupos para formulação de uma atividade baseada na abordagem de TIC, adereçando qual o impacto desta para as PUD.

2. Dinamização de espaço de apoio mútuo para eventos secundários de trauma e stress nas equipas (Menschner & Maul, 2016)

A dinamização de espaços abertos às equipas para falarem dos seus eventos de trauma, stress, *burnout* e necessidade de auto-cuidado revela-se importante, demonstrando a pertinência da promoção do bem-estar nas equipas para o bom funcionamento dos serviços (Better Care Playbook, 2020; Dekel, Ein-Dor, & Zahava, 2012).

Plano de Ação	
Conteúdos	Espaço de partilha sobre situações de stress e trauma vivenciadas nos últimos tempos em serviço.
Descrição das Atividades	Pretende-se dinamizar espaço, no início das reuniões de equipa de apoio mútuo sobre experiencição de situações secundárias de trauma e gestão de stress (identificação de sinais e sintomas) traumático secundário (National Child Traumatic Stress Network & Secondary Traumatic Stress Committee, 2011).
Objetivos	Considerar como o trauma secundário nas equipas clínicas podem afetar os utentes. Identificar sinais e sintomas do próprio e dos outros restantes colegas por forma a atuar-se preventivamente em situações de stress e trauma.

Público-Alvo	Equipas de tratamento multidisciplinares de abordagem direta às PUD (staff clínico).
Recursos	Sala de Reuniões, quadro e giz.
Cronograma	Semanalmente, todas as terças-feiras em reunião de equipa (2ª estágio).
Resultados	Espera-se uma diminuição e atuação preventiva em eventos secundários de trauma e stress nas equipas, reduzindo os efeitos dos mesmos.
Avaliação	Preencher mensalmente um questionário de satisfação com a dinamização deste espaço nas reuniões de equipa.

3. Espaço de reflexão sobre criação de ambientes de segurança (Menschner & Maul, 2016);

O ambiente físico, social e emocional pode melhorar os sentimentos de segurança, criando ambientes que reduzem a probabilidade que a pessoa reviva situações traumáticas (Schulman & Menschner, 2018).

Plano de Ação	
Conteúdos	Uma sessão sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambiente de segurança físico e socio-emocional
Descrição das Atividades	Pretende-se discutir sobre como se pode melhorar o ambiente físico e socio-emocional dos espaços dos serviços. Do ambiente físico discussão centrada nas partes comuns dos serviços, como zonas de fumo, níveis de som, linguagem inclusiva, entre outros. No ambiente socio-emocional discussão sobre suporte e respeito, limites, manutenção de rotinas, comunicação consistente e aberta, entre outros.

Objetivos	Identificar e implementar práticas de criação de espaços seguros.
Público-Alvo	Equipas clínicas de tratamento e os utentes dos serviços.
Recursos	Quadro e giz.
Cronograma	Entre 3 de setembro e 7 de outubro de 2022 (2º estágio).
Resultados	Espera-se que as equipas e os utentes reflitam sobre os espaços envolventes dos serviços, compreendendo como torná-los mais seguros, para a não repetição de situações traumáticas.
Avaliação	Preencher questionário de satisfação com a dinamização deste espaço de discussão.

4. Planeamento conjunto organizacional dos serviços, entre as PUD e as equipas dos serviços de tratamento das dependências (Menschner & Maul, 2016);

A incorporação da voz e decisão dos utentes no planeamento das atividades semanais e no processo de tratamento, abre espaço para a construção de relação entre equipas e utentes, permitindo o pensamento partilhado e a geração de feedback. A partilha de opiniões e experiências de todos os envolvidos potencia a melhoria da prestação de cuidados (Schulman & Menschner, 2018).

Plano de Ação	
Conteúdos	Espaço da reunião de equipa: 1. Dinamização de reunião sobre o planeamento das atividades semanais
Descrição das Atividades	Pretende-se a inclusão de um membro mais velho entre os utentes no espaço de reunião de equipa dedicado à organização semanal do serviço, por forma a planificar conjuntamente a mesma.
Objetivos	Promover o planeamento das atividades semanais, por todos os envolvidos.

	Promover a capacidade de planeamento semanal dos utentes.
Público-Alvo	Equipas clínicas de tratamento e representante dos utentes do serviço.
Recursos	Caderno e Caneta.
Cronograma	Semanalmente, todas as terças-feiras (2º estágio).
Resultados	Espera-se o envolvimento dos membros mais velhos da CT nos processos de organização interna que envolvem o seu dia-a-dia nos serviços.
Avaliação	Preencher semanalmente questionário de satisfação com a dinamização partilhada. Comparar resultados de forma estratificada, utentes e equipa.

Nas **atividades clínicas** pretende-se envolver os utentes nos processos de tratamento, com a inclusão de abordagens de TIC para compreensão das histórias de vida traumáticas dos utentes, ajudando a planear intervenções, tendo sempre as PUD um papel ativo nos processos de tomada de decisão (Menschner & Maul, 2016).

1. Realização de sessões psicoeducativas de grupo sobre o trauma para as PUD (Menschner & Maul, 2016);

A realização de intervenções psicoeducativas permite a transmissão de informações sobre a etiologia e o funcionamento, por forma a melhorar as competências para lidar com a doença mental (Figueiredo, Souza, Jr Dell Áglío e Argimon, 2009; Gonçalves-Pereira e Sampaio, 2011).

Plano de Ação	
Conteúdos	Uma sessão sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Definição de trauma 2. Vários tipos de trauma

	3. Sinais e normalização das vivências, sentimento e reações de cada um
Descrição das Atividades	Pretende-se realizar uma sessão psicoeducativa para a transmissão de conhecimento e competências para os utentes saberem lidar com o trauma, providenciando <i>insight</i> sobre o mesmo, fornecendo pistas de sinais e sintomas de formas de vivências, sentimentos e reações de cada uma associada a estes.
Objetivos	Compreender o que é o trauma e quais os vários tipos de trauma. Identificar e normalizar sentimentos e reações a situação de trauma.
Público-Alvo	Utentes internados nos serviços.
Recursos	Sala, computador, quadro e giz.
Cronograma	6 a 10 de junho de 2022 (1º estágio) 10 a 14 de outubro de 2022 (2º estágio)
Resultados	Espera-se que os utentes saiam informados sobre o que é o trauma, os vários tipos de trauma e identificação de sinais e sintomas após a vivência a situações de trauma.
Avaliação	Preencher questionário de satisfação com a sessão e sobre a compreensão da mesma.

2. Realização de sessões psicoeducativas sobre o trauma às famílias (Resilience For All Ages, 2019)

As intervenções psicoeducativas quando vão ao encontro das necessidades das famílias, constituem-se dualmente importantes para a melhoria do bem-estar em família e da situação do utente decorrentemente (Dixon & Lehman, 1995; McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted, 2003).

Plano de Ação	
Conteúdos	Uma sessão sobre:

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definição de trauma 2. Vários tipos de trauma 3. Trauma e o consumo de substâncias
Descrição das Atividades	Pretende-se realizar uma sessão psicoeducativa para a transmissão de conhecimento e competências para as famílias dos utentes para saberem compreensão do impacto do trauma nas pessoas que o vivenciam e a ligação do trauma ao consumo de SPA.
Objetivos	Compreender o que é o trauma e quais os vários tipos de trauma. Perceber a relação entre o trauma e o consumo de substâncias.
Público-Alvo	Famílias dos utentes internados nos serviços.
Recursos	Sala, computador, quadro e giz.
Cronograma	17 a 21 de outubro de 2022 (2º estágio)
Resultados	Espera-se que as famílias saiam informadas sobre o que é o trauma, os vários tipos de trauma e identificação de sinais e sintomas da vivência de situações de trauma.
Avaliação	Preencher questionário de satisfação com a sessão e sobre a compreensão da mesma.

4. Realização de sessões psicoterapêuticas sobre o trauma para as PUD (Menschner & Maul, 2016);

As sessões psicoterapêuticas visam a construção de uma relação de confiança com o utente, com a segurança terapêutica, por forma a criar condições e mobilizar recursos para o trabalho terapêutico sobre o trauma. Com o reconhecimento dos sintomas e no sentido de integração da experiência traumática, pretende-se restabelecer uma continuidade narrativa na vida destas pessoas (Fernandes & Maia, 2000).

