

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde e Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior Saúde Instituto
Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização / Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Impacto da Psicoeducação em Pacientes Alcoólicos relativamente à Auto e Heteroagressão

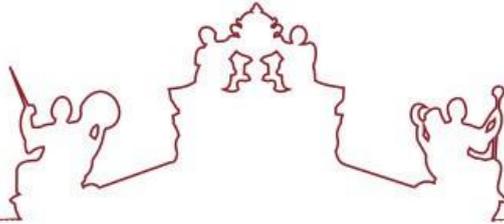
João Vitor de Oliveira Peixoto Anacleto

Orientador(es) /

Jorge Salvador Pinto de Almeida

Évora 2022





**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde e Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior Saúde Instituto
Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização / Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

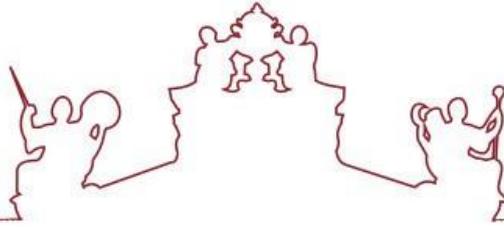
Impacto da Psicoeducação em Pacientes Alcoólicos relativamente à Auto e Heteroagressão

João Vitor de Oliveira Peixoto Anacleto

Orientador(es)/ **Jorge Salvador Pinto de Almeida**

Évora 2022





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Jorge Salvador Pinto de Almeida (Instituto Politécnico de Castelo Branco)
(Orientador)
Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal -
Escola Superior de Saúde) (Arguente)

“(...) quanto mais me disponho a ser simplesmente eu mesmo em toda a complexidade da vida e quanto mais procuro compreender e aceitar a realidade em mim mesmo e nos outros, tanto mais sobrevêm as transformações.”

Carls Rogers

AGRADECIMENTOS

Pelo tempo perdido, coragem provida, apoio em dias intermináveis, conselhos singulares e muita... muita paciência: Agradeço a todos os amigos e família.

Um forte agradecimento ao Enfermeiro Brandão por quem tive o privilégio de ser orientado em ambos os estágios. O seu forte caráter moldou-me e projetou-me para o futuro.

Agradeço também ao Professor Jorge, que através dos seus conhecimentos e reflexões impulsionou a continuidade deste percurso.

Aos meus pais, ao Manel, à Ana, ao Filipe, à Joana, ao Bruno e à Filipa. Obrigado por terem sido o meu apoio e o meu incentivo, sem vocês seria impossível!

RESUMO

Este Relatório de Estágio representa a finalização do Mestrado em Enfermagem na especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Contempla, de forma descritiva, refletiva e pormenorizada, as experiências e conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico e dos estágios efetuados.

Complementarmente, relata a construção de um projeto com possível aplicação em ambiente profissional. O projeto foca-se em sessões psicoeducacionais, aplicadas por um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, direcionadas ao controlo de impulsos que possam desencadear comportamentos agressivos em pacientes com problemas ligados ao álcool. A sua elaboração sustenta-se em evidência científica, tendo sido concretizado utilizando as distintas fases da Metodologia de projeto e tendo como base a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

Finaliza com uma reflexão crítica das competências de Mestre e Enfermeiro Especialista adquiridas.

Palavras-Chave: Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Alcoolismo.

Impact of Psychoeducation on Alcoholic Patient regarding Self and Heteroaggression

ABSTRACT

This Internship Report represents the completion of the master's degree in Nursing in the specialization of Mental Health and Psychiatric Nursing. It contains, in a descriptive, reflective, and detailed way, the experiences and skills acquired during the academic and internship programs

In addition, it reports on the construction of a project with possible application in a professional environment. The project focuses on psychoeducational sessions, applied by a Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatry, aimed at controlling impulses that may trigger aggressive behaviors in patients with alcohol-related problems. It was developed using the different phases of the Project Methodology and is based on Betty Neuman's System Models.

It ends with a critical reflection on the acquired competencies of master's degree and Nurse Specialists.

Keywords: Psychiatric Nursing; Mental Health; Alcoholism.

ÍNDICE DE APÊNDICES

| | |
|---|----|
| APÊNDICES..... | 74 |
| APÊNDICE I - Resumo: Revisão Integrativa da Literatura – Impacto da Psicoeducação em Pacientes Alcoólicos | 75 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| ANEXOS | 79 |
| ANEXO I – Escala de Agressividade e Disfunção Social | 80 |

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICN – *International Council of Nurses*

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PNPSM – Programa Nacional Para a Saúde Mental

PNRPLA – Plano Nacional para a Redução de Problemas Ligados ao Álcool

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| GLOSSÁRIO | 12 |
| INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 16 |
| 1.1. SAÚDE E DOENÇA MENTAL | 16 |
| 1.2. LEIS, POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL | 18 |
| 1.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA..... | 20 |
| 1.4. INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL | 21 |
| 1.5. PROBLEMAS RELACIONADOS COM O ÁLCOOL | 22 |
| 1.6. TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN..... | 26 |
| 2. DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO | 29 |
| 3. FASE METEDOLÓGICA: METODOLOGIA DE PROJETO | 33 |
| 3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO | 36 |
| 3.2. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS | 39 |
| 3.3. POPULAÇÃO ALVO | 40 |
| 3.4. PLANEAMENTO | 40 |
| 3.5. AVALIAÇÃO | 46 |
| 4. REFLEXÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS | 47 |
| 4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA | 48 |
| 4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP | 57 |
| 4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE | 63 |
| CONCLUSÃO | 66 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 68 |

GLOSSÁRIO

Abuso de Substâncias – Uso inadequado de substâncias quimicamente ativas para um efeito não terapêutico, que poderá ser nociva para a saúde e causar adição (*International Council of Nurses [ICN], 2019*);

Agressividade – é um comportamento que se pode diferenciar em “Heteroagressão”, quando o comportamento agressivo é direcionado a outros, objetos e/ou animais, podendo se manifestar verbalmente ou fisicamente, e em “Autoagressão”, identificando-se comportamentos direcionados para o próprio, englobando automutilação e ideação suicida (Wistedt, 1990);

Álcool – É uma substância psicoativa que afeta os neurotransmissores cerebrais, deprime o sistema nervoso central, altera o sistema hormonal e provoca várias perturbações mentais e físicas, através do seu consumo (Valente, 2014);

Bem-Estar – Um estado positivo experimentado por indivíduos e sociedades. Semelhante à saúde, é um recurso para a vida diária e é determinado pelas condições sociais, econômicas e ambientais (OMS, 2021);

Binge Drinking– Consumo de grandes quantidades de bebidas alcoólicas (5 ou mais) num período curto de tempo, em ocorrência irregular no dia-a-dia dos jovens (SICAD, 2013);

Craving – define-se como um desejo intenso de beber, que dificulta o raciocínio e frequentemente resulta no início do consumo (DSM-5, 2014);

Dellirium Tremens – designa-se por uma complicação grave desencadeada pela privação de álcool. Pode afetar principalmente homens adultos entre os 40 e 60 anos de idade, manifestando-se durante semanas. É comum resultar em distúrbios do sono, intensa ansiedade, alucinações transitórias, perturbações de memória, alteração dos juízos com interpretações erradas dos estímulos, agitação psicomotora extrema, discurso incoerente, parestesias, desequilíbrio hidroeletrólítico, confusão e distratibilidade. É visto como uma urgência médica e na ausência de tratamento pode atingir uma mortalidade de 20%, com redução para 5% após tratamento (Valente, 2014).

Doença Mental – Uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental. Sendo também, um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos os e socioculturais, implicando, na pessoa doente, a incapacidade de exercer os seus papéis sociais (Sequeira & Sampaio, 2020);

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia. Sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas (Regulamento n.º 356/2015);

Saúde - Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2021);

Saúde Mental - A saúde mental é um estado de bem-estar no qual cada indivíduo concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos stressantes da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apto a contribuir na sua comunidade (OMS, 2018).

INTRODUÇÃO

A elaboração deste Relatório de Estágio surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica. Pretende-se que o presente Relatório seja instrumento de avaliação final para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica [EESMP], bem como, a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

Este relatório descreve o trajeto realizado ao longo do mestrado e dos estágios programados de forma a adquirir competências requeridas para o reconhecimento do grau de mestre em enfermagem, tal como, de competências gerais e específicas requeridas num EESMP. As competências do EESMP visam a especificidade da prática clínica na área de saúde mental e psiquiátrica. Estas englobam um leque de intervenções destinadas à promoção de saúde e bem-estar dos pacientes. O autoconhecimento, a promoção de uma relação terapêutica de excelência, a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais dignificam e promovem o processo de cuidar, através de uma prática baseada na evidência (OE, 2018).

Para além disso, são expostos os resultados da experiência académica efetuada na realização do mestrado em enfermagem, sendo demonstrada no conjunto de conhecimentos e capacidades adquiridos ao longo deste percurso.

Segundo o IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, em Portugal estima-se que na população, entre os 15 e os 74 anos de idade, apresentem uma prevalência de consumo de qualquer bebida alcoólica de 85% ao longo da vida (SICAD, 2021). O álcool é a substância com maior nível de consumo no panorama nacional, verificando-se dados de abuso e de dependência elevados da substância. Ao consumo relacionam-se também comorbilidades e comportamentos de risco que causam impacto na saúde do individuo consumidor e comunidade em geral (SICAD, 2021).

Assim, o consumo inadequado de álcool permanece um perigo para a saúde pública, sendo foco de atenção para os profissionais de saúde que atuam na área dos

Comportamentos Aditivos e Dependências [CAD] (SICAD,2013). Interpretando as recentes abordagens aos CAD, concluímos que estas devem ser direcionadas para as necessidades objetivas e subjetivas da pessoa, descentrando-se da substância e desse modo elaborando estratégias pertinentes para a redução e manutenção do consumo e comportamentos do indivíduo (SICAD, 2013).

A abordagem, ao longo do estágio foi fulcral para elaboração do projeto descrito neste relatório. É baseado nas intervenções psicoeducacionais a um grupo de indivíduos com problemas ligados ao álcool, aplicadas sob orientação de um EESMP. O projeto foi delineado de forma a complementar as sessões psicoeducacionais já estabelecidas neste departamento, focando-se no controlo do impulso desencadeante em possíveis comportamentos agressivos nestes indivíduos.

Para tal, foi proposta a utilização de uma Escala de Agressividade e Disfunção Social, de modo a avaliar a eficácia da Intervenção Psicoeducacional do EESMP na diminuição de comportamentos nestes indivíduos relativamente à auto e heteroagressão.

A elaboração deste projeto tem como base a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, direcionadas para a intervenção do enfermeiro a nível da prevenção e tendo em consideração os stressores que desequilibram e influenciam as linhas de defesa dos indivíduos, conforme descrito pela teórica (Neuman, 2011).

O Relatório de Estágio, intitula-se por: "Impacto da Psicoeducação em Doentes Alcoólicos Relativamente à Auto e Heteroagressão". A sua elaboração teve a orientação e colaboração do Professor Doutor Jorge Almeida. Divide-se em quatro capítulos: Enquadramento Teórico, Descrição do Local de Estágio, Metodologia de Projeto e Reflexão de Competências Adquiridas. Por fim, descrevem-se as conclusões obtidas transversalmente à sua elaboração.

Este Relatório foi redigido segundo as diretrizes do novo acordo ortográfico português, cumpre as regras estabelecidas no Regulamento do Estágio Final e Relatório de Mestrado em Enfermagem e a sua referência convencionada as normas da *American Psychological Association* [APA], na sua 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. SAÚDE E DOENÇA MENTAL

Desde 1948 que a Organização Mundial da Saúde [OMS] mantém inalterado o seu conceito de saúde. Saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021). Desta derivam os restantes conceitos que englobam saúde e doença. Este conceito, sendo de grande amplitude, torna-o passível de múltiplas interpretações.

Ocasionalmente, a OMS modifica ou adiciona novas terminologias, contempladas no mais recente glossário publicado por esta entidade, sempre com o objetivo de esclarecer os leitores e promover a discussão e surgimento de novas formas de pensar sobre estas temáticas (OMS, 2021).

Um dos termos explícito é o de “bem-estar”, o qual, é referido no conceito original de saúde, definido por um estado positivo experimentado por indivíduos e sociedades. Semelhante à saúde, é um recurso para a vida diária e é determinado pelas condições sociais, económicas e ambientais (OMS, 2021). Assim, verifica-se uma visão holística e que complementa o conceito de saúde, abrange a qualidade de vida do indivíduo, na qual, a presença de bem-estar fomenta a capacidade das pessoas e das sociedades de contribuírem para o mundo de acordo com um senso de significado e propósito (OMS, 2021). Apoiar também o rastreamento da distribuição equitativa de recursos, prosperidade geral e sustentabilidade. Deste modo, o bem-estar de uma sociedade pode ser observado pela medida em que os seus indivíduos são resilientes, criam capacidade de ação e estão preparados para transcender desafios (OMS, 2021).

Assim, de forma a verificar a existência de saúde, temos de ter em conta múltiplas variáveis para que se verifique o desenvolvimento ótimo da pessoa nos diferentes contextos em que esta se insere, nomeadamente, fatores de natureza: biológica; psicológica; social; cultural e ecológica (Sequeira & Sampaio, 2020). Especifica-se pela capacidade da pessoa para estabelecer relações ajustadas com outros, participar construtivamente com o meio ambiente, resolver e/ou gerir os seus próprios conflitos internos e investir em realizações sociais (Sequeira & Sampaio, 2020).