Plano de Ação	
Conteúdos	Cinco sessões psicoterapêuticas:

	<ol style="list-style-type: none">1. Significação de Experiências2. Trabalho de consciencialização corporal3. Meditação4. Apropriação Visual5. Limites e Espaço Pessoal
Descrição das Atividades	Pretende-se realizar cinco sessões psicoterapêuticas para direcionadas para o trabalho com pessoas que sofreram situações traumáticas.
Objetivos	Ajudar o indivíduo a ampliar a consciência sobre si mesmo. Desenvolver recursos para lidar com questões internas.
Público-Alvo	Utentes internados nos serviços.
Recursos	Sala, computador, quadro e giz.
Cronograma	Quinzenalmente, todas as quintas-feiras (1º estágio) Semanalmente, todas as terças-feiras (2º estágio)
Resultados	Espera-se que o autoconhecimento que é propiciado pelas sessões, o utente seja capaz de entender melhor as suas experiências, pensamentos e sentimentos, apropriando-se deste conhecimento para o desenvolvimento de habilidades para lidar com diversas situações da vida, sobretudo fora dos contextos de internamento.
Avaliação	Preencher de escala <i>Impact of Event Scale-revised (IES-R)</i> , antes e depois das sessões (Vieira, Paixao, Silva, & Vicente, 2020).

4.3 Execução e Resultados

A execução das atividades planeadas ocorreu de forma diversificada tendo em conta os contextos de estágio, naturalmente pelo tempo disponível para a sua realização, bem como por fatores de maior ou menor cooperação das equipas para o envolvimento nas atividades planeadas. Tal como no planeamento das atividades, organizando as mesmas tendo em conta os seus setores alvo, organizacional e clínico, realizaremos uma descrição da execução das mesmas.

A abordagem centrada na pessoa permitiu o desenvolvimento dos utentes e as relações grupais, ativando o desenvolvimento de comunicação autêntica entre os participantes (Rogers, 1984).

Iniciando na **dimensão organizacional** e compreendendo a formação das equipas clínica e não clínica para abordagens de TIC, as seguintes situações decorreram:

- No primeiro estágio as sessões que foram desenvolvidas sofreram ajustamentos necessários, não comprometendo os objetivos da mesma. A sessão de formação foi realizada, contudo somente para os enfermeiros prestadores dos serviços. As sessões foram francamente participadas e ativamente discutidos os temas sobre o impacto do trauma nas PUD e qual a proposta de abordagem específica era o TIC. Muitas preocupações foram levantadas, sobretudo tratando-se de uma UD da capacidade do utente rececionar algumas das abordagens psicoeducativas e psicoterapêuticas discutidas. A motivação, ambivalência e *insight* para o processo psicopatológico destacaram-se no debate que culminou com a aquisição de ainda mais conhecimentos e partilha de tantos outros.
- No segundo estágio as sessões foram desenvolvidas com mobilização da equipa multidisciplinar, com a importante inclusão de um elemento que tinha conhecimento sobre a intervenção com pessoas que sofreram de abuso sexual. Permitiu-nos assim, de forma conjunta e participada discussão sobre as temáticas, com as quais já se encontravam familiarizados, tendo sido proveitoso o conhecimento e reconhecimento de melhores práticas, tendo por base a abordagem de TIC. Foi ainda realizada uma atividade prática, com metodologia de

coparticipação, com a discussão de um caso-exemplo (*persona*) para a mobilização prática de um plano de intervenção para a abordagem da situação traumática. Durante esta sessão foi permitido o debate mais profundo com pessoas que trabalham estas áreas, discutindo-se situações que já surgiram na CT. Creio que a importante inclusão de um profissional não clínico que, contudo, participa diariamente na dinamização do serviço, permitiu-me também adequar os conteúdos de forma mais simplificada e definir o âmbito e delegação de intervenções.

Da dinamização do espaço de apoio mútuo para eventos secundários de trauma e stress na equipa decorreram os seguintes momentos:

- No segundo estágio foi possível antes de cada reunião de equipa a dinamização de um espaço para que cada elemento pudesse partilhar alguma situação pessoal ou profissional que estivesse a ser desafiadora. Acredito, que enquanto dinamizadora deste espaço me foi importante compreender como a sua pertinência em contextos com estas populações são valorizados. Foi difícil para mim, muitas vezes gerir os eventos das outras pessoas, sobretudo face ao grupo de residentes e de situações vivenciadas. O facto de as equipas muitas vezes estarem expostas a grandes situações de stress, com a necessidade de tomada de decisão imediata, fez-me concessionar a importância de uma discussão partilhada em equipa, por forma a que todos possamos contribuir para a melhoria do desempenho clínico dos profissionais dos serviços.
- Durante o segundo estágio foi-me também possível semanalmente ter sessões de intervisão com a minha enfermeira orientadora. A exploração de questões traumáticas despertou em mim alguma instabilidade, dado o potencial de identificação, projeção e transferência. Foi fundamental ter um espaço de apoio para a gestão e promoção do bem-estar pessoal, que se iria refletir em equipa e por fim na prestação de cuidados aos utentes.

- Foi possível antes do início das sessões e na última sessão, preencher-se um questionário de avaliação do impacto destes momentos na reunião de equipa, tendo sido favoravelmente integrado e valorizado por todos os envolvidos.

Nas sessões respetivas à reflexão sobre a criação de um ambiente físico, social e emocional seguro decorreu as seguintes conclusões:

- Foram realizadas duas sessões no segundo estágio, tendo a primeira sido somente realizada com os profissionais da área clínica e a segunda com o envolvimento dos utentes para a discussão e inclusão das medidas. Foi sugerida esta dinamização por parte da equipa, dado que poderia ser desestabilizador para os utentes, com a perda de limites necessários para a manutenção do espaço terapêutico.
- Na primeira sessão com os profissionais, o ambiente socio-emocional foi o mais discutido, dada a necessidade de imposição de limites na vivência na comunidade, enquanto espaço terapêutico, bem como no respeito e comunicação fundamentais que necessitam de existir, quer da parte da equipa, quer da parte dos utentes. Percebi que apenas com a instituição de regras conhecidas por todos, contudo discutidas também em serviço, é que é possível o estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica.
- Na segunda sessão de forma aberta trouxe-se sobretudo questões do ambiente físico do espaço do serviço, por forma a debater-se as questões, anseios e preocupações de todos. Dado o espaço físico da CT uma das grandes preocupações centrava-se nos espaços abertos na imediação do edifício principal, onde era possível que pessoas que estivessem de fora, na rua, os pudessem ver e reconhecer. Foram desta forma estabelecidas regras de utilização do espaço do jardim, de forma confortável para todos. Uma das crescentes preocupações também passava pelo acompanhamento a serviços de saúde formais e a não manifestação ou quebra de sigilo nesses espaços, dado que as pessoas não precisavam de ter conhecimento sobre se a pessoa estaria inserida em CT. Foram adotados também procedimentos de manutenção do sigilo e definição de boas

práticas no acompanhamento e navegação a outros serviços, sobretudo do staff não clínico.

- Sobretudo nas sessões que envolveram os utentes foi significativa a disponibilidade para a ajuda das pessoas e para as suas situações de sofrimento (Phaneuf, 2005). Foi promovido, sempre que possível e em todos os momentos terapêuticos, a criação de ambientes que propiciassem ao crescimento autêntico e aceitação das pessoas (Tavares, 1996). A escuta atenta permitiu compreendermos as várias nuances das experiências, sentimentos e vivências dos utentes, sentido-se a pessoa efetivamente envolvida (Nunes, 1999).

Nas sessões de planeamento organizacional do serviço e das atividades semanais a decorrer, surgiu:

- No segundo estágio já estavam implementadas estas sessões de construção conjunta da definição de planos de semana e fim de semana por parte dos utentes, mediado pelo coordenador de casa (residente mais velho do programa). Contudo, não estava ainda instituída uma verdadeira discussão conjunta com a equipa, sendo o *feedback* fornecido por escrito.
- Desta forma, todas as semanas foi realizada a tentativa de planeamento e estruturação, que implica que os utentes tivessem uma planificação das suas rotinas, necessidades e gastos para a execução semanal. Sendo uma das intervenções mais estruturadores, dado que muitas destas pessoas já perderam as suas rotinas de vida diária há muito tempo, o pensamento partilhado e discutido mais tarde com a equipa criou frutos.
- Fiquei corresponsável pela dinamização destes momentos durante várias semanas, contando sempre com um elemento da equipa que geria de forma mais prática e conhecedora das dinâmicas, o restante planeamento. Constitui-se uma atividade de difícil gestão e desafiadora. Acredito que foi importante deter o suporte da equipa e experiência natural de quem está na prática dos contextos há muitos anos, para se conseguir prever situações.