Com base no supracitado, para se poder definir saúde mental, é importante clarificar

que esta não é apenas a ausência de doença, perturbação mental e/ou alterações do comportamento, nem apenas a capacidade de adaptação sistemática de um indivíduo ao meio. Implica definitivamente respostas adaptativas, mas a ausência destas respostas não implica necessariamente doença mental (Sequeira & Sampaio, 2020).

A constituição da OMS declara que “a saúde mental é um estado de bem-estar no qual cada indivíduo concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos stressantes da vida, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apto a contribuir na sua comunidade.” (OMS, 2018: p. 1). Constata-se o facto de, a saúde mental é uma parte integrante da saúde, pelo qual, não existe saúde sem saúde mental (OMS, 2018).

Verifica-se que, diferentes fatores influenciam os determinantes de saúde mental das pessoas, em qualquer momento das suas vidas (OMS, 2018). Referindo alguns exemplos, como a violência e as pressões socioeconômicas persistentes vividas nas diferentes comunidades, associando-se também, mudanças sociais repentinas, condições de trabalho stressantes, discriminação de género, exclusão social, estilo de vida pouco saudável, problemas de saúde física e violações dos direitos humanos, reconhecidos como riscos evidentes para a saúde mental (OMS, 2018). Podendo, em conjunto com fatores psicológicos e de personalidade específicos, riscos biológicos, incluindo fatores genéticos, influenciar e tornar os indivíduos mais suscetíveis a problemas de saúde mental (OMS, 2018).

Quando estes fatores referidos influenciam os indivíduos e estes não se conseguem adaptar aos mesmos, pode então surgir a Doença Mental, que segundo Sequeira e Sampaio, é “uma situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental.” (Sequeira e Sampaio: 2020, p. 3-4), sendo também definida por “um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais, implicando, na pessoa doente, a incapacidade de exercer os seus papéis sociais.” (Sequeira e Sampaio: 2020, p. 3-4). Assim, podemos referir que saúde e doença surgem num processo contínuo, que pode variar desde saúde, a saúde excessivamente deficiente ou a morte iminente, até um nível máximo de bem-estar (Sequeira & Sampaio, 2020).

Aliada à doença mental, surge um ramo da medicina, a Psiquiatria, a qual, tem objetivo de compreender, explicar e aliviar o sofrimento dos indivíduos afetados pela doença mental e, conseqüentemente, melhorar o seu bem-estar (Saraiva & Cerejeira, 2014).

1.2.LEIS, POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL

Segundo a OMS, os sistemas de saúde ainda não respondem convenientemente à sobrecarga exercida pelas perturbações mentais. Verifica-se um grande distanciamento de resposta entre a necessidade de tratamento e a sua oferta em todo o mundo, principalmente em países de baixo e médio desenvolvimento (OMS, 2019).

No decorrer dos anos, em Portugal, têm sido desenvolvidas estratégias de forma a enaltecer os cuidados de Saúde Mental. Exemplo disso é, a criação da lei de Bases da Saúde Mental, decretada em 1963, que iniciou a descentralização dos serviços através da criação de centros de Saúde Mental por todo o país, interligando estes centros aos cuidados de saúde primários (Lei n.º 2118, de 1963).

Atualmente, a lei de Saúde Mental, em vigor, e a legislação adjacente fortalecem a incorporação da Saúde Mental no sistema de saúde e promove a transferência dos cuidados especializados para os hospitais gerais e comunitários (Lei nº 36/98).

Por outro lado, marca-se a importância do desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial, a legislação de apoio ao emprego nos anos 90 e o Programa Nacional para a Saúde Mental (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental [SPPSM], 2016). No entanto, apesar dos avanços registados invoca-se a necessidade de transpor a implementação do conteúdo legislado para o meio a que se destina (SPPSM, 2016).

Foram verificadas algumas melhorias significativas nos cuidados resultantes do novo regime de organização dos serviços de saúde mental, embora a ausência de um plano nacional, revelava dificuldades na implementação de alterações necessárias a uma efetiva reestruturação do sistema de saúde mental (Decreto-Lei n.º 304/2009).

Desse modo, após a Conferência Ministerial dos Estados membros da região europeia da OMS, realizada em Helsínquia no ano de 2005, gerou uma declaração final: "Enfrentar os Desafios, Construir as Soluções". Tendo sido subscrita pelo Governo português, e posteriormente, pela Comissão Europeia, que replicou através da publicação do Livro Verde "Melhorar a Saúde Mental da População. Rumo a Uma Estratégia de Saúde Mental para a União Europeia", onde é recomendado, aos países envolvidos, ações direcionadas aos problemas de saúde mental e declarando a necessidade de implementação de planos nacionais de saúde mental (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Por sua vez, em 2008, foi publicado o Plano Nacional de Saúde Mental [PNSM] 2007-2016, em que, a sua criação deve-se às declarações já referidas e ao facto de ter sido subestimado o impacto das perturbações mentais na população. São referidos alguns exemplos de perturbações psiquiátricas, nomeadamente, depressão, dependência de álcool e esquizofrenia, bem como, perturbações mentais na infância e na adolescência, avaliando-se também, após realização de estudos e ampla investigação, que em cada dez causas de incapacidade, cinco são relativas a perturbações psiquiátricas (DGS, 2008).

Após uma análise de situação em Portugal, foi evidenciado que existe uma reduzida participação de utentes e familiares, escassa produção científica no sector da psiquiatria e saúde mental, limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis e quase total ausência de programas de promoção/prevenção (DGS, 2008).

O PNSM 2007-2016, tem como visão "Assegurar a toda a população portuguesa o acesso a serviços habilitados a promover a sua saúde mental, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e a recuperação das pessoas com esse tipo de problemas." (DGS, 2008: p. 13), nele também são explícitos os seus valores, princípios e objetivos detalhadamente (DGS, 2008).

Como consequência da aplicação do PNSM, verificou-se, uma redução do número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos de 40%, foram desativados hospitais psiquiátricos por todo o país num movimento de desinstitucionalização. Naturalmente, foram criados serviços de Saúde Mental nos hospitais gerais e lançados alguns novos serviços na comunidade (SPPSM, 2016). Foi também incentivada a formação de profissionais de modo a desenvolverem programas integrados para doentes mentais graves, inseriram-se as bases dos cuidados continuados integrados de Saúde Mental e iniciou-se a criação dos primeiros serviços e programas residenciais neste setor (SPPSM, 2016). Foi originada, por sua vez, a criação de novas unidades e uma nova rede de referenciação no campo da Saúde Mental da infância e adolescência, tendo-se verificado a implementação de programas inovadores em que foi permitida integração da Saúde Mental na luta contra a violência doméstica, o apoio aos sem-abrigo e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social em cooperação com os setores social, da justiça, da educação e do emprego (SPPSM, 2016).

Em 2017, foi publicado o Programa Nacional Para a Saúde Mental [PNPSM], que realiza um ponto de situação sobre a saúde mental até 2016 e previu o que seria realizado nos próximos anos, com previsões previstas até 2020 (DGS, 2017).

Foi possível constatar que alguns objetivos propostos no PNSM foram alcançados, nomeadamente, a nível de registos de perturbações mentais, articulação e ação dos cuidados de saúde primários na saúde mental, aumento na elaboração de programas de promoção saúde mental relevantes, entre outros (DGS, 2017). Elaboraram-se então novas metas a 2020, estas com base nos dados recolhidos até à data e nas necessidades verificadas (DGS, 2017).

1.3. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A enfermagem, na sua prática, é responsável pelo cuidado a pessoas com transtornos mentais, utiliza, deste modo, uma abordagem integrativa e centrada no utente e nas suas particularidades, envolvendo também famílias e a comunidade (Sequeira & Sampaio, 2020).

Desta forma, surge a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [ESMP], que se define como “uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia. (...) sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas” (Regulamento n.º 356/2015).

As competências do Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, visam uma especificidade da prática clínica em ESMP que englobam o autoconhecimento, na utilização do eu como instrumento terapêutico, promovendo uma relação terapêutica de excelência, e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar (OE, 2018). A prática clínica permite, por sua vez, estabelecer as relações de confiança e parceria com o doente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de redução (Regulamento n.º 515/2018).

O ICN, refere, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE], que o Abuso de Substâncias é um “Comportamento comprometido: uso inadequado de substância quimicamente ativa para um efeito não terapêutico, que poderá ser nocivo para a saúde e causar adição.” (ICN, 2019: 1). Os comportamentos, que derivam de problemas relacionados com álcool, podem requerer uma atenção especial por parte da

enfermagem, nomeadamente, a nível de intervenções específicas direcionadas às necessidades que surgem com este consumo (Seabra & Sequeira, 2020).

1.4.INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL

Psicoeducação surge na metade da década de 80, do século passado como termo independente. Tendo sido formulada uma definição pelo grupo de trabalho "*Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families*" (Bauml & Pitschel-Walz, 2003), referindo, a psicoeducação, que compreende intervenções sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas para informar o doente, família ou grupos sobre a doença, bem como, o seu tratamento (Sampaio, 2011). Deste modo, facilitando a compreensão e a gestão responsável da doença, e dando suporte a todos aqueles que se vêm obrigados a lidar com a doença. Esta difere estruturalmente da psicoterapia, uma vez que, a psicoeducação, no seu cerne, refere-se à: comunicação ativa e partilha de informação com todas as pessoas implicadas no processo e no tratamento de aspetos gerais da doença (Sampaio, 2011).

Segundo o "Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave", psicoeducação é definida como uma intervenção que tem como objetivo formar a pessoa, família ou cuidador informal e grupos-alvo sobre: a doença; o tratamento; o diagnóstico e prognóstico. Bem como sobre os seus direitos enquanto pessoa portadora de doença mental e estratégias de adaptação à sua situação (OE, 2021a).

A intervenção Psicoeducacional não se cinge à transmissão de informação a estes diferentes grupos ou indivíduos, pretende sim, auxiliar a compreender e dar sentido à experiência vivida, para deste modo, admitir que essa compreensão influencie de forma positiva o decurso da doença e do seu quotidiano (OE, 2021a).

Desta forma, a Psicoeducação é uma ferramenta fundamental para o EESMP, pois, é utilizada na sua prática com objetivo de: impulsionar relações orientadas pelo respeito e pela reciprocidade; aumentar a autoestima; aumentar a esperança; favorecer a autodeterminação; favorecer o autocontrolo e apoiar o crescimento pessoal (OE, 2021a).

1.5.PROBLEMAS RELACIONADOS COM O ÁLCOOL

A nível histórico, o álcool é uma substância que proemina as distintas religiões, culturas e sociedades, desde o seu descobrimento. A sua descoberta remete ao período neolítico, onde, de forma acidental, o ser humano tomou conhecimento de que a ingestão de mel, após fermentado, produziria um efeito no seu corpo (DGS, 2001). Através de relatos de obras artísticas e literárias produzidas pelos antigos povos, verifica-se que, com desenvolvimento e avanço da humanidade, o conhecimento da fermentação e destilação de álcool foi aprimorado, bem como, o conhecimento dos efeitos negativos recorrentes no seu consumo (DGS, 2001). No entanto, os relatos dos efeitos negativos focavam-se na embriaguez e na necessidade de os evitar, ignorando, por exemplo, a possível consequência de "alcooolismo crónico" (DGS, 2001). Na segunda metade do século XIX, a França foi o primeiro país a verificar necessidade de atenção sob o consumo de álcool na sua população, observando preocupantemente o consumo *per capita* superior a três litros de álcool e a elevada proporção do número de tabernas por habitante (DGS, 2001).

É uma substância psicoativa que afeta os neurotransmissores cerebrais, deprime o sistema nervoso central, altera o sistema hormonal e provoca várias perturbações mentais e físicas, através do seu consumo (Valente, 2014).

Segundo o DSM-5, o álcool contribui, de forma notável, para a morbidade e a mortalidade. Prevê-se que 3,8% das mortes e 4,6% dos anos de vida perdidos por incapacidade em todo o mundo sejam decorrentes do álcool (*American Psychiatric Association*, 2014). Verificamos que, o álcool, em comparação com as restantes substâncias estudadas e diferentes categorias abordadas, destaca-se pela prevalência de efeitos negativos e também no possível surgimento de diferentes perturbações mentais associadas a este tipo de consumo, quer seja durante a intoxicação pela substância ou na sua abstinência (*American Psychiatric Association*, 2014).

"Alcooolismo" é um termo com múltiplos significados e classificações, sendo que o termo mais utilizado para designar os problemas decorrentes do consumo excessivo de álcool denomina-se por "problemas relacionados com o álcool", referindo-se a qualquer alteração como consequência do consumo de álcool (Valente, 2014). Podendo ainda definir-se, na referência a quadros clínicos decorrentes do álcool, de "perturbações relacionadas com o uso de álcool" (Valente, 2014).

O consumo excessivo de álcool proporciona o desenvolvimento de patologias agudas e crónicas, a nível físico, e vários problemas do foro psicológico e social, considerando-se

um relevante problema de saúde pública. Atualmente, contribui para a ocorrência de acidentes domésticos, laborais e rodoviários, bem como, problemas relacionados com violência, abusos e negligência infantil e conflitos familiares, mais do que qualquer outro fator envolvido nestas questões (Valente, 2014).