Retornando à **dimensão clínica** e compreendendo a implementação de intervenções de TIC com os utentes e suas famílias, a dinamização de sessões psicoeducativas decorreu da seguinte forma:

- No primeiro estágio foi possível realizar três sessões psicoeducativas, com utentes diferentes, sobre o trauma. Apesar da adequação da linguagem e da simplificação das informações, acredito que muitos dos utentes se encontravam em diferentes estádios de contemplação da sua situação de saúde face aos consumos de drogas. Além disso, para muitos deles, e dada a função da substância, era-lhes difícil lembrarem-se e apropriarem-se de sentimentos, emoções e vivências. Muitas destas camufladas pelo uso continuado de substâncias nos últimos anos. Por fim, a capacidade de *insight* sobre a sua situação de doença, distanciou-os muitas vezes das temáticas.
- O segundo estágio e dada a situação mais estabilizada dos utentes, permitiu uma capacidade de reflexão sobre si e as suas vidas, que muitas vezes aprofundou as dinâmicas das sessões. Foi possível realizar duas sessões psicoeducativas dada o interesse e inclusão de novos utentes na CT.
- Aquando da preparação das sessões para o segundo estágio, e em treino das mesmas com a equipa, compreendi que muitas vezes recorria a exemplos mais simples por receio de trazer à discussão situações que eu poderia não conseguir gerir. Desta forma, foi importante antes das sessões realizar *briefings* com a equipa técnica e aperceber-me de que determinados assuntos trazem as nossas vivências pessoais e profissionais.
- No segundo estágio era expectável a inclusão de duas sessões psicoeducativas direcionadas às famílias, dado que existia um grupo de famílias já instituído com um terapeuta familiar. Contudo, apesar de ter assistido às sessões de família e ter participado ativamente na discussão de alguns casos, nunca foi possível a realização da sessão. Acredito que teria sido um espaço importante e privilegiado para a discussão das temáticas do trauma, dada a relação que já existe entre as várias famílias e o técnico de referência.

Por fim, as sessões psicoterapêuticas decorreram da seguinte forma:

- Foram realizadas três sessões psicoterapêuticas no primeiro estágio que tinha como objetivo desenvolver competências de identificação e regulação emocional, bem como de significação de experiências. Dados os tempos de internamento dos utentes, não foi possível realizar mais sessões de continuidade.
- No segundo estágio foram realizadas 5 sessões psicoterapêuticas que tinham como objetivo desenvolver competências de identificação e regulação emocional, significação de experiências, consciência e limite corporal, trabalho de concentração e mudança de alteração das perceções visuais.
- Neste segundo estágio todas as sessões, por aconselhamento da equipa, foram primeiro realizadas com dois membros da equipa. Acredito que foi muito importante poder realizar as atividades primeiramente com a equipa, ganhando consciência da dinâmica, tendo estes fornecido contributos fundamentais para a gestão de possíveis situações e necessidades de contenção.

Foi promovida nas sessões psicoterapêuticas e psicoeducativas o respeito, a compreensão, a empatia e a capacidade de não julgamento, que promoveu a aceitação do outro e das suas questões. Em todas houve a tentativa de partilha da forma como a pessoa vê as suas problemáticas, tentando guiá-la na promoção da sua evolução e crescimento (Coelho et al., 2020). Acredito que para o estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica e para a dinamização das seguintes sessões foi importante o respeito pela pessoa, a sua capacidade de decisão e escolha informadas (Nunes, 1999). De nenhuma forma foi imposta nenhuma conceção, tendo sido o caminho que a pessoa refletisse e avaliasse a sua situação (Phaneuf, 2005).

De uma forma generalizada acredito que o planeamento estruturado das atividades e a discussão com os enfermeiros orientadores, e restante equipa multidisciplinar, durante a planificação e execução, permitiu a realização de grande parte das sessões. As necessidades de adaptação às dinâmicas do contexto revelaram-se desafiadoras, bem como a adaptação das mesmas à heterogeneidade de estádios de mudança e motivação das pessoas. Os resultados das sessões de intervenção foram na generalidade cumpridos,

pela implementação das sessões, com a constante monitorização dos enfermeiros orientadores e restantes equipas, o que permitiu a evolução e aplicação das mesmas nos respetivos contextos.

Acredito que as equipas saíram informadas sobre a abordagem de TIC em contextos de tratamento na área de pessoas com perturbação de dependência do uso de substâncias. Foi realizada uma reflexão em torno das temáticas do trauma, sendo o próprio conceito teórico de trauma psicológico por vezes desconhecido dos enfermeiros.

A dinamização de espaços de atuação preventiva em equipa técnica de situações secundárias de trauma e gestão de stress foi de todas a mais produtiva e que obteve mais consenso e participação ativa. Nesta ótica, a reflexão sobre os espaços envolventes dos serviços foi curiosa, pela menor relevância que em geral se dá ao ambiente físico e sócio-emocional dos serviços, podendo com a inclusão dos utentes destes mesmo serviços apercebermo-nos de pequenos detalhes importantes e facilmente modificáveis que melhoram o bem-estar de todos.

As famílias revelaram-se uma população de intervenção difícil, dada a minha falta de experiência de lidar com estas. A exaustão mostrada pelas pessoas do contexto familiar não permitiu a inclusão de sessões educativas sobre a identificação das temáticas associadas ao trauma e da sua vivência das PUD. Sendo, que foi importante para mim o acompanhamento da terapeuta familiar da CT do 2º estágio, para compreender a sabedoria da atuação prática nestes contextos.

Quer as sessões psicoeducativas, quer as sessões psicoterapêuticas foram de extrema importância para o desenvolvimento das minhas competências, que permitiu a exploração de novos conhecimentos e do exercício de planificação das mesmas. Foi importante ver os utentes envolvidos e como a modificação no seu comportamento era progressivamente notada, por movimentações que os mesmos iam realizando.

4.4 Avaliação

Potter et al. (2017) ao citarem Shu-Yuan et al. (2013) reconhecem quatro indicadores para que o enfermeiro seja capaz de efetuar uma avaliação: examinar os resultados dos dados clínicos coletados, comparar efeitos entre objetivos e resultados esperados, reconhecer erros e compreender a situação dos doentes. Para esta avaliação é sempre necessário que

o profissional de saúde e os alvos dos seus cuidados, utentes e equipa, determinassem o sucesso do plano de intervenção implementado (Potter et al., 2017).

Nas sessões organizacionais foi possível utilizar técnicas de co-produção e co-design de respostas com abordagem de TIC com um caso-tipo (*persona*) de utente. A inclusão das equipas multidisciplinares na execução destas sessões permitiu uma discussão alargada e mais produtiva de um ponto de vista de *inputs*.

As sessões que foram respetivamente avaliadas com recurso a questionários de satisfação e aplicação de escalas, permitiu questionar os utentes sobre a sua perceção sobre os cuidados prestados (Potter et al., 2017). A avaliação das atividades psicoterapêuticas decorreu com a aplicação da escala *Impact of Event Scale–Revised (IES-R)*, antes e depois das sessões, que permitiu ter uma ideia basal sobre a situação dos utentes. Apesar da aplicação da escala, as movimentações numa ótica de melhoria do bem-estar do utente foram também avaliáveis a longo prazo no plano de cuidados.

5. ANALISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Le Boterf (1995) define competência com a tríade formada pela pessoa, pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional, enquanto conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais que se formulam pela aprendizagem, formação e sistema de avaliação. Esta é assim um saber agir responsável, que implica que a pessoa saiba mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades num determinado contexto profissional.

O conceito de competência em enfermagem define-se pelos conhecimento, atitudes, habilidade e valores esperados, sendo que para Benner (1984) citada por Oliveira e Queirós esta personifica-se na “(...) *capacidade de executar uma tarefa com o resultado desejável, sob condições variadas no mundo real*” (2015, p.78).

De forma a consolidar a definição de competência em subdimensões, esta compreende a habilidade de avaliação e intervenção, comunicação, julgamento crítico, ensino, gestão,

liderança e por fim integração do conhecimento (Lenburg, Klein, Abdur-Rahman, Spencer, & Boyer, 2009).