No DSM-5, deparamo-nos com um padrão problemático e clinicamente significativo quando existe abuso de álcool, sendo manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios que ocorram dentro de um período de 12 meses:

1. A substância é frequentemente consumida em quantidades maiores ou por um período mais longo do que o pretendido;
2. Manifesta um desejo persistente ou esforços insignificantes para reduzir ou controlar o consumo de álcool;
3. Despende muito tempo em atividades necessárias para obter álcool, consumir álcool, ou a recuperar dos seus efeitos;
4. *Craving*, forte desejo ou urgência de consumir álcool;
5. Consumo recorrente de álcool que resulte na quebra de cumprimento de deveres importantes no meio laboral, familiar e escolar;
6. Consumo recorrente de álcool apesar de apresentar problemas sociais e/ou interpessoais persistentes, ou recorrentes problemas originados ou exacerbados pelos efeitos do álcool;
7. Abandono ou redução de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes devido ao consumo de álcool;
8. Consumo recorrente de álcool em situações de risco físico;
9. O consumo de álcool persiste embora o consumidor tenha perceção da persistência ou problemas físicos ou psicológicos associados, que provavelmente foram originados e potenciados pelo álcool;

10. Tolerância, conforme definido por qualquer um dos seguintes critérios:

- a. Uma necessidade de consumo de quantidades excessivas de álcool para atingir a intoxicação ou os seus efeitos.
- b. O efeito do álcool diminui marcadamente com o consumo continuado da mesma quantidade de álcool.

11. Abstinência, conforme definido por qualquer um dos seguintes critérios:

- a. Uma síndrome de abstinência característica do consumo de álcool.
- b. Consumo de álcool (ou uma substância intimamente relacionada, como benzodiazepinas) é utilizado para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência (*American Psychiatric Association, 2014*).

Deste modo, podem ser afetadas outras atividades, como o desempenho profissional e escolar, e induz a descuido ou negligência das responsabilidades familiares, como cuidar dos filhos ou afazeres domésticos (*American Psychiatric Association, 2014*). A pessoa sob efeito de álcool pode gerar situações de perigo quer para si ou para os outros, resultando em danos para a integridade física, como por exemplo: a condução de veículos ou a operação de máquinas durante a intoxicação (*American Psychiatric Association, 2014*).

Mesmo tendo conhecimento dos efeitos nefastos do álcool, a pessoa com transtorno mantém o consumo podendo surgir problemas físicos, afetando diversos sistemas do corpo, como por exemplo doença hepática (esteatose hepática, hepatite e cirrose), úlcera péptica, hipertensão, pancreatite, degeneração cerebral, atrofia ótica, neoplasias (Valente, 2014). Afetando também a nível psicológico como: perturbação bipolar, depressão major e perturbações de ansiedade, são alguns exemplos. Podendo também interferir a nível social e interpessoal, proporcionando divórcios e atos de violência direcionados a si ou outras pessoas (Valente, 2014).

Esta substância enquadra-se nos comportamentos aditivos e dependências [CAD], e, tendo em conta a sua complexidade, a intervenção deve ser numa perspetiva holística e

desenvolvimental, deste modo, considerando a pessoa o centro da abordagem (Sequeira e Sampaio, 2020). Assim, "é deste fenómeno complexo e intersticial que fundamentamos a construção de respostas multidisciplinares e dispositivos multimodais assentes em movimentos articulados e complementares, capazes de melhorar a condição socio-sanitária desta população." (Sequeira e Sampaio, 2020: 302-303).

Tendo em consideração esta temática, no PNSM, ao longo dos tempos são referidas também estratégias a adotar no que remete à prevenção e tratamento dos problemas associados ao abuso de álcool e drogas, particularmente na articulação do Instituto da Droga e da Toxicodependência, onde foram integrados os centros regionais de alcoologia, com os serviços de saúde mental a nível local e é referido também a possível gestão em caso de urgência relacionados com o consumo de substâncias, tendo em conta a escassez de Psiquiatras, nessa altura, que poderiam dar resposta (DGS, 2008).

A nível do consumo de substâncias psicoativas, no PNPSM, é referido que o álcool é a substância psicoativa com maior prevalência de consumo experimental no decorrer da vida entre a população geral portuguesa entre os 15 e 64 anos (DGS, 2017). Compreende-se também a oscilação percentual, deste consumo, com mínimos de 73,6% e máximos de 86,3% entre os anos de 2012 e 2016/17 (DGS, 2017).

O consumo nocivo do álcool suportou a necessidade de as sociedades ocidentais atuais passarem a dar pertinência aos quesitos sociais e de saúde que envolvem este consumo, verificando-se um elevado impacto alcançado a nível de custos sociais e económicos (Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT], I. P., 2011).

As consequências negativas do impacto deste consumo têm sido temáticas de discussão na OMS e de vários organismos da União Europeias, tendo em conta, a crescente preocupação nesta matéria (IDT, 2011).

De forma a dar resposta e tendo em conta o contexto sociocultural do nosso país, o Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT] com base no Plano de Ação Contra o Alcoolismo, cujos fundamentos e princípios se mantinham atualizados à realidade vivenciada no país, elaborou o Plano Nacional para Redução dos Problemas Ligados ao Álcool [PNRPLA] 2010-2012, (IDT, 2011). O objetivo principal deste Plano consiste na redução significativa do consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde (IDT, 2011).

Após publicação da nova orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei

n.º 124/2011, de 29 de dezembro, procedeu-se à criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], que por consequência extinguiu o IDT, cometendo às Administrações Regionais de Saúde, I. P. a componente de operacionalização das políticas de saúde (Decreto-Lei n.º 124/2011).

Na sequência destas alterações, e tendo em conta PNRPLA 2010-2012 e avaliação interna do anterior Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências 2005-2012, avaliou-se pela negativa, o excessivo número de ações, algumas sobreponíveis, dos Planos de Ação (SICAD, 2013). Foi recomendado que o Plano de Ação contemplem um menor número de objetivos e ações em comparação com as anteriores estratégias, permitindo garantir a viabilidade da sua execução face à redução de recursos na Administração Pública e de igual modo recomenda o reforço do alinhamento dos parceiros no planeamento, monitorização e avaliação dos Planos do futuro ciclo estratégico, contribuindo assim para o aprofundamento do conhecimento nas áreas dos comportamentos aditivos e das dependências através da realização de estudos relevantes (SICAD, 2013). Foi então elaborado, sob orientação do SICAD, o Plano Nacional para Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, dividindo-se em dois períodos e englobando os problemas relacionados com Comportamentos Aditivos e Dependências [CAD], nomeadamente consumo nocivo de álcool (SICAD, 2013).

Este Plano visa "consolidar e aprofundar uma política pública integrada e eficaz no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, baseada na articulação intersectorial, visando ganhos sustentáveis em saúde e bem-estar social." (SICAD, 2013: p.17). Os seus princípios seguem o legado do anterior plano, dando foco ao humanismo e pragmatismo, centralidade no cidadão, intervenção integrada, territorialidade e qualidade e inovação, sendo o mais atual e em atualização (SICAD, 2013). É demonstrada uma atenção as diferentes etapas do ciclo de vida que tendem a corresponder diferentes quadros de características físicas, psicológicas e socioculturais, com influência na manifestação de CAD e problemas associados na elaboração de estratégias (SICAD, 2013). Impulsiona as intervenções baseadas na evidência científica, valorizando as melhores práticas, deste modo, influenciando a extensão do domínio da prevenção à redução dos riscos associados ao consumo (SICAD, 2013).

1.6. TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

As teorias e modelos teóricos impulsionam a enfermagem para a aquisição de

conhecimento substantivo na prática e reconhecimento como disciplina acadêmica e profissão, pois estes conhecimentos guiam e sustentam a prática de enfermagem (Alligod, 2014).

Segundo Clarke e Lowry, o desenvolvimento de teorias na ciência de enfermagem são fundamentais para a evolução da mesma e para a emancipação da profissão. Depende apenas dos enfermeiros a adaptação dos trabalhos teóricos para a prática de enfermagem (Clarke & Lowry, 2012).

Desta forma, o projeto referido neste relatório foi baseado num modelo teórico, de forma a alinhar a prática de enfermagem com os seus fundamentos filosóficos. Pretende-se direcionar a intervenção psicoeducacional para pacientes com problemas ligados ao álcool e, assim, proporcionar bem-estar e alteração de comportamentos que promovam ganhos em saúde.

A teoria dos sistemas de Betty Neuman foi originalmente concebida em 1974, é uma síntese do pensamento sistêmico e do holismo que providencia uma abordagem dos cuidados de enfermagem focados no bem-estar (Alligod, 2014). A criação da teoria tem a sua influência na experiência pessoal da teórica e por parte de vários autores. *System Models*, com denominação no idioma original, foi atualizado pela autora ao longo de quatro décadas e de forma a facilitar a sua aplicação prática foi criado um modelo (Alligod, 2014).

Neuman, através da teoria de sistemas, obsequia uma perspetiva abrangente, flexível, holística e baseada em sistemas (Neuman, 1996). O modelo apresenta quatro pressupostos, nomeadamente: saúde, pessoa, ambiente e enfermagem, em que, o ambiente e a pessoa estão em constante interação (Neuman, 1996).

Este modelo conceptual de enfermagem foca-se na resposta do sistema do paciente a stressores ambientais reais ou potenciais e no uso de intervenções de prevenção de enfermagem primária, secundária e terciária para retenção, obtenção e bem-estar ideais do sistema do paciente (Neuman, 1996).

A autora descreve o sistema do paciente como um sistema aberto no qual há um fluxo contínuo de entrada e processo, e também, saída e resposta. Sendo um sistema de organização complexa, onde todos os elementos estão em interação (Neuman, 2011).

Os stressores podem ser todo o fenómeno que possa penetrar nas linhas de defesa flexíveis (um mecanismo protetor semelhante a um acordeão que envolve e protege a linha

normal de defesa da invasão de stressores) e normais (um nível adaptativo de saúde desenvolvido ao longo do tempo e considerado normal para um determinado paciente ou sistema individual, tornando-se um padrão para a determinação do desvio de bem-estar), que advém num resultado positivo ou negativo (Neuman, 2011).

Estes podem ser caracterizados como:

- Stressores intrapessoais: são aqueles que ocorrem dentro dos limites do sistema do paciente e se correlacionam com o ambiente interno;
- Stressores interpessoais: ocorrem fora dos limites do sistema do cliente, são próximos ao sistema e causam impacto;
- Stressores extrapessoais: ocorrem também fora dos limites do sistema do paciente, mas encontram-se a uma distância maior do sistema relativamente aos stressores interpessoais. (Neuman, 1996)

Relativamente ao tipo de prevenção que possa ser executado pelo enfermeiro, caracterizam-se:

- Prevenção primária: foca-se no fortalecimento da linha de defesa flexível por meio da prevenção do stressores e na redução dos fatores de risco, ou seja, esta intervenção ocorre quando o risco ou perigo é identificado, mas antes que ocorra uma reação ao mesmo. Incluindo-se nesta prevenção a promoção da saúde e a manutenção do bem-estar;
- Prevenção secundária: sucede após reação do sistema a um stressor, concentrando a abordagem no fortalecimento das linhas internas de resistência e, assim, proteger a estrutura básica por meio do tratamento adequado. O objetivo é recuperar a estabilidade ideal do sistema e fazê-lo de forma adequada;
- Prevenção terciária: sucede às estratégias de prevenção secundária. Tem como objetivo manter o bem-estar ou proteger a reconstituição do sistema do paciente, apoiando os pontos fortes existentes e preservando a energia. A prevenção terciária pode começar em qualquer ponto após o restabelecimento da estabilidade do sistema, dando início à reconstituição. Sendo possível retomar à prevenção primária. (Neuman, 1996)

Esta teoria fornece diretrizes abrangentes para a investigação em enfermagem e para a sua prática. Revelando-se assim a importante e igualmente apropriada para aplicação a indivíduos, famílias ou outros grupos e comunidades nas diversas situações (Alligod, 2014).

2. DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Este capítulo descreve, concisamente, o local onde foram efetuados os estágios implementados no Mestrado em Enfermagem na Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Segundo a OE, espera-se que os futuros enfermeiros especialistas compreendam a dinâmica das suas intervenções no contexto da sua especialidade. Através da realização de estágios possibilita-se que as aprendizagens necessárias ocorram no contexto da prestação de cuidados, facilitando o processo de obtenção e consolidação de conhecimentos (OE, 2021b).

Os estágios são descritos como um elemento central na transição para enfermeiro especialista, dos quais deve constar a elaboração de um relatório, a síntese crítica da organização, a estruturação e atividades que constituem este processo formativo tendo ainda que ser integrada uma componente de investigação (OE, 2021b).

O primeiro estágio, denominado de "estágio I", decorreu de 14 de maio a 22 de junho de 2021 e, posteriormente, o segundo, denominado de "estágio final", no período de 13 de setembro de 2021 a 21 de janeiro de 2022, contabilizando um total de quinhentas (500) horas efetuadas. Ambos foram concretizados num Departamento de Psiquiatria de um Hospital inserido numa Unidade Local de Saúde em território nacional.

Esta **Unidade Local de Saúde** tem como missão reduzir a morbilidade e permitir ganhos em saúde, promovendo a saúde e dando resposta à doença e incapacidade, garantindo, deste modo, a qualidade dos serviços prestados, protegendo a dignidade

humana e fomentando a investigação. Tem como objetivo conceber um reflexo de excelência no atendimento ao cidadão, na conexão com as comunidades, na construção de parcerias, na investigação a longo prazo e no conseqüente impacto das atividades realizadas. Assume o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, excelência técnica, acessibilidade e equidade dos cuidados. Promove a qualidade, a ética, a integridade, a transparência, a motivação e ação positiva, numa melhoria contínua do trabalho em equipa e respeito pelas normas ambientais, sendo estes valores fundamentais.

O **Departamento de Psiquiatria** confere prestação de cuidados para pacientes com idade igual ou superior a dezoito anos. Dispõe de 11 camas de internamento para pacientes agudos, 5 camas de internamento de pacientes crónicos (geridas em conjunto com outra instituição e noutra infraestrutura), consultas externas, Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos, Área Infantojuvenil (gerida por elementos da equipa do departamento, com instalações noutra infraestrutura) e Equipa de Cuidados Domiciliar. Situado num edifício em anexo ao edifício principal do hospital e mantém a interdependência com restantes unidades profissionais e funcionais que constituem a unidade hospitalar.

Tem como missão garantir o acesso e a prestação de cuidados de saúde na área de saúde mental e psiquiátrica à população da área de abrangência da Unidade Local de Saúde. Promove a saúde do doente, através da melhoria de cuidados, direcionando o tratamento para o paciente/família/comunidade. Utiliza também a aplicação de programas de educação e promoção de saúde, reintegrando os pacientes na sociedade, de modo a prevenir reinternamentos e recaídas.

O departamento é constituído por uma equipa multidisciplinar, na qual estão presentes enfermeiros, assistentes operacionais, médicos psiquiatras, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, psicólogos e fisioterapeutas. São realizadas reuniões semanais para discussão dos diferentes casos de pacientes referenciados pelo serviço.

Os elementos da equipa de enfermagem exercem as suas funções em regime fixo ou de *roulement*. Metade dos elementos, que constituem a equipa de enfermagem, são enfermeiros especialista em ESMP, com largos anos de experiência profissional no serviço. O método de trabalho abrangido no serviço de internamento de pacientes agudos é o

método de enfermeiro responsável, sendo a distribuição de cada paciente efetuada ao início de cada turno pelo responsável de turno.

Em todos os momentos estive sob supervisão de um EESMP, que guiou, apoiou e fomentou as diferentes abordagens efetuadas no serviço.

Os turnos necessários para completar os estágios foram, maioritariamente, realizados no **Serviço de Internamento de Pacientes Agudos**, sendo um local facultoso para a aplicação da prática de enfermagem com foco a desenvolver as competências de um enfermeiro especialista na área de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como, contribuir para a dinâmica do serviço, realizar uma devida integração com os elementos da equipa e cooperar para uma prestação de cuidados de excelência, prevendo-se, desta forma, uma promoção de ganhos em saúde e o bem-estar do paciente, família e comunidade.

Os pacientes são encaminhados, para o departamento, por médicos de família ou por outras entidades competentes ou serviços. A procura de ajuda neste departamento poderá ser voluntaria ou através de referência de familiares. Após admissão do paciente, é efetuada uma entrevista inicial pelo enfermeiro, médico, psicólogo ou assistente social por meio de consulta externa de psiquiatria ou serviço de urgência. Consoante a análise clínica, o paciente, é encaminhado para uma das valências do departamento, sempre tendo em conta a sua situação a nível multidimensional.

Ao longo dos turnos, o enfermeiro responsabiliza-se pela admissão de pacientes no serviço, que visa a entrevista de avaliação diagnóstica, recolha de dados, reconhecimento de diagnóstico, identificando também os autocuidados e necessidades do paciente e, desta forma, proceder à elaboração do Plano de cuidados individual. O processo clínico hospitalar encontra-se num sistema de informação evolutivo que se integra na estratégia de informatização de registos, prevendo-se a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação (SNS, s. d.). A CIPE® foi introduzida neste sistema para realização do Processo Clínico.

Segue-se um *continuum* de avaliação e abordagem ao paciente ao longo do internamento que precede de recorrente adaptação do plano de cuidados, monitorizando as necessidades e verificando a evolução da situação clínica. Por fim, aquando da alta

clínica do paciente, realiza-se também a alta de enfermagem, neste caso decorre o procedimento padronizado pelo serviço que prevê a continuidade dos cuidados, entrega de espólio, ensinamentos previstos para alta ao paciente e família.

Foi possível também intervir no serviço de **Consultas Externas**, deste departamento. O seu funcionamento efetua-se todos os dias úteis e confere um conjunto de prestação de cuidados, normalmente, com marcação prévia e referência, desde a observação e diagnóstico clínicos, às terapias individuais e de grupo, no âmbito de Enfermagem, Psiquiatria, Tratamento e recuperação de alcoólicos, Terapia ocupacional e Terapia familiar.

A abordagem, ao longo do estágio, numa **Unidade de Intervenção em Alcoólicos**, foi fulcral para o desenvolvimento de competências e para elaboração de um projeto. A unidade, a nível de recursos humanos, é constituída por dois enfermeiros especialistas, um médico psiquiatra, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional. Compreende a intervenção em pessoas com problemas relacionados com álcool, sendo uma área totalmente dedicada ao seguimento e acompanhamentos destes pacientes. Desenvolvem-se sessões de intervenção psicoeducacional e psicoterapêuticas, onde o EESMP tem uma função convenientemente relevante. A esquematização da terapia de grupo subdivide-se em sessões, que podem ser: quinzenais, mensais, trimestrais, semestrais e anuais. Sendo o paciente livre de decidir se pretende permanecer e cumprir as sessões e, no seguimento da sua evolução através de devida avaliação da equipa, eventualmente ter alta.

Através da realização das sessões pretende-se que o grupo terapêutico, composto entre cinco e dez elementos, seja concedido:

- **Informação**, relativamente aos problemas e perturbações relacionadas com o álcool e tudo o que englobe esta temática;
- **Abordagem cognitivo-comportamental**, permitindo a identificação e compreensão das conexões entre pensamentos/cognições, emoções e comportamento nos problemas destes pacientes;
- **Envolvimento Familiar**, admitindo um envolvimento do meio familiar do paciente. Os familiares podem e são incentivados a participar nas sessões de grupo;
- **Integração Socioprofissional**, direcionando as intervenções para uma

reabilitação no meio social e profissional.

Os pacientes cumprem seis sessões quinzenais, abordando o programa completo previsto de psicoeducação, e, numa posterior avaliação, poderão avançar para o seguinte esquema de sessão, estando prevista adaptação do esquema de sessões a cada paciente, sem que este influencie a dinâmica do grupo. No final de cada sessão são preenchidos os processos de cada paciente, registando os dados colhidos ao longo das sessões, promovendo deste modo a continuidade dos cuidados e avaliando a evolução do paciente.

3. FASE METEDOLÓGICA: METODOLOGIA DE PROJETO

Na terceira parte, deste relatório, descrevem-se as diferentes fases da elaboração de um projeto utilizando, por sua vez, a metodologia de trabalho de projeto. Esta tem como objetivo principal "centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real." (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010: p. 3).

A metodologia de projeto prevê a mudança de uma situação real através de uma necessária investigação, a qual, tem como objetivo final a resolução ou resposta a um problema, deste modo, adquirindo-se assim capacidades e competências pessoais (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Esta metodologia, compreende as seguintes fases:

- 1) Diagnóstico de Situação;
- 2) Definição de Objetivos;
- 3) Planeamento;
- 4) Execução e Avaliação;
- 5) Divulgação de Resultados.

Apesar da fundamentação para este projeto ser a metodologia de projeto de trabalho, não serão contempladas as últimas fases na íntegra, uma vez que, o projeto ainda não foi implementado.

De forma a ser possível uma prestação de cuidados de excelência e prever-se a melhor execução a nível profissional, a enfermagem, bem como, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, não podem basear a sua evidência em opiniões ou teorias não comprovadas (Stuart, 2001). A prática baseada na evidência demonstra a essência da capacidade da enfermagem de examinar padrões práticos, avaliar a natureza dos dados que os suportam e demonstram resultados clínicos sólidos numa tomada de decisão, de forma a serem empiricamente validados (Stuart, 2001).

Especificamente, a prática baseada em evidência é o uso consciente, explícito e criterioso das melhores evidências de pesquisas sistemáticas para tomar decisões relativamente à prestação de cuidados a pacientes (Sackett et al., 1996). Confirmando-se, deste modo, a ligação entre a experiência prática de enfermagem com a evidência científica, através da melhor pesquisa. Assim, a prática baseada na evidência, é um método de aprendizagem autodirigida, ao longo da carreira, em que, os enfermeiros, procuram continuamente os melhores resultados possíveis para os pacientes através da implementação de intervenções eficazes com base em informações bem direcionadas e cuidadosamente interpretadas em pesquisas atuais (Stuart, 2001).

Atualmente, alguns autores revêm esta prática com outro olhar, pois, sendo consensual, que num cuidado centrado na pessoa, isto é, não prescritivo, mas negociado, tendo em atenção as preferências do paciente como parte essencial desta equação, verificando-se assim a alteração da denominação para prática informada pela evidência (Mendes, 2020).

Segundo o ICN, a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que promove o conhecimento nesta matéria, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos pacientes, famílias e comunidades (ICN, 1999). Abrange, deste modo, todos os aspetos da saúde que são de interesse para a enfermagem, nomeadamente: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, na presença de problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena (ICN, 1999).

Assim, em Enfermagem, ou noutra disciplina, é necessário produção e renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, e apenas através da Investigação poderão ser alcançados (OE, 2006).

Na análise de um estudo, sobre as publicações de artigos de ESMP, foram identificados nos últimos anos uma evolução favorável disseminação de resultados de investigação (Zauszniewski, Bekhet & Haberlein, 2012). Por sua vez, o estudo de artigos relativamente resultados de intervenção em pessoas com doença mental continua a ser relativamente pequeno. Estes estudos são de grande importância para realçar o potencial das intervenções de enfermagem, concluindo-se assim, a necessidade de investir na investigação em ESMP de forma a adquirir evidência suficiente para recomendar e orientar a boa prática nesta área (Zauszniewski, Bekhet & Haberlein, 2012).

O projeto, intitulado de "Impacto da Psicoeducação em Pacientes Alcoólicos relativamente Auto e Heteroagressividade", surgiu no decorrer dos estágios da ESMP, nomeadamente, após a abordagem nas sessões de Psicoeducação no estágio. Tem como população alvo os pacientes com idade igual ou superior a dezoito anos com problemas ligados ao álcool e que pretendam participar nas sessões de Psicoeducação.

De forma a fomentar este projeto, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (Apêndice I) com a seguinte pergunta de investigação: "Qual o impacto da Psicoeducação em pacientes com problemas ligados ao álcool na promoção de bem-estar e ganhos em saúde?".

Através das conclusões deste estudo foi possível demonstrar que a intervenção psicoeducacional realizada a pacientes com problemas relacionados com álcool é uma ferramenta eficaz e por vezes essencial no aumento de insight, controlo de impulsos e promoção de bem-estar. Deste modo, a realização desta Revisão Integrativa promove a evidência científica para a realização deste projeto.

3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Na primeira fase da metodologia de projeto, desenvolve-se o diagnóstico de situação que “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação/problema identificado, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010: p. 10).

Após reflexão de algumas experiências que decorreram nas sessões realizadas a pacientes no estágio, e sob recomendação dos orientadores, surgiu a possibilidade implementação de um projeto, com foco na psicoeducação direcionada a pacientes com problemas relacionados com álcool. Com base na psicoeducação, desenhou-se este projeto com finalidade de influir os pacientes promovendo a obtenção de ganhos em saúde, no controlo de impulso e na promoção de bem-estar.

Deste modo, de forma a dar resposta a uma necessidade específica de uma população, com o objetivo final de desenvolver estratégias e ações, segue-se uma avaliação dessa necessidade específica, em que os benefícios que poderão advir de uma possível intervenção e a capacidade de implementação dessas ações na equipa de saúde, por sua vez, motivem uma mudança de contexto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O local de estágio foi o recurso organizacional proposto para a possível aplicabilidade deste projeto. Como descrito anteriormente, pertence ao Departamento de Psiquiatria de um hospital nacional. É constituído por uma equipa multidisciplinar que desenvolvem atividades específicas com pacientes com problemas ligados ao álcool.

Os pacientes podem ser referenciados de diversas formas, tal como: por outras instituições colaborantes que desenvolvam atividade na área dos CAD, através do médico de família, restantes serviços do Departamento de psiquiatria, pelo serviço de urgência ou outro serviço hospitalar, de forma voluntária ou a pedido da família/cuidador.

É prioritário alargar o conhecimento sobre os CAD e a sua influência nas pessoas, sendo esta abordagem possível através do desenvolvimento de estudos e da capacitação dos profissionais dos serviços. Desta forma, justificando as necessidades das intervenções específicas e na implementação de modelos de intervenção eficazes (SICAD, 2013).

Através das políticas implementadas no nosso país e pela interpretação dos resultados obtidos na sua aplicação, foi possível, verificar que a operacionalização da lei se apresenta como um paradigma de intervenção que tem vindo a contribuir para a redução do consumo de substâncias ilícitas, apontando para a continuidade, consolidação e sustentabilidade da dissuasão (SICAD, 2013). Tendo sido este facto alcançado, por via do envolvimento de parcerias na definição das estratégias e no compromisso partilhado para alcançar as metas estabelecidas e aperfeiçoar as respostas e intervenções existentes (SICAD, 2013).

Nas abordagens mais recentes aos CAD, conclui-se que esta deva ser direccionada nas necessidades objetivas e subjetivas da pessoa, descentrando-se da substância (SICAD, 2013). A pessoa tem uma palavra ativa e uma corresponsabilização no que remete ao seu projeto de vida, destacando-se a centralidade na pessoa (SICAD, 2013). Revela-se, então, a importância de oferecer respostas o mais precocemente possível, dar perspetivação não apenas à doença, mas sim, promover a saúde e o bem-estar da pessoa (SICAD, 2013). Reforçar também os vínculos familiares e sociais, permeabilizar a consistência e promoção das suas competências pessoais e sociais, manter a coerência dos contextos que enquadram as crianças e os jovens e o desenvolvimento de tempos e espaços de qualidade que impulsionem um desenvolvimento ótimo (SICAD, 2013).