Desta forma, o perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, promove um enquadramento regulador para a certificação das competências científicas, técnicas e humanas de prestação de cuidados especializados, comunicando aos cidadãos o que é esperado (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Lei nº111/2009, de 16 de Setembro).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) enquanto entidade de autorregulação da profissão transpõe através dos regulamentos de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista que esta certificação de competências clínicas especializadas assegura conhecimentos, capacidades e habilidade de atuação com grupos-alvo específicos, em diversos contextos e em diferentes níveis de saúde (Artº2, ponto 3).

5.1 Competências Comuns

As competências comuns definem-se como competências transversais do enfermeiro especialista demonstrando *“capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.10).

Segundo o Regulamento nº 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, existem nove competências comuns, com quatro domínios de competências:

- Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (Domínio A)
- Melhoria Contínua da Qualidade (Domínio B)
- Gestão dos Cuidados (Domínio C)
- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Domínio D)

Iremos realizar uma análise reflexiva sobre cada um dos domínios:

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A tríade ética, deontologia profissional e direito orientam a tomada de decisão, integrando os seus elementos e promovendo o exercício profissional na equipa de enfermagem onde os profissionais estão inseridos.

A deontologia associa-se à obrigação e dever que emerge da moral profissional e do direito, refletindo as regras convenientes e devidas para o exercício da profissão (Neves, 2004; Nunes, 2011). Com a enfermagem e o seu compromisso de uma prática profissional de promoção do bem-estar e qualidade de vida daqueles que de quem cuida, torna-se fundamental que a prática profissional vise uma parceria com o cliente (Nunes, 2016). Principalmente, quando nos deparamos com pessoas em situação de maior vulnerabilidade, agravada pela sua posição social, a necessidade de resolução de problemas colocando-os no centro e envolvendo-os é imprescindível para o atingir dos resultados pretendidos. Durante os estágios foram realizadas diversos momentos que verdadeiramente colocam a pessoa enquanto parceiro da prestação de cuidados, permitindo espaços de partilha e discussão com os envolvidos e sobre os processos terapêuticos.

Compreendendo o conhecimento e orientando para o domínio ético-deontológico, a prática profissional deve-se reger com base no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) que se insere no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Durante o processo de tomada de decisão devemos ter em conta como o nosso comportamento e ações afetam o outro, ajustando-o, sendo desta forma fundamental basearmo-nos no conhecimento, e quando possível experiência e construção conjunta com a equipa multidisciplinar em que nos inserimos (artigo 100º, CDE).

Sinto que durante a passagem pelos contextos de estágios, o facto de deter conhecimento teórico e prático sobre a população alvo dos cuidados, bem como do contexto de atuação, me permitiu deter uma prestação de cuidados mais diferenciada, conseguindo aprofundar o contexto de prestação de cuidados a PUD na área do tratamento, olhando holisticamente para as necessidades e opções das pessoas.

A ética entronca-se nos princípios e valores que orientam a tomada de decisão, que pretende a identificação, análise e solução das problemática que vão sendo enfrentadas (Miranda, 2008; Nunes, 2011). Importa assim que a recolha de contributos para a análise

da tomada de decisão em enfermagem decorra de forma partilhada, consultando outros, quando o nível de competência não corresponde à nossa área de especialidade. Na constante procura por estar atualizado em conhecimentos teórico-científicos, durante todo o processo de estágio, fui tentando colmatar a ignorância face a certas temáticas, por forma a que adequação às situações da prestação de cuidados surgissem (CDE, artigo 99º, ponto 2, alínea e). Sendo a minha função profissional, recorrentemente, o trabalho com PUD, sobretudo pessoas com consumos de substâncias ilícitas, o conhecimento sobre os consumos de álcool foi algo que fui desenvolvendo. Incorporar os resultados da investigação que tem sido feita na área do tratamento das PUD, bem como o conhecimento de boas práticas de cuidados de enfermagem na área, que revelem a melhor evidência empírica, são basilares para a melhoria do exercício profissional na área. A prestação de cuidados seguindo os princípios éticos deve relevar-se em situações dilemáticas, sendo importante o conhecimento sobre contornos da mesma, com enfoque na procura de informação sobre todas as variáveis (Deodato, 2014). Desta forma, trabalhando com PUD importa refletir sobre a posição da pessoa face ao seu consumo, da família e da comunidade, confrontando-nos com a situação e com a incerteza na intervenção apropriada a todos. Todo este processo ganha uma grande dimensão quando compreendemos o impacto na vida dos demais (Greco, 2009). De salientar que todos os processos de tomada de decisão foram avaliados, denotando que resultados surgiam. Foram sempre definidos *a priori* resultados esperados, bem como formas de avaliação adequadas.

O reconhecimento da Declaração Universal dos Direitos do Humanos é fundamental para qualquer cidadão, acrescentando para a prática de cuidados, dada a constituição elementar da defesa e direito à liberdade, justiça e paz. Nesta ordem de ideias podemos compreender que, independentemente das nossas crenças, valores, costumes e práticas, o outro é sempre uma pessoa que deve ser respeitada de forma única e dignificante. Importa ressaltar que durante os estágios as próprias pessoas a quem prestamos cuidados, apresentam internalização do estigma que a sociedade criou sobre eles, sendo necessário avivá-los de que têm direitos que devem ser preservados. Creio que o trabalho com esta população é também ele numa ótica de luta pelos seus direitos.

Ainda no que respeita à escolha e à autodeterminação das pessoas creio que é importante que, em equipa e com recurso a profissionais especializados, compreendamos também os processos de transferência e contratransferência que acontecem durante a prestação de cuidados. Por vezes, tomamos atitudes paternalistas face à problemática do consumo de drogas, principalmente na área específica do tratamento, comprometendo o respeito do cliente à escolha informada. Considero que foi importante, com todo o despojo que acredito que tenho face ao proibicionismo do consumo de drogas.

A informação e o direito ao seu acesso são um dever dos profissionais, procurando que a pessoa escolha, compreenda e colabore nas intervenções que para si são melhores, enquanto verdadeiros parceiros de cuidados. A comunicação permite a manutenção deste acesso ao outro, sendo necessário a mobilização de competências e práticas comunicacionais que permita que a interação estabelecida seja terapêutica (Phaneuf, 2005).

Reforçado tudo isto pela Lei de Bases da Saúde, na base 2, alínea a), “à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade”, destaca-se o direito das pessoas à privacidade e confidencialidade da informação sobre si. Creio que o trabalho em parceria com as famílias, apresentou-se por vezes mais difícil de gerir, dada a intenção de parceria de cuidados, contudo mantendo em sigilo profissional o que os utentes não queiram partilhar (CDE, artigo 105º e 106º).

A segurança na prática dos cuidados, enquanto base principal da qualidade dos mesmos, é crucial para a identificação de situações de risco, estando em vigor um Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS. Cabe ao enfermeiro especialista a análise, formulação e implementação de soluções que tenham por base a melhor evidência disponível.

Creio que seria importante a familiarização e incentivo com os programas de gestão de risco, permitindo que os profissionais, principalmente os que chegam aos contextos, conheçam os incidentes ocorridos, bem como incidências e reincidências. Esta é uma forma de definir procedimentos e minimizar os riscos, permitindo o aumento da qualidade dos cuidados (Fragata, 2006).

B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A governação clínica é uma estratégia de melhoria e manutenção da qualidade, seguindo-se por seis elementos constituintes: educação e treino, auditoria clínica, efetividade clínica, desenvolvimento e investigação, transparência e gestão de risco/segurança dos doentes (Starey, 2001).

No primeiro elemento constituinte a focalização encontra-se nas necessidades de formação das equipas, sendo que a atualização teórica e o desenvolvimento de aptidões de análise e planeamento, melhoram a qualidade dos cuidados (Santos & Sa, 2010). Tal como referido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, da OE, cabe ao enfermeiro especialista melhorar os cuidados ao nível organizacional. Desta forma garante-se uma atualização teórica e o desenvolvimento de aptidões de análise e planeamento em saúde. Durante os estágios foi-me possível frequentar ações de formação interna proporcionada pelas próprias organizações. Ainda nesta ótica, foi-me também possível apoiar os serviços, com o conhecimento que trazia de outros contextos de prestação de cuidados a PUD, partilhando conhecimento sobre novos utilizadores e novas substâncias que vão surgindo no contexto nacional.

A efetividade clínica entronca-se no tópico anterior, na medida em que implica que uma determinada prática clínica melhore o estado de saúde do alvo dos cuidados, de forma eficiente e com segurança (Santos & Sa, 2010; Starey, 2001).

No que toca ao desenvolvimento e investigação, o desenvolvimento de normas de orientação clínica e implementação de protocolos contribui para a implementação de cuidados baseados na melhor evidência e para a segurança dos utentes (Santos & Sa, 2010; Starey, 2001). Na área da saúde e no trabalho com populações vulneráveis acredito que este seja um ponto importante. Durante o decorrer do último estágio houve o esboço de desenhar uma norma de orientação sobre a abordagem de TIC para o serviço, para a atuação com as PUD.

Se a qualidade é definida pela prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com profissionais ótimos, Pereira (2009) define a melhoria contínua como essencial no âmbito da qualidade, dada a necessidade de envolver todos os agentes na intervenção e processos associados à prática de cuidados. Quando o trabalho decorre com as PUD, principalmente na área do tratamento, vemos muitas pessoas com necessidades de

âmbitos múltiplos, que implica uma organização social e de saúde coesas para a prestação de cuidados.

Aquando da fase de diagnóstico e na ótica de melhoria da qualidade dos cuidados foi realizado o estabelecimento de prioridades dos respetivos serviços em que foram realizados os estágios. Sendo a abordagem do TIC uma abordagem recente, foi identificada uma oportunidade de atuação neste campo. Por forma a conseguir-se agilizar-se as estratégias de melhoria, foi realizada a elaboração de um plano de intervenção.

Com este plano de intervenção urge a necessidade de utilizar indicadores e instrumentos adequados para a avaliação das práticas clínicas prestadas no âmbito. Com o desenvolvimento do projeto apresentado, este foi sempre sujeito à avaliação pelos pares das respetivas equipas multidisciplinares. Por forma a cumprir os padrões de qualidade dos cuidados prestados, a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicação, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem, foram amplamente pensadas no desenvolvimento do plano de intervenção nos estágios (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

O ambiente terapêutico é fundamental tal como descrito no artigo 110º, alínea b, do CDE, que aborda que a criação de ambientes propícios é promotora do desenvolvimento das potencialidades da pessoa. Importa criar um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança, para a não revivência de espaços indutores de trauma. Sabemos que os contextos de ambientes de risco são também eles indutores de práticas de saúde menos saudáveis, contribuindo para a morbilidade de doença mental (Collins, Boyd, Cooper, & Mcneil, 2019).

Tal como descrito no artigo 103º, alínea b, do CDE, a pessoa é um ser biopsicossocial e cabe-nos a nós enfermeiros respeitar o espaço de individualidade de cada um, prestando cuidados que fomentem o desenvolvimento de relações terapêuticas positivas.

Durante os períodos de estágio, foi importante o desenvolvimento de sessões entre utentes e profissionais de saúde, por forma a compreender como tornar os espaços dos serviços mais seguros. Compreendendo a ótica de não revivência do trauma, mas também

muitas vezes de fim à estigmatização e marginalização das PUD. Fomentar a inclusão de todos, permitiu aumentar a adesão à saúde.

C — Domínio da gestão dos cuidados

A importância do trabalho em equipa multidisciplinar permite-nos cada vez mais fazer face ao aumento da esperança média de vida das pessoas, respondendo às comorbilidades que as pessoas detêm.

Liderar a gestão dos cuidados implica, contudo, que saibamos quando otimizar a resposta de toda a equipa, articulando e referenciando para outros prestadores de cuidados. Cabe ao enfermeiro especialista ter a capacidade de compreender que a excelência na prossecução dos cuidados de enfermagem decorre do potencial de todos os envolvidos, sendo movida pelas competências, colaboração e compartilhamento de ideias (Montezeli et al., 2016).

Acredito que durante os estágios a otimização das respostas e a articulação com as equipas de forma alargada foi promovida, com uma comunicação eficaz, partilhando conhecimentos técnico-científicos, com responsabilidade e a procura de espaços de aprendizagens. A formulação e disponibilidade das equipas para a existência de momentos de partilha de experiências e de motivação para o desempenho diferenciado da prestação de cuidados, também foi instituído em diversas sessões. Com esta partilha, a abertura de caminho para a auscultação de todos para a melhoria e implementação de processos de mudança na prática especializada também foi sendo tomada.

Acredito que as competências de gestão foram sendo progressivamente afirmadas, com a implementação do projeto de intervenção a que nos propusemos, prestando diariamente cuidados e realizando planos de cuidados com os utentes, assumindo o lugar de liderança na sequência da implementação de uma abordagem de TIC nos serviços.

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O autoconhecimento é um atributo que permite aos enfermeiros darem resposta a questões exigentes que vão surgir naturalmente da prestação de cuidados. Ao

conhecerem-se estão atentos às suas vulnerabilidades, projeções e transferências, podendo defender-se e desenvolver aptidões (Gardner, 2010).

O cuidado de pessoas com doença mental e de PUD pode revestir-se de grande dificuldade, quando os limites entre o contexto social e terapêutico não estão bem definidos, exigindo ao enfermeiro especialista que detenha ainda uma maior perícia e autoconhecimento para a manutenção de uma relação terapêutica positiva.

A esfera pessoal e social do indivíduo, enfermeiro, acabam por estar sempre implicadas nas relações terapêuticas que se estabelecem, sendo que o domínio da assertividade que urge decorrente do domínio teórico e técnico, se alia ao autoconhecimento (Hurley, 2009; Shout, De Jong & Zeelen, 2010; Gardner, 2010).

Creio que durante o processo de estágio foi importante para mim a manutenção da realização de psicoterapia, dada a intensidade da vivência de certos processos, sobretudo relacionados com o trauma. Sinto que na realização das sessões psicoterapêuticas foi importante primeiramente realizar as mesmas com a equipa de profissionais e ser eu também confrontada não só com as temáticas, bem como com a gestão da forma como os restantes iriam reagir.

Enquanto produto de uma educação e de experiências de vida, tal como qualquer outro enfermeiro especialista, foi relevante tomar consciência e proteger-me, a mim e aos outros, reconhecendo as capacidades e limitações que detemos. A praxis clínica do enfermeiro especialista deve-se basear na melhor evidência científica. Não podendo em nenhum momento destituir-se uma de outra, a sua complementaridade e o foco são importantes para o progresso científico (Adorno cit. Tomás, 2013).

Acredito que decorrente da experiência profissional de trabalho com PUD, a frequência do mestrado e a oportunidade de realização dos estágios foi ao encontro da minha necessidade de mais conhecimentos, para a obtenção de mais ganhos em saúde para as pessoas com doença mental. Percebemos assim, que a aprendizagem é um componente natural de estar vivo, no sentido em que somente uma pessoa que se mantém atualizada e permanentemente conectada e envolvida no processo de troca de conhecimento, é que assegura uma prestação de cuidados com qualidade e segurança.

A investigação cabe na perfeição no caráter de demonstração aos outros dos fundamentos sobre os quais se estabelecem as práticas de cuidados, sendo importante darmos também o nosso contributo para a visibilidade do nosso trabalho da mesma forma (Martins, 2008). Foi através da investigação que tem sido realizada no campo da abordagem do TIC em contexto de tratamento com PUD que permitiu a construção das atividades do respetivo plano delineado nos estágios. Desta forma, foi possível a dinamização de sessões psicoeducativas, socioeducativas e psicoterapêuticas para o trabalho das questões associadas ao trauma no contexto dos estágios.

5.2 Competências Específicas

As competências específicas definem-se como *“competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”* (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019)

Segundo o Regulamento nº 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, são quatro as competências específicas:

- Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.
- 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.
- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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.

Iremos realizar uma análise reflexiva sobre cada uma das competências:

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

Chalifour (2008) refere que é a expressão consciente das qualidades pessoais e profissionais que é a base da sua intervenção. Desta forma, somente quando as pessoas detêm conhecimento de si é que podem expressar as suas qualidades.

Existem múltiplos fatores que influenciam o favorecimento de uma relação terapêutica em enfermagem de saúde mental, sendo que acredito que o investimento disponibilizado nos estágios, a exposição anterior a contextos com PUD e a compreensão dos seus contextos permitem olhar de forma diferente para as pessoas que detemos à nossa frente.

Ainda Chalifour (2008), bem como Hurley (2009), consideram que a genuinidade e autenticidade são fundamentais para o estabelecimento de relações terapêuticas, sendo qualidades do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EESMP). Importa destacar que estas qualidades não são demonstradoras de fraqueza, mas sim de otimização dos recursos e melhoria dos cuidados.