A causas que impulsionam a pessoa aos CAD são diversas e, por vezes, cumulativas, apresentando-se com um carácter estruturante e com vários focos, quer sejam sociais, políticos, económicos ou culturais (SICAD, 2013). Requerendo-se, deste modo, uma visão holística e desenvolvimental, como foi referido anteriormente, desfocando-se a substância e comportamentos manifestando e centrando-se a abordagem na pessoa (SICAD, 2013). Para dar resposta a esta complexidade é requerida uma abordagem multidisciplinar e com utilização de diversos dispositivos, de forma articulada e congruente, em que atuem nas diferentes vertentes deste fenómeno (SICAD, 2013).

O impacto da pandemia de SARS-CoV-2 foi notório e afetou a monitorização dos CAD em vários níveis. Segundo o último relatório anual da situação do país em matéria do álcool, publicado pelo SICAD, é referido que os dados avaliados não remetem necessariamente a uma redução dos consumos de álcool e dos problemas associados (SICAD, 2021). Os últimos dados recolhidos relativos ao consumo de álcool remetem ao ano de 2020. Verificou-se que, relativamente ao consumo de álcool e aos problemas que

advém desse consumo, prevalece a importância desta situação ser foco de atenção no que remete às repercussões a nível de saúde pública. Embora se avalie uma estabilidade das prevalências do consumo, quando avaliada e comparada esta evolução de situação ao longo da última década, destaca-se, no entanto, um aumento do consumo *binge* e da embriaguez na população entre 15-74 anos de idade, resultando num aumento da frequência do *binge* e um agravamento dos consumos de risco ou dependência. Informa-se também de variações negativas, num padrão global, relativamente ao aumento do consumo no grupo feminino e nas faixas etárias acima dos 44 anos. Por outro lado, são compensadas por variações positivas na diminuição do consumo a nível do grupo masculino e na população jovem (SICAD, 2021).

Os inquéritos e relatórios sobre a evolução do álcool no nosso país, demonstram também que os consumos com risco acrescido associado permanecem a ser mais acentuados no grupo masculino, verificando-se uma heterogeneidade regional, destacando o exemplo do Alentejo, que apresenta valores elevados, sendo importante promover a contínua monitorização desta e outras regiões (SICAD, 2021).

A nível de tratamentos em ambulatório e internamentos hospitalares, por diagnóstico principal atribuído ao consumo de álcool, observa-se uma descida significativa provavelmente relacionada com os efeitos da pandemia a nível de consumos e de intervenções (SICAD, 2021).

Avaliando os últimos dados relativos ao número de óbitos, por doenças atribuíveis ao álcool, constata-se um aumento considerável de 2,2% do total de óbitos em Portugal, considerando-se uma taxa de mortalidade de 22,1 óbitos por 100.000 habitantes. As causas de morte com maior número total de óbitos remetem aos acidentes (incluindo acidentes de viação, trabalho e outros), causa natural e suicídio (SICAD, 2021).

No que remete aos problemas sociais e legais, alguns indicadores (sinalização de perigo comunicadas às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e processos de proteção de crianças e jovens; diagnósticos de categorias de perigo realizados a crianças e jovens; total de crimes no âmbito do álcool; reclusos condenados por crimes relacionados com o álcool; condução sob estado de embriaguez) realizados sofreram ligeiras descidas nas últimas avaliações, embora, avaliando as oscilações dos indicadores na última década e tendo em conta os efeitos da pandemia verificamos que as descidas são em algumas

situações ligeiras e por vezes ocorrem aumentos quando comparados a anos anteriores, dando destaque, nos últimos dados recolhidos, para um aumento no número total de violência doméstica sob efeito do álcool, comportando aproximadamente 40% do número total de casos (SICAD, 2021).

Tendo em conta o referido, os pacientes com problemas ligados ao álcool permanecem com necessidade de intervenção de forma a influenciar a diminuição destes indicadores. Os EESMP poderão intervir positivamente nestas pessoas, bem como, nas suas famílias e, consequentemente, nas comunidades nas quais se encontram inseridos.

Através da intervenção psicoeducacional existe possibilidade de expor a temática promovendo o conhecimento e treino necessário para dar resposta ou soluções aos problemas que derivam do consumo de álcool, de forma individualizada. O paciente com problemas ligados ao álcool por vezes demonstra dificuldade no controlo de impulsos que podem dar origem a comportamentos agressivos prejudiciais para o próprio e para aqueles que o rodeiam.

Nessa linha de pensamento surgiu uma adaptação e atualização das temáticas abordadas nas intervenções psicoeducacionais com base nas sessões realizadas ao longo dos estágios. Com objetivo de intervir nas necessidades individuais de cada paciente, pretende-se assim promover o controlo de impulsos que possam desencadear comportamentos a nível da auto e heteroagressividade.

3.2.DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Na segunda fase da metodologia de projeto, descrevem-se os objetivos que se pretendem atingir no decorrer da execução do projeto. Estes potenciam o foco do projeto, sendo fulcrais para a planificação e realização das ações desenvolvidas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Os seguintes objetivos foram formulados de acordo com a finalidade pretendida para este projeto:

Objetivo Geral:

- Promover a saúde mental e bem-estar do paciente/família/comunidade através do desenvolvimento de sessões de psicoeducação que potenciem o controlo de impulsos resultantes em comportamentos agressivos.

Objetivos específicos:

- Realizar intervenções específicas do EESMP em pacientes com problemas ligados ao álcool;
- Adaptar as intervenções psicoeducacionais às necessidades identificadas no grupo;
- Promover conhecimentos no paciente com problemas ligados ao álcool de modo a potenciar o controlo de impulsos geradores de comportamentos de risco;
- Avaliar a pertinência na aplicação da escala de agressividade e disfunção social no programa psicoeducacional;
- Promover a obtenção de ganhos em saúde para o paciente/família/comunidade;
- Facilitar o encaminhamento para as diferentes valências de apoio disponíveis.

3.3.POPULAÇÃO ALVO

Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos de idade, referenciados com problemas ligados ao álcool

3.4.PLANEAMENTO

Baseado no programa descrito por Sousa *et. al.* (2016), foi elaborado o planeamento do programa de intervenção psicoeducacional.

Este confere 4 fases, nomeadamente:

- Fase 1 (Preparatória ou Pré-intervenção) que engloba o primeiro contato com o

paciente por via de consulta de enfermagem;

- Fase 2 (Exploratória) que remete à primeira sessão da intervenção psicoeducacional que clarifica os objetivos da intervenção, expõe a planificação do programa e direciona o mesmo tendo em conta as características pessoais de cada paciente;
- Fase 3 (Educativa) abrange as seguintes sessões do programa, onde é esclarecido, no início da abordagem, qual o objetivo do tema que está a ser exposto e desta forma fomentando o mesmo para o grupo, podendo ser utilizados diferentes métodos de ensino (expositivo, interrogativo ou demonstrativo) e promove a expressão dos conhecimentos previamente adquiridos, crenças e significados de cada paciente do grupo;
- Fase 4 (Conclusão) Avalia o trabalho desenvolvido, procura obter *feedback* das intervenções realizadas e orienta os pacientes para os recursos comunitários/vigilância em saúde disponíveis (Sousa *et. al.*, 2016).

| | |
|------------------------------|--|
| Duração das sessões | 45 a 60 minutos |
| Número de Sessões | Programa de 6 sessões (uma sessão por semana) |
| Duração do programa | 2 meses (atendendo à disponibilidade do grupo) |
| Momentos de avaliação | 3 momentos (inicial, final e follow-up) |
| Tipo de Sessão | Sessões em Grupo (atender às características individuais, mantendo grupo homogéneo) |
| Recursos | Sala com cadeiras; Computador; Projector; Recursos didáticos específicos para cada tema/Intervenção. |

Tabela 1: Tipologia

| Sessão | Tema | Intervenção | Profissional |
|---------------|---|--------------------------------------|---------------------|
| 1 | Acolhimento (Apresentação da equipa, objetivos das sessões, objetivo da terapia em grupo, regras de funcionamento do grupo) | Psicoeducacional Psicoterapêutica | EESMP |

| | | | |
|----------|--|--------------------------------------|-------|
| 2 | Conceitos relacionados com o álcool; Bebidas alcoólicas; Efeitos do consumo de álcool; Taxa de alcoolemia. Mitos referentes ao álcool; | Psicoeducacional Psicoterapêutica | EESMP |
| 3 | Perturbações Físicas, Neurológicas e Psiquiátricas | Psicoeducacional Psicoterapêutica | EESMP |
| 4 | Implicações do álcool: na família, no trabalho, na sociedade | Psicoeducacional Psicoterapêutica | EESMP |
| 5 | Estratégias de controlo de impulso. | Psicoeducacional Psicoterapêutica | EESMP |
| 6 | Reflexão sobre as temáticas abordadas (avaliação, feedback e encaminhamento) | Psicoeducacional Psicoterapêutica | EESMP |

Tabela 2: Planeamento do programa de intervenção psicoeducacional

Fase 1: Pré-intervenção

Previamente ao início do programa, será realizada uma consulta de enfermagem onde será possível determinar a motivação e expectativas dos pacientes de forma a recolher dados específicos. Pretende-se deste modo identificar fatores que possam influenciar o paciente no seu potencial de melhoria de conhecimentos, bem como, a motivação para a capacitação (Ex.: Fatores sociais, culturais e religiosos; más experiências com cuidados/experiências de saúde; metas conflitantes; *insight*). Para além disso, informa-se o paciente do objetivo e conceito do programa psicoeducacional. Pretende-se também providenciar um contrato terapêutico e incentivar o envolvimento com o grupo.

Na consulta será também aplicada a Escala de Agressividade e Disfunção Social [EADS] (Anexo I), serão registados os resultados e avaliado o Score obtido. Esta escala constitui-se por 11 itens, em que 9 remetem à heteroagressividade ou agressividade externalizada (verbal ou física) e 2 que remetem à autoagressividade ou agressividade internalizada (automutilação e suicídio) (Wistedt, 1990).

Deste modo, o objetivo desta escala é avaliar as cognições e comportamentos agressivos de um individuo. Apresenta cinco pontos de avaliação: 0 - Ausente; 1 - Duvidoso/Muito ligeiro; 2 - Moderado/Ligeiro; 3 - Grave; 4 - Extremamente grave. Este

formato de resposta enquadra-se no formato de escala tipo *Likert*. Consoante o score obtido, o resultado deverá atender aos seguintes critérios: 0-1: sem agressividade, 2-4: agressividade leve, 5-7: agressividade moderada e 8-10: agressividade severa. A EADS foi construída com base na escala de Hamilton para a depressão e, durante os estudos, foi comparada com outras escalas que avaliam a agressividade (Wistedt, 1990).

Como exemplo, em Portugal foi aplicada a EADS num estudo com objetivo de avaliar a relação entre o polimorfismo 5-HTTLPR, o comportamento agressivo e o consumo de álcool. Tendo se verificado uma elevada prevalência de comportamentos agressivos (74,3% da amostra), físicos ou verbais, mais destacados na fase de consumo de álcool, em que o poder de decisão e domínio de controlo de impulsos são afetados pela intoxicação por álcool. Para além disso, comprova-se que algumas pessoas com alterações no alelo "s" do Polimorfismo 5-HTTLPR (o gene que codifica o transportador de serotonina), caracterizados por um comportamento antissocial, são mais suscetíveis aos efeitos do consumo de álcool e apresentam maior dificuldade no controlo de impulsos e na tomada de decisão durante a embriaguez. Concluindo-se que os pacientes alcoólicos podem frequentemente gerar situações de risco que comprometem a sua segurança e dos outros (Pombo *et. al.*, 2008)

Antes de ser realizado o preenchimento da escala, o investigador deverá explicitar aos pacientes a finalidade da colheita de dados, tal como, o âmbito em que está inserido e informar do anonimato do tratamento destes dados, não sendo utilizados com outro fim. Assim, deverá ser referido no momento em que é proposto o contrato terapêutico.

Consoante os dados obtidos na consulta, identificam-se quais as necessidades educacionais dos pacientes, das quais o formador deverá ter conhecimento antes do início do programa de intervenção psicoeducacional.

Fase 2: Exploratória

Esta fase corresponde ao início do programa de intervenção psicoeducacional, onde o EESMP clarifica os objetivos das sessões em função dos diagnósticos de enfermagem, os temas que serão expostos e calendariza a frequência e duração de cada sessão, bem como,

propõem metas realista, tendo em conta as necessidades educacionais identificadas na prescrição para a ação.

Tendo em consideração o grupo a ser abordado, o EESMP prioriza metas com base na necessidade, probabilidade de sucesso e preferências do grupo, tendo também em consideração a sua habilidade como profissional e os recursos disponíveis.

É pertinente abordar o contexto pessoal e sociocultural para o consumo de álcool e registar as características pessoais de cada paciente do grupo que podem influenciar as futuras estratégias fornecidas.

Importa também reforçar o comprometimento na assiduidade e participação do programa e cativar para a continuidade nas próximas sessões. No final, informa-se o grupo da data, hora e tema a ser realizado na seguinte sessão.

Fase 3: Educacional

A fase educacional corresponde à segunda e seguintes sessões do programa de intervenção psicoeducacional. Nestas sessões, são abordadas pelo EESMP temáticas referentes ao consumo do álcool de forma a fornecer e desmistificar conhecimentos dos pacientes do grupo intervencionado.

São explorados os diferentes aspetos e repercussões ligados a este consumo e direcionada a intervenção para a homogeneidade do grupo. São esclarecidas dúvidas e propostas estratégias para as diferentes necessidades identificadas. As estratégias deverão ser direcionadas para o controlo de impulso de forma a resistir a comportamentos de risco.

As sessões poderão ser realizadas com base em diferentes métodos, nomeadamente: Expositivo (Ex.: exposição da temática com recurso a projeção de diapositivos na sala onde se realiza o programa), Interrogativo (Ex.: questiona o conhecimento do tema apresentado) e demonstrativo (Ex.: vídeo didático sobre a temática; programa para avaliação de taxa de alcoolemia após consumo de bebidas alcoólicas). Deverá ser

proporcionada a discussão e reflexão de cada tema em grupo, assim, promovendo o pensamento crítico dos pacientes e enquadrando os temas na sua situação individual.