Não ignorando os fenómenos inconscientes que surgem como mecanismos de defesa, de transferência e contratransferência, importa que os identifiquemos e atuemos sobre eles por forma a não interferir com a nossa capacidade de lidar com as pessoas, mantendo o nosso desempenho profissional (Townsend, 2011). Durante os estágios, os processos de contratransferência e de mecanismos de defesa iam surgindo sobretudo face à temática do trauma, por todos os sentimentos que se tinham estabelecido com base nas minhas experiências passadas pessoais. Foi importante a devolução das equipas aquando da preparação das sessões e da tomada de consciência destas.

Acredito que em todos os momentos foi mantido o contexto e limites da relação profissional, sendo que os próprios serviços são fomentadores desta preservação de integridade do processo terapêutico. Em situações de âmbito mais comunitário, como o desenvolvimento de atividades socioculturais fora dos serviços, era sempre perspectivado o distanciamento existente.

Os estágios foram enriquecedores para a melhoria da qualidade da relação que se estabelece com os utentes, promovendo o autoconhecimento e os nossos estigmas e preconceitos mobilizados à partida. A consciencialização destes permitiu olhar a PUD com as suas múltiplas necessidades, perspectivando cuidados em conjunto com este.

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

Num contexto como o de internamento na área do tratamento da perturbação pelo uso de substâncias implica ser conhecedor das repercussões das situações dos utentes face a si próprios, famílias, grupos, comunidades e restantes sistemas. De forma dual estes influenciam e são influenciados.

Quando concessionamos estas implicações, percebemos também que fatores são promotores e protetores das pessoas, famílias e comunidades podendo atuar sobre eles. Sendo que dado o contexto específico do tratamento a prevenção primária não é possibilitada, cabe-nos interseccionalmente com a avaliação global das necessidades das pessoas, assisti-las na promoção da melhor saúde e bem-estar. O encaminhamento para um verdadeiro enfase na funcionalidade e autonomia do utente só é possível se concessionarmos respostas e cuidados que permitam olhar holisticamente para as pessoas, concessionando-as em todas as dimensões da sua vida, ao longo da vida.

Durante o estágio a implementação das sessões tendo por base a abordagem de TIC promoveu a implementação, participada, para a educação e empoderamento das pessoas, famílias e serviços na atenção sobre o trauma e a sua interação com o consumo de drogas.

Na implementação ainda destas sessões encontrava-se a redução de fatores de stress e trauma secundários também nos profissionais de saúde, permitindo que a partilha das

situações em equipa diminuí-se conflitos e entrevisse precocemente na minimização dos efeitos. Acredito que trabalhar em como EEESMP é prestar cuidados especializados, que incluem o ter em atenção as equipas onde estamos inseridos. Pois somente, promovendo o bem-estar e facilitando-o no seio das nossas equipas, teremos cuidados de qualidade.

3ª competência: 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.

Sabendo que o papel do enfermeiro num contexto de trabalho com pessoas com perturbação pelo uso de substâncias passa como facilitador da mudança de comportamentos mais danosos, ajudando a manutenção dos mesmos, sabemos que a motivação e a ambivalência são características do ser humano, que faz as pessoas infletir muitas vezes sobre que caminho seguir (Bond, 1995; Phaneuf, 2005).

Na dinamização do planeamento das intervenções de TIC no âmbito dos estágios foi realizado, tal como já demonstrado, o estabelecimento inicial de um diagnóstico de situação, estabelecendo-se objetivos e resultados esperados. Em todos os momentos a comunicação e a relação de confiança desenvolvidas com os utentes foi fundamental para a implementação das intervenções (Phaneuf, 2005). Somente desta forma é possível a pessoas consciencializarem a possibilidade de mudança, equacionando-a e confrontando-a com o seu propósito.

A metodologia de gestão de caso era a aplicada em todos os contextos de estágio frequentados, adotando a valorização do desenvolvimento de relações de confiança mútua, compreensão e validação de necessidades que a pessoas, individualmente, apresenta (Almeida & Amendoeira, 2015). Esta metodologia constitui-se como uma das prioridades globais da OMS, por forma a ser implementada em serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas (OMS, 2018).

A gestão de caso implicada no processo das sessões de TIC foi cumprida no sentido do envolvimento das pessoas, da avaliação holística, do planeamento, ensino, treino de competências, suporte, aconselhamento e por fim monitorização (Lukersmith,

Fernandez, et al., 2016). Esta metodologia é importantíssima para esta população que detém necessidades complexas.

4ª competência: 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.

No âmbito do desenvolvimento das intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas foram utilizadas metodologias que promoveram inicialmente o estabelecimento de confiança e relação terapêutica com o grupo de utentes, guiando a pessoa na sua descoberta e envolvendo-os progressivamente nas sessões e processos terapêuticos, permitindo que a pessoa identificasse novas descobertas e experienciasse/significasse as suas vivências (Knapp, 2004).

Acreditamos que neste processo é fundamental o desenvolvimento destas intervenções para a reabilitação psicossocial e reinserção social das pessoas. Importa que nestes processos não realizemos nenhuma imposição dos nossos valores e crenças, sendo o papel do EEESMP o suporte para a ajudar a pessoa a gerir a sua vida, tendo por base o que o mesmo deseja.

5.3 Competências de Mestre em Enfermagem

No que concerne às competências de Mestre em Enfermagem cumprindo o Decreto-Lei nº63/2016, artigo 15º, iremos realizar uma análise breve e crítica sobre o atingir das competências.

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

A realização dos estágios no contexto de internamento na área dos comportamentos aditivos permitiu-nos a reflexão e demonstração sobre competências de conceção, prestação e gestão de cuidados, bem como a supervisão de cuidados na área específica de especialização de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

2. *Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;*

A elaboração do projeto das sessões de abordagem de TIC deu cumprimento à aquisição das competências de mestre, sendo que a elaboração de um artigo científico com vista a contribuição e disseminação desta abordagem e da sua aplicação com PUD.

3. *Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;*

Durante a realização do estágio final aproveitámos sempre momentos para a integração de novos conhecimentos, por forma a que a tomada de decisão fosse ponderada e mediada pelas inerentes às responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

As sessões de TIC foram planeadas tendo em conta a integração de conhecimento existentes na área, contribuindo esta também para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, ODS 3, no que respeita à saúde de qualidade, especificamente reforçando a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas.

4. *Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;*

Acreditamos que a procura constante por atualização dos conhecimentos, consequentemente da prestação de cuidados mais adequado e atuais, tem sido uma constante presente na minha vida. Desde a realização de formações em áreas específicas sobre o consumo de drogas, ao mestrado que realizei em Saúde Pública, até mesmo à culminação do processo atual, reconhecemos que tudo isto tem intensificado a produtividade pela procura de evidência científica, e produção desta, nos âmbitos de trabalho que tenho desenvolvido.

5. *Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;*

Desde 2018, ano do término da licenciatura, tenho participado ativamente em projetos de base comunitária na área da redução de danos com PUD. Tenho feito parte de múltiplos projetos, participando ativamente na formação destes, em contextos interseccionais. Acredito que o envolvimento de forma proativa em múltiplas investigações na área do consumo de substâncias, bem como o interesse que tenho em desenvolver respostas na área, são um foco que mantenho desde há muitos anos. Acredito que as competências desenvolvidas durante todo o percurso curso, até ao estágio final, tem sido importantíssimo para a aquisição de mais e melhor envolvimento nesta competência.

6. *Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;*

Acreditamos que o culminar das atividades planeadas e apresentadas neste relatório demonstram a oportunidade que tive em desenvolver esta competência, tendo para isso a necessidade de realizar a análise diagnóstica e necessidades, realizado o planeamento, intervenção e avaliação.

Sendo que a saúde está em todas as políticas, acredito que o desenvolvimento organizacional e clínico de atividades também vem contemplar uma maior abrangência da importância deste trabalho.

7. *Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.*

Acredito que os domínios de competência são por si condutores, agregando os conhecimentos, habilidades e intervenções a serem desenvolvidas, aquando da prestação de cuidados especializadas. As competências comuns e específicas do enfermeiro

especialista, compreendem um exercício especializado da profissão, com uma intervenção que se incorpora em maiores conhecimentos, capacidades e habilidades, avaliando de forma sistemática as melhores práticas de intervenção na prestação de cuidados, permitindo detetar as necessidades de saúde e atuar nos mais variados contextos de vida das pessoas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório possibilitou-nos a transposição das vivências do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, materializando-o neste documento. Desde as múltiplas aprendizagens, à solidificação de conhecimentos, todo o processo teórico-prático que decorreu, permitiu resumidamente torná-lo acessível ao conhecimento de outros.