Por fim, avalia-se o progresso do grupo ao longo das sessões e promove-se a continuidade do programa.

Fase 4: Conclusão

Na última fase do programa, pretende-se avaliar o progresso e metas atingidas por parte do grupo e também verificar se os objetivos propostos do programa de intervenção psicoeducacional corresponderam à realidade. A última sessão prevista no programa prevê uma reflexão do trabalho desenvolvido e obtenção de *feedback* das intervenções realizadas.

Deste modo, utiliza-se a discussão em grupo para verificar a expressão dos conhecimentos adquiridos. Caso se verifique que alguns conhecimentos sobre ideias, crenças e valores ainda sejam negativos ou desajustados deve-se realizar um reforço dos mesmos. Deverão ser avaliados os ganhos em saúde e bem-estar dos pacientes e verificar se a promoção do controlo de impulsos foi eficaz.

De acordo com a esquematização da terapia de grupo efetuada no estágio, este programa proposto corresponde às sessões psicoeducacionais realizadas semanalmente. Após terminarem o programa, os pacientes em que se verifique uma avaliação positiva são encaminhados para a seguinte fase, passando a sessões mensais, trimestrais, semestrais e anuais. É fornecido o devido encaminhamento para outras valências, que possam ser necessárias, e é mantida a vigilância em saúde nos pacientes.

A EADS será novamente aplicada e serão avaliados os scores obtidos após o término do programa de intervenção psicoeducacional. Por sua vez, estes resultados serão registados, seguidos de uma posterior e devida interpretação e tratamento dos mesmos. A escala será utilizada nas seguintes sessões mensais, trimestrais, semestrais e anuais, que precedem de uma recorrente reavaliação do paciente, mantendo desta forma uma monitorização constante. Propõem-se que a última aplicação da escala seja efetuada

quando o paciente inicie as sessões anuais e esteja previsto uma possível alta da terapia de grupo.

De forma a dar continuidade às intervenções e *follow up* do paciente, é planeado o acompanhamento a longo prazo e reforçado a adaptação ao comportamento de saúde.

3.5.AVALIAÇÃO

Propõem-se, conforme descrito anteriormente, uma avaliação intermédia continua no decorrer do programa, de forma a serem adaptadas as intervenções para as necessidades e permitindo uma redefinição de objetivos e ações. Sendo também essencial realizar uma avaliação final do Projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Deverão deste modo ser atendidos a coerência, eficiência e eficácia, criando uma ligação entre o problema que originou o projeto, a gestão dos recursos tendo em conta os objetivos e a relação entre a ação e os resultados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Na aplicação do projeto, deverão ser atendidos os aspetos deontológicos que importam respeitar durante a realização do estudo, deste modo, salvaguardando-se a confidencialidade dos pacientes e da instituição em que está a ser aplicado.

A EADS é aplicada pelos EESMP, permite deste modo verificar qual o nível de agressividade de cada paciente, sendo que, a sua aplicação neste programa permite verificar a evolução do controlo de impulsos, tendo em conta o fornecimento de conhecimentos e estratégias instruído durante a intervenção psicoeducacional.

Conforme supracitado, este projeto tem a sua possível aplicação em contexto profissional e consiste numa reformulação e adaptação do programa existente considerando a temática exposta e os indicadores atuais de saúde no que remete à situação do país em relação ao álcool. Mantendo-se os restantes sistemas de avaliação já inseridos nas intervenções psicoeducacionais executados no estágio.

Importa referir que, o projeto não foi aplicado durante o estágio devido ao período limitado de tempo que existia para aplicação das intervenções e também para efetuar um estudo de campo, de forma a obter resultados das intervenções realizadas. No entanto, a aprovação deste projeto permitirá a sua aplicação no futuro, tendo como processo facilitador a ligação com o local de estágio e o interesse na sua aplicabilidade e divulgação dos resultados obtidos. A aplicação deste projeto demonstraria o trabalho de investigação e iria providenciar evidencia científica das intervenções realizadas pelos EESMP.

4. REFLEXÃO E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste quarto e último capítulo, pretende-se de forma meditativa e meticulosa descrever o desenvolvimento e obtenção de competências comuns e específicas de um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Este processo decorreu, principalmente, ao longo dos estágios, conforme descrito anteriormente, num departamento de psiquiatria. Embora seja importante verificar, que todo o processo formativo foi relevante para atingir este objetivo. Para além disso, pretende-se também evidenciar a aquisição de competências a nível de Mestre em Enfermagem.

Segundo o Regulamento n.º 356/2015, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é uma área de especialização dentro da disciplina e profissão de enfermagem que demonstra maior profundidade e amplitude de conhecimento relativamente à prática de enfermagem de cuidados gerais. Afirma-se também que, os EESMP detêm uma maior síntese de dados, maior sofisticação em aptidões e escopo de intervenção, possibilitando um aumento de autonomia no seu exercício profissional (Regulamento n.º 356/2015).

Deparamo-nos, na atualidade, com uma crescente relevância e exigência técnica imposta sob os cuidados de saúde e, por sua vez, também nos cuidados de Enfermagem, em que, a diferenciação e a especialização são essenciais para os profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019).

Assim, “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (Regulamento n.º 140/2019: p. 4744).

Após terminar a licenciatura em enfermagem e de ter iniciado o exercício da profissão, experienciei situações em que senti que necessitava de investimento em novos conhecimentos e capacidades. Para tal, decidi candidatar-me a este mestrado em enfermagem e especialidade na área de SMP. Sempre me interessou exercer a minha profissão em que usufruísse dos conhecimentos para executar a melhor prática direcionada ao paciente/família/comunidade, e, especialmente, em abordagens que necessitassem de intervenções direcionadas para a sua saúde mental. Deste modo, desempenhar funções avançadas em paralelo ao domínio comum da profissão. Foi então possível através do processo formativo neste mestrado e da experiência nestes últimos dois anos.

De seguida são enunciadas as competências comuns e específicas de um enfermeiro especialista, bem como, as competências de mestre, adquiridas ao longo deste processo.

4.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o estatuto da OE, a atribuição do título de especialista abrange seis especialidades. Estas tem designadas competências comuns que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (Regulamento n.º 140/2019: 4744).

O Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019, foi a última atualização no que remete ao perfil de competências comuns. Este compromete-se a esclarecer aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados disponibilizados por enfermeiros especialistas (OE, 2019). Para além disso, certifica que possuem “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (Regulamento n.º 140/2019: p. 4745).

Segundo artigo 3º, alinha a) deste regulamento, competências comuns são definidas por:

“são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

São enunciados quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, estes são:

➤ **Responsabilidade profissional, ética e legal;**

Neste domínio pretende-se que o enfermeiro especialista desenvolva as seguintes competências:

- a) “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”;
- b) “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (Regulamento n.º 140/2019: p. 4745).

A deontologia promulga determinadas características necessárias ou úteis a uma profissão. São um conjunto de regras que delimitam o comportamento de um elemento pertencente a um corpo social, apresentando indicações práticas e precisas de um modo imperativo (Regulamento n.º 356/2015).

Desta forma, o enfermeiro especialista assume o dever de seguir o seu código deontológico que prevê o cumprimento das normas e leis que gerem a profissão e, assim,

proteger a pessoa das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum (Regulamento n.º 356/2015).

O enfermeiro especialista atua na área de saúde e visa prestar cuidados tanto a pessoas saudáveis ou doentes, bem como aos diferentes grupos sociais, de modo a auxiliá-los com o objetivo de alcançarem a máxima capacidade funcional o mais rápido possível, evidenciando a atuação da profissão direcionada a diferentes pessoas (Regulamento n.º 356/2015).

Verificamos também que, os padrões de ética profissional dos enfermeiros assentam num conceito ético direcionado à preocupação com o bem-estar do outro, destacando a qualidade humanizadora da enfermagem. "Para os profissionais de saúde, é claro que há limites para o que eles podem fazer. Desde o início, as possibilidades científicas e tecnológicas e seus mandatos, as origens morais e os limites do arcabouço legal." (Nunes, 2016: p. 29).

A prática diária da profissão cruza-se diversas vezes com questões éticas, deontológicas e morais. Surgiram também no decorrer dos estágios e, em conjunto com equipa do departamento, determinávamos respostas com base nestes pressupostos, na Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas e com a Lei de Saúde Mental. Atreves destes conhecimentos o Enfermeiro especialista norteia as suas decisões e intervenções em que deve procurar a melhor atuação profissional e melhores resultados na saúde. O código deontológico deve apoiar as responsabilidades profissionais dos enfermeiros para com os cidadãos (Regulamento nº 356/2015).

No decorrer dos estágios, o processo de tomada de decisão foi ponderado, suscitando algumas dúvidas, em situações específicas, relativamente, à execução mais correta. No caso de internamento compulsivo, que apesar de possuir em decreto-lei, enquadramento legal e ético, este coloca em causa os princípios bioéticos (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), nomeadamente a autonomia do paciente. A título de exemplo, a escolha de informar o paciente acerca do falecimento de um familiar. Naquele momento surgiu dúvida sobre se seria correto fornecer esta informação, uma vez que, o paciente se encontrava com alterações de humor e psíquicas, e poderia não ser benéfico para o seu bem-estar e evolução clínica. Foi necessária uma ponderação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar para que o princípio da não-maleficência não fosse posto em causa, pois, a partilha desta informação poderia causar dano e ademais sofrimento.

Concluindo, este domínio de competências foi adquirido através da sua aplicabilidade no decorrer dos estágios. Para tal, a minha prática teve como fundamento o Código Deontológico de Enfermagem e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, na medida da utilização dos princípios da beneficência e não-maleficência, da justiça e da autonomia. Mantendo em todo o processo formativo, as normas de fidelidade, veracidade, privacidade e confidencialidade, que regem a prática de excelência da enfermagem.

➤ **Melhoria continua da qualidade**

Neste domínio pretende-se que o enfermeiro especialista desenvolva as seguintes competências:

- a) "Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica";
- b) "Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua";
- c) "Garante um ambiente terapêutico e seguro" (Regulamento n.º 140/2019: p. 4745).

De forma descritiva, prevê-se que o enfermeiro especialista:

"colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional (...) reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua" e "considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem -estar e gerindo o risco" (Regulamento n.º 140/2019: p. 4747).

A qualidade em saúde tem como objetivo o impacto positivo na saúde do indivíduo e da população, destaca-se a importância da evidência científica e do conhecimento dos profissionais, para tal. O Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, referiu que a qualidade é um fator de relevo para os serviços de saúde, na medida em que, o aumento da procura destes serviços é refletido numa maior probabilidade de se obterem resultados pretendidos em saúde, sendo consistentes com o conhecimento profissional atual. (*Institute of Medicine, 2001*).

Em 2006, a OMS definiu os conceitos básicos da qualidade, ao afirmar que os cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros (OMS, 2006).

De forma a obter cuidados de qualidade, os enfermeiros especialistas deverão deter conhecimento dos padrões de qualidade implementados a nível institucional e nacional. Portanto, a qualidade exige reflexão sobre a prática, na qual é necessário definir objetivos no serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir (OE, 2001).

No decorrer do Estágio, foi necessário ampliar conhecimento de forma a contribuir com cuidados de qualidade. Tal foi possível através da pesquisa de bibliografia fidedigna disponível em diversas plataformas, bem como, outras fontes que fornecessem conteúdo atual e com evidência científica.

As intervenções realizadas no serviço são registadas informaticamente e utilizam a linguagem CIPE®. Esta foi desenvolvida pelo ICN com o intuito de catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados, intervenções e uniformizar conceitos. Cria assim uma linguagem científica e unificada, utilizada mundialmente por todos os enfermeiros, contribuindo para a continuidade e melhoria dos cuidados.

Alguns pacientes internados no departamento realizam sessões de Eletroconvulsivoterapia. De maneira a aumentar o conhecimento sobre esta temática e de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica e conseqüentemente elaborada uma sessão formativa, tendo estado

presentes todos os elementos da equipa multidisciplinar (Anexo I). Assim, foi possível transmitir esses conhecimentos à equipa, promovendo a incorporação do conhecimento e a melhoria de cuidados a estes pacientes.

O projeto descrito neste relatório foi elaborado após a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura sobre o impacto da psicoeducação em pacientes alcoólicos. Esta contribuiu para uma abordagem baseada em evidência científica. Foi assim possível dinamizar as sessões de psicoeducação realizadas no estágio e garantir uma atualização e execução direcionada às necessidades dos pacientes. A apresentação regularmente utilizada nestas sessões sofreu de igual modo alterações com base nos mais recentes dados recolhidos através da Revisão Integrativa da Literatura, bem como de pesquisa acerca das necessidades dos pacientes que frequentam as sessões.

Para além disso, em todo o percurso académico foi necessário investir em informação atualizada e assim garantir que os cuidados de enfermagem especializados fossem de encontro aos padrões de qualidade pretendidos.

Em relação à criação de um ambiente terapêutico e seguro, este foi garantido através da ponderação das características individuais de cada paciente, tendo sido fornecido um ambiente físico, cultural, espiritual e psicossocial promotor da segurança do indivíduo.

No estágio foi também incentivado a que os familiares estivessem presentes e que participassem nas sessões, para que estes obtenham conhecimentos e estratégias para assegurarem de certo modo a continuidade dos cuidados, promovendo o alargamento do ambiente terapêutico seguro para os pacientes, contribuindo assim o processo de recuperação e ganhos em saúde.

Em articulação com a equipa multidisciplinar, foi analisado e gerido o risco em termos institucionais, nomeadamente, na adaptação de protocolos para prevenção de contaminação e propagação da SARS-CoV-2. Efetivamente foi algo de difícil concretização, uma vez que, na especificidade dos pacientes internados, o seu quadro clínico dificultava a aplicabilidade dos protocolos em vigor. Não obstante, após deliberação e discussão entre os prestadores de cuidados, foram tomadas medidas que correspondessem às necessidades reais dos pacientes, ajustando os protocolos e criando novos que

promovessem um ambiente terapêutico e seguro, minimizando o risco na prestação de cuidados.

Com o supracitado, apesar das dificuldades que decorreram, foram tomadas iniciativas que as colmatassem, prestando cuidados de qualidade, promovendo a existência de um ambiente terapêutico e seguro, minimizando os riscos da prestação de cuidados. Desta forma, o domínio de competências referido é atingido.

➤ **Gestão dos cuidados**

Neste domínio pretende-se que o enfermeiro especialista desenvolva as seguintes competências:

- a) "Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde";
- b) "Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados." (Regulamento n.º 140/2019: p. 4745).

De forma descritiva, prevê-se que o enfermeiro especialista:

"realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas. (...) na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados." (Regulamento n.º 140/2019: p. 4748).

Neste domínio, é de notável importância, a articulação entre a equipa de cuidados, bem como, com equipas de outras instituições. Para que exista uma promoção da saúde e continuidade de cuidados de excelência ao indivíduo e à comunidade.

O processo de tomada de decisão foi facilitado através da capacidade de comunicação e gestão de recursos, prestando apoio à equipa multidisciplinar, trabalhando como organismos simbióticos para a tomada de decisão, e decidindo quando delegar ou pedir apoio com outros prestadores de cuidados.

No local de estágio, o método de trabalho utilizado é o de 'Enfermeiro Responsável', neste existe a possibilidade da delegação de tarefas, contudo, este ato possui uma responsabilidade acrescida, a responsabilização pelas ações prestadas por outro. De modo a garantir que a excelência dos cuidados é mantida, é imprescindível que, se necessário, sejam criadas guias orientadoras, bem como a utilização de técnicas de transmissão de conhecimentos que aquando da avaliação das tarefas delegadas o *feedback* seja positivo.

Liderança é vista por algumas vertentes como um processo no qual um indivíduo tem a capacidade de influenciar um grupo a atingir um fim comum. Considerando liderança um processo, constata-se que é um evento transformativo, e não uma característica individual do líder. Assim sendo, a liderança não pode ser estática, unilateral e linear, deve ser algo mutável, produto resultante da interação entre o grupo e o líder (Messias, *et. al.* 2013).

Deste modo, ao longo do processo de aprendizagem, a competência acrescida de liderança por parte do enfermeiro especialista é evidente, na instância em que, este tem de ser capaz de: gerir cuidados atendendo às necessidades do serviço e do paciente; necessidade de recursos para, eficientemente, assegurar a prestação de cuidados de qualidade; organizar e implementar métodos de trabalho na equipa multidisciplinar atendendo às situações do quotidiano e do contexto em que lidera. Disto isto, constatei que foi possível em várias ocasiões aplicar o supracitado, assim atingindo o domínio das competências acima expostas.

➤ **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.**

Neste domínio pretende-se que o enfermeiro especialista desenvolva as seguintes competências:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica.

De forma descritiva, prevê-se que o enfermeiro especialista:

“(...) demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional (...) alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” (Regulamento n.º 140/2019: 4749).

O enfermeiro enquanto ser humano experimenta crises que influenciam a sua capacidade de decisão na prestação de cuidados. Nestas estão contemplados conflitos resolvidos e não problemas existenciais e ainda outras vicissitudes que a sua formação académica não providenciou estratégias de superação (Leoni, 1996).

Através da prática clínica e das experiências vividas ao longo do período académico e profissional foi possível desenvolver autoconhecimento e assertividade.

Relativamente ao autoconhecimento, pode considerar-se a autoconsciência do *eu*, é expressar o conhecimento que o próprio tem de si, é ter consciência dos seus comportamentos e da maneira como as situações circundantes e os estímulos o influenciam (Skinner, 2003).

Enquanto enfermeiro, este aspeto deve ser algo contínuo, pois, todo o empirismo e o esforço na aquisição de novos conhecimentos promovem crescimento pessoal e

profissional, assim permitindo utilizar estas ferramentas na prestação de cuidados. Assim sendo, consideramos como adquiridas as competências deste domínio.

4.2.COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO EESMP

As competências específicas do EESMP são descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Regulamento nº 515/2018, publicado em Diário da República 2ª série n.º 151 de 7 de agosto de 2018. Neste é referido que os cuidados do EESMP permitem ganhos em saúde na pessoa que sofra alterações ou perturbações mentais e processos de sofrimento, auxiliando a pessoa a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Regulamento nº 515/2018).

“O EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (Regulamento n.º 515/2018: p. 21427).

Através da definição do perfil de competências comuns e com agregação do perfil de competências específicas do EESMP, pretende-se que o Enfermeiro ESMP seja detentor de um conhecimento especializado que vise a “mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Regulamento nº 515/2018: p. 21427).

As competências específicas de um enfermeiro ESMP, são as seguintes:

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

Descritivo:

“A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.” (Regulamento n.º 515/2018: p. 21428).

Uma ferramenta essencial à prática do EESMP é o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal. Refletir sobre as nossas experiências implica criar estratégias de aprendizagem. Importa refletir também sobre crenças, valores, comportamentos, sentimentos e emoções de forma a desenvolver a autoconsciência, autoimagem e autoconhecimento. Assim, permite-nos dispor desta ferramenta na prática de cuidados de enfermagem, melhorando, deste modo, a relação terapêutica com a pessoa.

No decorrer dos estágios houve um aprimoramento constante da relação terapêutica e da abordagem ao paciente, tendo em vista o autoconhecimento. Estas características são também importantes para manter um bom ambiente terapêutico que envolva paciente/família/comunidade e equipa multidisciplinar. Nesta *praxis*, é necessário ter consciência dos nossos limites e competências, para moldar o modo de atuação, fomentando a melhoria dos cuidados.

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

Descritivo:

“Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de

aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.” (Regulamento n.º 515/2018: p. 21428).

Num primeiro contacto, através de entrevista, torna-se possível conhecer a pessoa, iniciar o diagnóstico das suas necessidades de forma a construir um plano de cuidados individualizado.

A entrevista insere-se no quotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, independentemente da área ou contexto de atuação. É imprescindível na área de saúde mental, pois, permite na colheita de dados recolher informações precisas e amplas para realizar um diagnóstico ou para caracterizar um problema (Sequeira, 2020).

A informação recolhida através da colheita de dados é selecionada de modo a dar resposta às necessidades dos pacientes/famílias/grupos. Torna-se assim possível avaliar as intervenções necessárias para uma correta abordagem. O EESMP detém competências acrescidas que lhe facilitam esta aquisição de informação. As diferentes experiências no departamento desempenharam um importante papel na identificação de fatores que interferem na saúde mental dos pacientes, iniciando, assim, a abordagem necessária para dar resposta aos problemas.

Para além disso, a equipa do departamento de psiquiatria cativa o envolvimento da família na continuidade dos cuidados e na recuperação do doente. Tendo o privilégio de interpelar os familiares de pacientes, nos diferentes contextos do local de estágio. Alguns casos experienciados demonstraram que uma correta abordagem à família poderá fazer a diferença na saúde mental da mesma e também na do paciente. Possuímos um leque de abordagens, como entrevista, relação de ajuda, psicoeducação, psicoterapia e outros adequados, que podem ser utilizados de acordo com os problemas identificado.

A realização de ensinios sobre saúde mental e perturbações mentais foi elementar para uma devida promoção da literacia, quer nos pacientes, famílias ou grupos. O estigma, renitência e insegurança relativa aos tratamentos propostos acentua o sofrimento do

paciente e família e revela a carência de conhecimentos da população (Jorn, 2012). A literacia em saúde não se cinge apenas à transmissão de informação sobre doenças mentais, culmina na capacidade de o conhecimento ser transferido para a ação e, desta forma, obter resultados benéficos na saúde. Desta forma, reduz-se a falta de conhecimento, aliciando a ação e diminuindo o estigma.

Aqui também pode ser inserida a questão da adesão ao regime terapêutico, verificando ser um desafio para os profissionais de saúde. Torna-se objetivo do EESMP fomentar e avaliar a capacidade de autogestão do regime terapêutico no paciente.

No âmbito do conhecimento, é importante referir também as intervenções psicoeducacionais executadas nas sessões, ao longo dos estágios, a pacientes com problemas relacionados com o álcool. Foi possível identificar diagnósticos de enfermagem que fomentassem a aprendizagem de estratégias nos pacientes, promovendo a capacidade de lidar com a doença e as suas consequências.

Assim, verifica-se a relevância do EESMP nas temáticas de proteção, prevenção, avaliação e promoção da saúde mental. Sendo um elemento-chave nos cuidados de saúde.

- **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;**

Descritivo:

“Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Prescrição dos cuidados a prestar baseadas na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo,

tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico. Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente.” (Regulamento n.º 515/2018: 21428).

O trabalho do EESMP difere dos restantes profissionais na elementaridade dos seus conhecimentos avançados, que implica, por sua vez, uma destreza e perspicácia na identificação de determinados fatores. Implica o reconhecimento de determinantes sociais e o seu potencial efeito, a identificação de mecanismos de atuação e, porventura, a execução de estratégias de prevenção.

Compete aos enfermeiros gerir os comportamentos e fatores ambientais com objetivo de adquirir melhores condições de saúde mental. Neste relatório, foi enunciado um projeto com potencialidade de integração nas sessões realizadas a pacientes com problemas relacionadas com o álcool. Desta forma, foram identificadas necessidades e desenvolvidas intervenções terapêuticas promovendo mecanismos de *coping* a situações geradoras de stress nos pacientes. Revelando a importância da Teoria dos sistemas de Betty Neuman, a nível da prevenção e promovendo o equilíbrio dos sistemas dos pacientes face aos stressores.

A evolução dos sistemas de informação em enfermagem permitiu a priorização da tomada de decisão. Em Portugal, manifesta-se também a evolução dos sistemas de informação, com reconhecimento pelo ICN, permitindo aos enfermeiros melhores funções no que remete ao ensino e à prestação de cuidados de qualidade (Gonçalves, Sampaio & Sequeira, 2020: p. 89). Conforme referido nas competências comuns, no local de estágio está implementado um sistema informático, com utilização da linguagem CIPE®, possibilitando a transferência de informação em diagnósticos e intervenção de enfermagem.

Deste modo, permite aos enfermeiros a capacidade de transcrever o seu trabalho, elaborar um plano de cuidados individualizado e admitindo a continuidades nos cuidados e melhoria da qualidade.

- **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.**

Descritivo:

“A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêutico, psicossociais e psicoeducacionais. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.” (Regulamento nº 515/2018: p. 21428).

As intervenções psicoterapêuticas revelam a sua eficácia na assistência e modificação positiva dos comportamentos, cognições, emoções ou outras características pessoais dos pacientes (Sampaio, Sequeira e Lluch-Canut, 2020: p. 171).

Relativamente às intervenções psicoeducacionais, estas podem ser aplicadas em grupo, que partilhem um problema comum e impliquem a educação sobre o

problema/doença em questão e a disponibilização de suporte emocional. São focadas na atualidade e na técnica de resolução de problemas, com incidência na literacia (Amaral, Almeida & Sousa, 2020: p. 175).

Foi um privilégio participar e intervir nas sessões psicoeducacionais realizadas no local de estágio. Possibilitou-me desenvolver competências psicoeducacionais e psicoterapêuticas direcionadas ao grupo, com problemas relacionados com o álcool, e verificar a sua evolução. Acompanhar o grupo e verificar as diferenças na mudança de comportamentos, emoções e insight demonstrou a eficácia destas intervenções. Foi a partir da exposição e gestão destas técnicas que se verificou o impacto na vida das pessoas de forma positiva e significativa. Alguns pacientes manifestaram recaídas durante o processo, sendo necessário adaptar estratégias implementadas em equipa, tendo em conta os fatores e características individuais, salientando o holismo presente no nosso trabalho.

Em suma, a realização dos estágios foi essencial para o desenvolvimento das competências supracitadas. Neles existiu a oportunidade de colocar em prática as competências referentes à especialidade de saúde mental e psiquiátrica contribuindo deste modo para o desenvolvimento pessoal e profissional. Com dedicação, empenho, estudo e resiliência foi possível atingir este objetivo.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, de acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República nº157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de agosto de 2018, que precede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 74/2006, prevê-se que este grau seja conferido aos que apresentem um conjunto de conhecimentos, saberes, capacidades e competências definidas no respetivo documento, e as quais serão apresentadas e analisadas detalhadamente.

Assim, o Grau de Mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) "Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
1. sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 2. permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo" (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Relativamente ao grau académico de mestre, este também tem as suas competências definidas em Decreto-lei, estando aqui supracitadas. Após reflexão e análise, considero que estas são e devem ser desenvolvidas conjuntamente com as

competências comuns aos enfermeiros especialistas e com as competências específicas do EESMP, sendo essenciais para a aquisição destas últimas.

Durante este ciclo de estudos foi evidente a necessidade de utilização do conhecimento adquirido durante o 1º ciclo de estudos, para que através do seu aprofundamento fosse capaz de construir bases que permitissem investigação na área de atuação prática e teórica. Este sustento teórico que proveio do conhecimento adquirido e aprofundado permitiu de igual modo facilitar a resolução de situações estranhas e ofereceu novas estratégias para solucionar acontecimentos recorrentes. Na cooperação com os restantes elementos da equipa desenvolvi também capacidades de aplicação de conhecimentos em contextos mais alargados à área de estudo.