A exploração da temática do uso de drogas é ainda enviesada muitas vezes por crenças, preconceitos e estigmas que todos detemos, sendo que importa que exista uma leitura que abraça todas estas crenças, mas que com tudo olha as pessoas enquanto pessoas. O trabalho promovido pretendeu essa reflexão num momento inicial, afunilando para as pessoas com perturbação pelo uso de substâncias e patologia dual, e a associação do trauma a muitas destas pessoas.

A abordagem de TIC trouxe-nos uma conceção que talvez nos parece mais urgente atualmente, a dinamização de serviços que atentem todos os que dele fazem parte, incluindo os utentes, repensando conjuntamente as intervenções que se desenvolvem face à questão do trauma. A aplicação da abordagem integrativa, que focou em complementaridade também o bem-estar das equipas, pretende ressaltar a ideia de que a promoção de melhores cuidados de saúde, só acontece quando todos estão alinhados e criam redes de suporte e ligação.

A abordagem do trauma e das múltiplas dimensões, pretende olhar a adaptabilidade e o coping ineficaz que muitas PUD têm, compreendendo não só as suas vivências, mas também olhando os contextos de ambiente de risco das pessoas, sobretudo os determinantes sociais de saúde.

Pensamos que foi alcançado o objetivo de elaboração de um plano de intervenção com a abordagem de TIC, realizando-se um diagnóstico da população que se encontrava nos serviços, e com o desenho do planeamento da abordagem, que implicou o aprofundamento do conhecimento desta. A implementação e por fim avaliação foram processos de refinação do plano desenvolvido, tentando que todos os envolvidos participassem também eles na sua mudança. O cuidado às famílias foi um dos campos de intervenção que ficou por cumprir, sendo que acredito que teria sido importante, visto tratarem-se por vezes de relações e ligações delicadas.

Cabe ao enfermeiro, e mais ainda ao EEESMP, ser um facilitador da adesão, motivação, fornecimento de apoio e ajuda, treino de habilidades, aconselhamento, educação, entre outros. Acredito que as dinamizações das sessões, bem como todo o processo indispensável de aprendizagem no contexto de estágio, contribuíram para o desenvolvimento de todos estas competências especializadas para o enfrentar dos desafios da profissão, aliando-se ao conhecimento pré-adquirido, aprofundando as relações com os utentes, com as instituições e com novas práticas de enfermagem. O empoderamento para a prática e exercício especializado, bem como a necessidade contínua de desenvolvimento interno, pessoal e profissional, tornou capaz a resposta às múltiplas necessidades e diversidades de pessoas, aguça ainda mais aquilo que está ainda para se aperfeiçoar.

Na procura pela qualidade, segurança e excelência que se pretende obter nos cuidados de enfermagem, salientou-se a relação terapêutica, a parceria ativa, o foco interseccional e o impulsionamento de oportunidades de aprendizagem fundamentais para o completar desta fase.

Em ambos os contextos de estágio, durante o seu caminho, a integração nas equipes e nos serviços permitiu sublimar as competências pelos conhecimentos, pela experimentação, pela partilha de saberes, permitindo por fim, o crescimento profissional.

Por forma a implementar-se esta abordagem de TIC participada em outros serviços, dinamizando o conhecimento de mais colegas para a mesma, deveria ser realizada investigação na área para a verdadeira melhoria do tratamento na área das dependências. Somente a atualização contínua dos profissionais, e conseqüentemente dos serviços, permite melhorarmos a prestação de cuidados e os indicadores na área do tratamento. Para a melhoria na adesão às equipes de tratamento, a necessidade de renovação das intervenções e projetos, adequando-se aos atuais consumidores, às suas práticas, aos seus padrões e ao conhecimento que detemos sobre o consumo de drogas e a dependência, só é possível com a formulação de novos planos de intervenção.

Compreendendo que isto é somente mais um passo ao longo do caminho que se espera e que está ainda por cumprir, a motivação e a ambição regaram os próximos tempos.

7. BIBLIOGRAFIA

Andersen, J., & Blosnich, J. (2013). Disparities in Adverse Childhood Experiences among Sexual Minority and Heterosexual Adults: Results from a Multi-State Probability-Based Sample. PLoS One.

APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington : American Psychiatric Association.

Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C., Lack, C., Sieroslavska, K., Merinder, H., . . . Baeck-Moller, K. (2009). Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project. *Mental Health and Substance Use* , 88-100.

Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral. Lisboa: SICAD.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Psychology. *American Psychologist*, 1175-1184.

Bandura, A., Azzi, R., & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artmed.

Better Care Playbook. (2020). *Adopting a Trauma-Informed Approach to Improve Patient Care: Foundational Organizational-Level Steps*.

Blanco, C., Alegria, A., Liu, S., Secades-Villa, R., Sugaya, L., Davies, C., & Nunes, E. (2012). Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 865-873.

Blue Knot Foundation. (n.d.). *Workers in Diverse Settings - Trauma-Informed Practice*. Obtido de http://www.blueknot.org.au/Portals/2/Fact%20Sheets%20Info/Fact%20Sheet_Workers.pdf.

Bond, T. (1995). The nature and outcomes of counselling. Em J. Keithley, & M. Geoffrey, *Counseling in primary health care* (pp. 3-26). Oxford: Oxford University Press.

Brady, K., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 1483-1493.

Brady, K., Killen, T., Saladin, M., Dansky, B., & Becker, S. (1994). Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder. *The American Journal on Addictions*, 160-164.

Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C., & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 636-645.

Carta de Ottawa. (1986). *A Promoção da Saúde a Carta de Ottawa*. Ottawa: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

Centers for Disease Control and Prevention, & Division of Violence Prevention. (2016). *About the CDC-Kaiser Adverse Childhood Experiences Study*. Obtido de <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>

Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanista da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta.

Child Welfare Information Gateway. (2015). Understanding the Effects of Maltreatment on Brain Development.

Clarck, D., Lesnick, L., & Hegedus, A. (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1744-51.

Collins, A., Boyd, J., Cooper, H., & Mcneil, R. (2019). The intersectional risk environment of people who use drugs. *Social Science & Medicine*, 234.

Comiskey, C., Galligan, K., Flanagan, J., Deegan, J., Farnann, J., & Hall, A. (2019). Clients' Views on the Importance of a Nurse-Led Approach and Nurse Prescribing in the Development of the Healthy Addiction Treatment Recovery Model. *Journal of Addictions Nursing*, 169-176.

Crome, I. B. (2006). An epidemiological perspective of psychiatry comorbidity and substance misuse: the UK experience/example. Em A. Baldacchino, & J. Corkery, *Comorbidity: perspective across Europe* (pp. 45-60). London: European Collaborating Centres in Addicton Studies.

De Leon, G. (2003). *A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método*. São Paulo: Loyola.

Declaração Universal Direitos Humanos. (1948). Paris.

Dekel, S., Ein-Dor, T., & Zahava, S. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 94-101.

Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem - Do problema aos Fundamentos para o Agir*. Coimvra: Almedina.

Dixon, L. B., & Lehman, A. F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 631-43.

Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schafer, I., Sutmann, F., Durisin, M., . . . Havemann-Reinecke, U. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: A multi-center study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 481-488.

Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W., & Anda, R. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 564-572.

Elliot, D., Bjelajc, P., Fallot, R., Markoff, L., & Reed, B. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 461-477.

EMCDDA. (2013). Co-morbid substance use and mental health disorders in Europe: a review of the data. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA. (2016). Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs Addiction.

EMCDDA. (2019). EU Drug Markets Report. Luxemburgo: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, A., . . . Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study . *AM J Prev Med*, 245-258.

Fernandes, E., & Maia, A. (2000). Quando a guerra parece não ter fim: Uma intervenção psicoterapêutica em Perturbação Stress Pós-Traumático de Guerra. *RIPCS/IJCHP*, 379-87.

Fernandes, I. M. (2007). . Factores influenciadores da percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros. Coimbra: Formasau-Formação e Saúde.

Ferrito, C. (2013). Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo do trabalho de Mestrado. 1o Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Figueiredo, A. L., Souza, L., Jr Dell Aglio, J. C., & Argimon, I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento no transtorno bipolar . *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15-24.

Fragata, J. (2006). Risco Clínico: Complexidade e performance. Coimbra: Almedina.

Gardner, A. (2010). Therapeutic frienliness and the developmente of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Journal For The Australian Nursing Profession*, 140-8.