Estas competências permitiram que fosse uma figura de relevo no seio da equipa multidisciplinar tendo prestado contributos para o desenvolvimento de soluções aquando do aparecimento de questões de maior complexidade ou de informação limitada, deliberando e refletindo, posteriormente, sobre as responsabilidades éticas e sociais consequentes.

Na realização da revisão integrativa da literatura, foi possível o desenvolvimento da quarta competência de mestre. Nela expressei as minhas conclusões e raciocínios de modo sucinto e claro, passível de interpretação de igual modo quer a especialistas quer a não especialistas.

Com o culminar destes dois últimos anos, creio que desenvolvi estratégias para que consiga aumentar o meu conhecimento no futuro de forma autónoma. O término deste ciclo de estudos não confere um conhecimento absoluto, portanto, através desta competência serei capaz de investigar, procurar e selecionar informação de relevo científico para fundamentar a minha *praxis*.

CONCLUSÃO

A finalização deste relatório marca o fim de uma jornada e de uma construção profissional e pessoal. Foi um desafio que culmina na aquisição de novas competências e, por sua vez, numa visão diferenciada na abordagem dos pacientes.

A descrição das diferentes atividades realizadas ao longo do mestrado e dos estágios na área de especialização de SMP, bem como, a reflexão sobre as mesmas sustenta o percurso e decisões tomadas.

Enaltece a prática de ESMP, que se demonstra polivalente nas diferentes áreas de atuação e verifica uma possibilidade de respostas que contribuem para ganhos em saúde e promoção de bem-estar nos diferentes indivíduos.

O projeto de estágio proposto utiliza as competências do EESMP. Tem como foco a psicoeducação fornecida a pacientes com problemas específicos ligados ao álcool no decorrer de sessões de grupo.

O álcool permanece com elevados valores de consumo por parte da população portuguesa. O facto de ser uma substância culturalmente aceite e facilmente adquirida pelos consumidores confronta as consequências do seu consumo. Para além disso, mantem-se uma taxa de iliteracia em saúde elevada na população e um elevado estigma para com as doenças mentais e cuidados efetuados.

Para a construção e fomentação do projeto foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando diferentes plataformas e adquirindo informação recente com evidencia científica comprovada.

O conhecimento capacita a tomada de decisões dos diferentes indivíduos. Utilizando a psicoeducação como ferramenta e as competências do EESMP é possível habilitar as diferentes pessoas de forma a controlar impulsos, melhorar o insight relativo a doença, fornecer informação sobre tratamento e aumentar a conscientização do problema. Por sua vez, impulsiona a relação terapêutica e aumenta a autoestima, esperança, autodeterminação, autocontrolo e suporta o crescimento pessoal.

Assim, o objetivo do projeto provem na aquisição de respostas terapêuticas às diferentes situações comportamentais agressivas e autodestrutivas dos pacientes. A adição desta nova temática vai de encontro a uma avaliação dos dados estatísticos do país na matéria do álcool e tem como base as experiências vividas durante a realização do estágio.

As sessões do programa psicoeducacional abrangem vários subtemas relativos ao consumo de álcool. Estas visam capacitar os pacientes do grupo de conhecimento e estratégias com objetivo de promover o bem-estar e controlo de impulsos e dessa forma obter ganhos em saúde. Focam-se nas necessidades individuais de cada paciente e permitem manter a harmonia do grupo. Torna-se assim uma estratégia essencial de promoção de autocontrolo, evitando o culminar de ações em comportamentos agressivos e autodestrutivos nestes pacientes.

A utilização da EADS permite ao enfermeiro avaliar a evolução dos pacientes ao longo do programa psicoeducacional verificando também a eficácia dos mesmos. Para além disso, a utilização de uma escalada validada permite a obtenção de dados fidedignos e de relevância científica. Deste modo, a verificação de redução de scores obtidos através da escala poderá comprovar a eficácia das sessões psicoeducacionais e valorizar a atuação do EESMP.

A aplicação do projeto durante os estágios foi dificultada pelo tempo reduzido do mesmo, bem como, o facto do departamento não possuir grupos de pacientes coesos e com a assiduidade pretendida para a realização do projeto.

Nesta fase final e após uma reflexão crítica sobre este percurso, acreditamos que as competências do EESMP, descritas em regulamento próprio, foram atingidas, bem como todos os objetivos individuais de estágio aos quais nos propusemos. Efetivamente foi uma experiência enriquecedora e gratificante, que contribuiu para o crescimento de capacidades emocionais, intelectuais e sensoriais permitindo a maturação do "eu" pessoal e profissional.

Houve complicações e dificuldades inerentes e próprias a esta etapa, mais concretamente na fase de implementação do projeto, pelos motivos supracitados. Deste

modo existe alguma dificuldade em afirmar que a sua implementação serviria para resolução do problema identificado.

Com o término desta fase, cremos que ainda há um longo caminho a percorrer, tendo em vista a evolução e a melhoria dos cuidados prestados a nível de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligot, M. (2014). *Nursing theory: utilization & application*. (5ª ed.). St. Louis: Mosby-Elsevier
- Amaral, A., Almeida, E. & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental* (1.ª ed., 174-176). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5 - Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization; 2020.
- Bastos, H., Polido, F. & Saraiva, C. (2014). História da Psiquiatria. In C. Saraiva, & J. Cerejeira (Eds.), *Psiquiatria fundamental* (1.ª ed., pp. 1-16). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006) Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families, *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), 1-9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>

Clarke, P. N., & Lowry, L. (2012). Dialogue with Lois Lowry: Development of the Neuman systems model. *Nursing Science Quarterly*, 25(4), 332–335.

Comissão das Comunidades Europeias (2005). Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população: rumo a uma estratégia de saúde mental para a união Europeia. Bruxelas, Bélgica.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Lisboa, Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Decreto-Lei n.º 304/2009 - Diário da República n.º 205/2009, Série I de 2009-10-22.
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/304-2009-483170>

Decreto-Lei n.º 124/2011 – Diário da República n.º 249/2011, Série I de 2011-12-29.
<https://files.dre.pt/1s/2011/12/24900/0549105498.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018 – Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16.
<https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Dobson & Dobson (2010). Começando o tratamento: habilidades básicas. In D. Dobson & K. S. Dobson. *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidência* (pp. 69-75). Porto Alegre: Artmed.

Gonçalves, P., Sampaio, F. & Sequeira, C. (2020). Processo de Enfermagem, CIPE® e Sistemas de Informação. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental* (1.ª ed., 87-89). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. DOI: 0.17226/10027

Instituto da Droga e da Toxicodpendência, I. P. (2011). Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012. Lisboa, Portugal: Gráfica Expansão

International Council of Nurses (2020). CIPE Versão 2019: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-43

Lei n.º 2118 - Diário do Governo n.º 79/1963, Série I de 1963-04-03. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/2118-1963-195442>

Lei n.º 36/98 - Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-07-24. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1998-75115272>

Leoni, M. (1996). Autoconhecimento do enfermeiro na relação terapêutica. Rio de Janeiro (RJ): Cultura Médica

Mello, M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Direção-geral da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alcool-e-problemas-ligados-ao-alcool-em-portugal-pdf.aspx>

Mendes, A. (2020). Investigação em Saúde Mental. In M. Néné, & C. Sequeira (Ed.), *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp. 31-37). Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Messias, F., Mendes, J., & Monteiro, I. (2013). O impacto da liderança no bem-estar dos colaboradores – o papel dos líderes e dos gestores na construção de modelos que promovam o bem-estar psicológico no trabalho. *Dos Algarves: A Multidisciplinary eJournal*, 22, 59-75.

Neuman, B. (1996). The Neuman systems model in research and practice. *Nurs Sci Q*. 1996 Summer, 9(2):67-70. doi: 10.1177/089431849600900207

Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman systems model* (5th ed., pp. 3–33). Boston: Pearson

Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.

OMS. (2018, março 30). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

OMS. (2019, novembro 28). Mental disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

OMS. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. Geneva: World Health Organization.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Competências Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). Regulamento 356/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República n.º 122/2015, Série II de 2015-06-25, p. 17034 – 17041*

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Padrão documental de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, p. 21427 – 21430

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, p. 4744 – 4750

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização mundial de Saúde [OMS]. (2006) Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization

Pombo, et al. (2008). Associação entre o polimorfismo funcional do promotor ligado ao transportador da serotonina (5-HTTLPR). Acta Medica Portuguesa. 2008; 21(6):539-546

Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 de novembro, Série I B de 2000-11-29. <https://files.dre.pt/1s/2000/11/276b00/68376841.pdf>

Sampaio, F., Sequeira, C., Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In. C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental* (1.ª ed., 171-173). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Skinner, B. F. (2003). *Science and Human Behavior*. (11ª ed, julho 2003). Livraria Martins Fontes Editora Ltda. São Paulo, Brasil.

Sousa, L., et al. (2016) Training programmes for family caregivers of people with dementia living at home: Integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2757-67. Doi: 10.1111-jocn.13266

Wistedt, B., Rasmussen, A., Pedersen, L., Malm, U., Träskman-Bendz, L., Wakelin, J., & Bech, P. (1990). The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. *Pharmacopsychiatry*, 23(6), 249–252. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1014514>

Zauszniewski, A. J., Bekhet, A. & Haberlein, S. (27 de agosto 2012). A Decade of Published Evidence for Psychiatric and Mental Health Nursing Interventions. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 17 n.º 3.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Resumo: Revisão Integrativa da Literatura – Impacto da Psicoeducação em Pacientes Alcoólicos

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



**Universidade de Évora Mestrado em Enfermagem em Associação Especialidade
de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Unidade Curricular: Estágio Final
2º ANO - 1º SEMESTRE**

Impacto da Psicoeducação em Pacientes Alcoólicos

Impact of Psychoeducation on Alcoholic Patient

Docente Orientador: Jorge Almeida

João Anacleto, n.º 47885

Janeiro 2022

Resumo

Contexto: O consumo inadequado de álcool permanece um perigo para a saúde pública. Tendo em consideração as consequências severas deste consumo, mantêm-se o foco de atenção dos profissionais de saúde e a sua atuação nesta temática. Esta Revisão Integrativa da Literatura surgiu na necessidade de obter evidência científica comprovada e atual de modo a fomentar a utilização da Psicoeducação em Pacientes com Problemas Ligados ao Álcool.

Objetivo: Investigar a pertinência da Intervenção Psicoeducacional em Pacientes com Problemas Relacionados com o Álcool, verificando a promoção de bem-estar e ganhos em saúde obtidos nos pacientes abordados.

Métodos: Revisão Sistemática da Literatura, partindo da questão de investigação “Qual o impacto da Psicoeducação em pacientes com problemas ligados ao álcool na promoção de bem-estar e ganhos em saúde?”, com recurso aos motores de busca *B-on* e *EBSCOhost*. Os artigos selecionados foram publicados entre 2017 e 2022 em Inglês. Como resultado da pesquisa, e através da utilização de descritores pertinentes, o operador booleano “AND” e critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 202 artigos. Realizando uma avaliação de elegibilidade e qualidade metodológica resultaram 3 artigos.

Resultados: Artigo 1: Os resultados obtidos são demonstrativos da eficácia do programa psicoeducativo aplicado neste estudo, tendo sido eficazes em reforçar a motivação dos pacientes internados de forma a alterar o seu comportamento, forneceu também métodos práticos úteis aos enfermeiros clínicos que poderão ser posteriormente utilizados em futuras abordagens.

Artigo 2: A conclusão do estudo demonstra que a intervenção psicoeducacional aplicada a indivíduos com problemas ligados ao álcool contribui positivamente para um aumento da qualidade de vida. Para além disso, demonstra relevância clínica no uso desta intervenção no âmbito da enfermagem.

Artigo 3: Comprova-se neste estudo que a intervenção psicoeducacional pode melhorar significativamente o bem-estar de um grupo de jovens com consumos excessivos de álcool avaliados. Foi também possível verificar uma redução dos comportamentos de risco efetuados durante o consumo.

Conclusões: Após avaliação dos artigos, podemos concluir que existe carência de estudos realizados sobre esta temática. Permanecendo a necessidade constante de investimento

em investigação em saúde, de modo a melhorar e revelar a eficácia das abordagens terapêuticas. No entanto, os artigos resultantes da pesquisa revelam que a psicoeducação é uma ferramenta eficaz e por vezes essencial no aumento de insight, controlo de impulsos e promoção de bem-estar nos pacientes com problemas ligados ao álcool. Deste modo, podemos considerar a obtenção de ganhos em saúde através da intervenção psicoeducacional.

Descritores: Enfermagem; Saúde Mental; Psicoeducação; Alcoolismo;

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Agressividade e Disfunção Social

| Escala de Agressividade e Disfunção Social | Ausente | Duvidoso/ Muito ligeiro | Moderado/ Ligeiro | Grave | Extrema- mente grave |
|---|---------|-------------------------------|----------------------|-------|----------------------------|
| 1. Agressividade Verbal não dirigida (gritos, berros, palavrões) | o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Agressividade Verbal dirigida (ameaças a pessoas definidas) | o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Irritabilidade (impaciente, suscetível) | o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Negativismo (obstinado, não colaborante, conflitos com a autoridade) | o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Humor disfórico (furioso, irritável, desconfiado) | o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Comportamento social perturbado (provocador) | o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Violência física direcionada a indivíduos conhecidos | o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Violência física para outrem | o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Automutilação | o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Violência física contra objetos (bater na mobília, destrutividade) | o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Ideação e impulsos suicidas | o | 1 | 2 | 3 | 4 |