Giaconia, R., Reinherz, H., Hauf, A., Paradis, A., Wasserman, M., & Langhammer, D. (2000). Comorbidity of substance use and post-traumatic stress disorders in a community sample of adolescents. *Am J Orthopsychiatry*, 253-62.

Giaconia, R., Reinherz, H., Paradis, A., & Stashwick, C. (2003). Comorbidity of substance use disorders and posttraumatic stress disorder in adolescents. Em P. Oimette, & P. Brown, *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (pp. 227-242). Washington: American Psychological Association.

Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública . *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3-10.

Greco, M. (2009). Tomada de decisão em Enfermagem.

Guerra , A. (2006). Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O planeamento em Ciências Sociais . Principia.

Hall, W., Degenhardt, L., & Teesson, M. (2009). Understanding comorbidity between substance use, anxiety and affective disorders: broadening the research base. *Addictive Behaviors*, 526-530.

Harris, M., & Fallot, R. (2001). Using Trauma Theory to Design Service Systems. *New Directions for Mental Health Services*.

Hughes, K., Bellis , M., & Hardcastle, K. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences o health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 356-366.

Hurley, J. (2009). A qualitative study of mental health nurse identities: many roles, one profession. *International Journal of Mental Health Nursing*, 383-90.

Langas, A., Malt, U., & Opjoirdsmoen, S. (2011). Comorbid mental disorder in substance users from a single catchment area: a clinical study. *BMC Psychiatry*, 25.

Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta.

Le Boterf, G. (1995). De la compétence - essai sur un attracteur étrange. Em *Les éditions d'organisations*. Paris: Quatrième Tirage.

Lenburg, C., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer, T., & Boyer, S. (2009). The COPA model: a comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. *Nursing Education Perspectives*, 312-317.

Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 977-988.

Lopes, J. (2012). Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso. Universidade de Lisboa: A experiência vivida da pessoa com problemas de adição.

Lukersmith, S., Fernandez, A., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). The brain injury case management taxonomy (BICM-T): a classification of community-based case management interventions for a common language. *Disability and Health Journal*, 272-280.

Marshall, E., & Farrell, M. (2007). Substance use and psychiatric comorbidity. *Medicine*, 246-249.

Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 62-66.

Matos, A. P., & Pereira, A. R. (2012). Quanto mais me bates, menos gosto de mim: A relação entre o abuso infantil e a depressão na adolescência. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra.

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 223-245.

Menschner, C., & Maul, A. (2016). Key Ingredients for Successful Trauma-Informed Care Implementation. Robert Wood Johnson Foundation: Center for Health Care Strategies.

Merrick, M., Ford, D., Ports, K., & Guinn, A. (2018). Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011–2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 states. *JAMA Pediatr*, 1038-1044.

Merrick, M., Ford, D., Ports, K., Guinn, A., Chen, J., Klevens, J., . . . Mercy, J. (2019). Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention — 25 States, 2015–2017. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention.

Michelfelder, M., & Swoboda, E. (2012). "Trauma 101". Trauma Informed Care Stakeholders Group Training Subcommittee. Obtido de <http://www.traumainformedcareproject.org/resources/Trauma%20101%20Powerpoint%20PresentationV1.pdf>.

Mills, K., Teesson, M., Ross, J., Darke, S., & Shanahan, M. (2005). The costs and outcomes of treatment for opioid dependence associated with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 940-945.

Montezeli, J., Cavei, ao, C., Hey, A., Peres, A., Romano, M., & Tavares, Z. (2016). Mobilização da liderança: concepção de graduandos em enfermagem. *Rev Fund Care Online*, 5114-5119.

National Child Traumatic Stress Network, & Secondary Traumatic Stress Committee. (2011). *Secondary Traumatic Stress: A Fact Sheet for Child-Serving Professionals*.

NIRN. (n.d.). *Implementation Science Defined*. Obtido de National Implementation Research Network: <http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-science-defined>

Noe, S. R., & Keller, T. (2020). Office-Based Buprenorphine Treatment: Identifying Factor That Promote Retention in Opioid-Dependent Patients. *Journal of Addictions Nursing*, 23-29.

Norman, S., Tate, S., Anderson, K., & Brown, S. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence*, 89-96.

Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*, 7-17.

Oliveira, L., & Queiros, P. (2015). Adaptação Cultural E Validação Da Nurse Competence Scale (Ncs) Para a População. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 77-89.

OMS. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: WHO Library.

OMS. (2018). *Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. Geneva: World Health Organization.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Regulamento n.o 515/2018.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento no 140/2019.

Palijan, T., Muzinic, L., & Radeljak, S. (2009). Psychiatric Comorbidity in Forensic Psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 429-36.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. Boston: Peason Education.

Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.

Perkonigg, A., Kessler, R., Storz, S., & Wittchen, H. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 46-59.

Perry, B. (2004). *Understanding traumatized and maltreated children: The core concepts – Living and working with traumatized children*. The Child Trauma Academy.

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

Potter, P., Perry, A., Stockert, P., & Hall, A. (2017). *Fundamentals of Nursing*. Elsevier Inc.

Radhakrishnan, R., Wilkinson, S., & DSouza, D. (2014). Gone to pot: A review of the association between cannabis and psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 54.

Rafaela, D., & Cerejeira, J. (2018). Perturbações relacionadas com substâncias. Em C. Saraiva, & J. Cerejeira, *Psiquiatria fundamental* (pp. 353-365). Lisboa: Lidel.

Resilience For All Ages. (2019). *Implementing Trauma-informed Care: A Guidebook*. Baltimore: LeadingAge Maryland.

Rose, S., Xie, D., & Stinenman, M. (2014). Adverse childhood experiences and disability in U.S. adults. *PM & R*, 670-680.

Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto*. Percursos, 15.

Sacks, V., & Murphey, D. (2018). The prevalence of adverse childhood experiences, nationally, by state, and by race or ethnicity. Maryland: Child Trends.

Sakraida, T., & Pender, N. (2006). Health promotion model. Em A. Tomey, & M. Alligood, Nursing theorists and their work (pp. 452-471). St Louis-Missouri : Mosby- Elsevier.

SAMHSA. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative. Obtido de <http://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>.

SAMHSA. (2019). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health. Rockville: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Santos, C., Martins, T., & Rodrigues-Ferreira, T. (2009). Saúde e Qualidade de Vida: Contributos Teóricos. Em C. Sequeira, C. Santos, M. Abreu, M. Sousa, & E. Borges, Saúde e Qualidade de Vida: Estado da Arte (pp. 15-27). Porto: NISQV- ESEP.

Santos, I., & Sa, E. (2010). Estratégia de governação clínica. Revista Portuguesa Clínica Geral, 606-12.

Schout, G., & Zeelen, J. (2010). Establishing contact and gaining trust: an exploratory study of care avoidance. Journal of Advanced Nursing, 324-33.

Schulman, M., & Menschner, C. (2018). Laying the Groundwork for Trauma-Informed Care. Center for Health Care Strategies.

SICAD. (2022). Relatório Anual 2021 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependência. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências .

Slopen, N., Shonkoff, J., Albert, M., Yoshikawa, H., Jacobs, A., Stoltz, R., & Williams, D. (2016). Racial Disparities in Child Adversity in the U.S. - Interactions With Family Immigration History and Income. American Journal of Preventive Medicine, 47-56.

Starey, N. (2001). What is clinical governance. Hayward Medical Communications .
Tate, S., Norman, S., McQuaid, J., & Brown, S. (2007). Health problems of substance-dependent veterans with and those without trauma history. Journal of Substance Abuse Treatment, 25-32.

The Research and Evaluation Group. (2013). Findings from the Philadelphia Urban ACE Survey. Philadelphia.

Tomas, M. (2013). As intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria para os familiares das pessoas com o diagnóstico médico de esquizofrenia. Setúbal: Relatório do Trabalho de Projeto do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência.

Torrens, M., Gilchrist, G., & Domingo-Salvany, A. (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders. *Drug & Alcohol Dependence*, 147-156.

UNODC. (2019). World Drug Report 2019 . Vienna: United Nations.

Vieira, C., Paixao, R., Silva, J., & Vicente, H. (2020). Versão Portuguesa da Impact of Event Scale–Revised (IES-R). *PSIQUE*, 24-43.

WHO. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization.

Yatchmenoff, D., Sundborg, S., & Davis, M. (2017). Implementing Trauma-Informed Care: Recommendations on the Process. *Advances in Social Work*.