

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 Dr.
Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem
Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

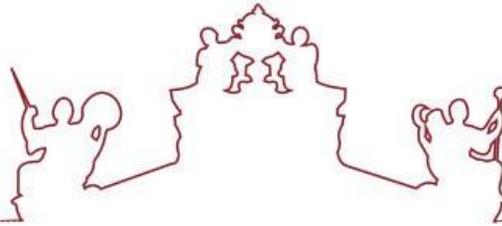
**Cuidados especializados em enfermagem de saúde
mental e psiquiátrica centrados na pessoa com
perturbação psicótica**

Ana Isabel Encarnado Lazana

Orientador(es) | Lara Guedes de Pinho

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 Dr.
Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem
Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

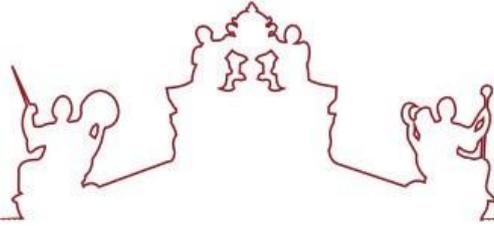
**Cuidados especializados em enfermagem de saúde
mental e psiquiátrica centrados na pessoa com
perturbação psicótica**

Ana Isabel Encarnado Lazana

Orientador(es) | Lara Guedes de Pinho

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 | Lara Guedes de Pinho (Universidade de Évora) (Orientador)
Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde) (Arguente)



“Quando se viaja em direção a um objetivo é muito importante prestar atenção ao Caminho. O Caminho é que nos ensina sempre a melhor maneira de chegar, e enriquece-nos enquanto o cruzamos”

Paulo Coelho

Agradecimentos

À minha orientadora professora doutora Lara Pinho pela sua paciência inesgotável e pelo seu apoio, mas sobretudo pela sua amizade.

À enfermeira Zé e Céu por me orientarem e guiarem, a vossa dedicação contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, nunca esquecerei todos os momentos, experiências e aprendizagens que vivi convosco.

Aos meus pais pelo amor incondicional, incentivo e compreensão, tão importantes nesta fase da minha vida.

À minha mana por estar sempre presente, pelas suas sugestões e apoio, sem ela não estaria aqui.

À minha madrinha, por sempre me incentivar e por estar sempre perto, em todos os sentidos.

Aos meus sobrinhos, pelos vossos sorrisos que tanto me animam. Em momentos de maior desânimo, vocês são a luz dos meus olhos.

À minha afilhada Inês e afilhada adotiva Sofia, que têm um papel tão significativo na minha vida e que sempre estão presentes em todos os momentos.

Ao Sérgio que sempre apoia todos os meus projetos de vida pessoal e profissional.

Ao meu avô que sempre cuida de mim, mas também à minha avó por me ensinar a amar e a perdoar e que apesar de já não estar fisicamente entre nós, acredito sempre olhar por mim.

RESUMO

O surgimento de uma perturbação mental implica um conjunto de mudanças na vida da pessoa e da sua família, vividas muitas vezes de forma dramática, devido ao estigma, desconhecimento da doença e sintomatologia.

O presente relatório reflete a importância da implementação de um modelo de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica para a promoção da reabilitação psicossocial, evidenciando a aquisição de competências para o grau de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Assim, no estágio I, trabalhou-se um caso clínico de uma pessoa com comportamentos aditivos e risco de psicose (incluindo todas as fases do processo de cuidados). No estágio final, elaborou-se um caso clínico centrado numa pessoa com perturbação psicótica e sua família, respeitando o seu contexto comunitário.

A avaliação diagnóstica realizou-se de forma contínua com recurso a entrevistas e instrumentos de avaliação, que permitiram planear e implementar um plano terapêutico individual, com intervenções terapêuticas fundamentadas.

Palavras-chave: enfermagem psiquiátrica, psicose, saúde mental, reabilitação psicossocial

SPECIALIZED CARE IN MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING CENTERED ON THE PERSON WITH PSYCHOTIC DISORDER

ABSTRACT

The emergence of a mental disorder implies a set of changes in the patient's life and his/her family, often experienced dramatically, because of the stigma, unfamiliarity of the disease and symptoms.

This report highlights the importance of implementing a model of specialized care in mental health and psychiatric nursing to foster psychosocial rehabilitation. Also, it shows that specialized skills required in the context of this master's degree and for the practice as a specialist nurse in the area of Mental Health and Psychiatric Nursing were acquired.

Thus, during professional training I, the work was focused on the clinical case of a person with an addictive behavior and facing risk of psychosis (including all phases of the care process). During the last professional training, the clinical case was focused on a person with a psychotic disorder and on his family, taking into account his community context.

The diagnostic evaluation was carried out on a continuous basis using interviews and assessment instruments, which allowed planning and implementing an individual therapeutic plan, with well-founded therapeutic interventions.

Keywords: psychiatric nursing, psychosis, mental health, psychosocial rehabilitation

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Genograma do Utente António | 54 |
| Figura 2 - Ecomapa do Utente António..... | 55 |
| Figura 3- Genograma da família do utente Pedro..... | 66 |
| Figura 4 - Ecomapa do utente Pedro | 67 |
| Figura 5- Ecomapa da Sr. ^a Joana, mãe do utente Pedro | 67 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Escala de Avaliação Psyrats: Alucinações..... | 81 |
| Gráfico 2 - Escala de Avaliação Psyrats: Delírios..... | 81 |
| Gráfico 3 - Escala de Insight Marková e Berrios | 82 |
| Gráfico 4 - Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton..... | 82 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Características dos estádios motivacionais e respetivas intervenções (fonte: Sequeira & Sampaio, 2020)..... | 45 |
| Tabela 2 - Avaliação do Estado Mental do Utente António..... | 56 |
| Tabela 3 - Avaliação do Estado Mental do Utente Pedro..... | 69 |

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychological Association

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

CBD – Canabidiol

CBN – Canabinol

CIPE- Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção dos Direitos das Crianças e dos Jovens

COVID-19 – Coronavírus

CRI – Centro de Respostas Integradas

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

LSD – Alucinógeno Dietilamida do Ácido Lisérgico

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC – Classificação Dos Resultados de Enfermagem

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SARS-COV-2 – Síndrome Respiratória aguda grave

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

THC – Tetrahydrocannabinol

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 14 |
| 1.1. A Pessoa com Psicose | 14 |
| 1.2. Impacto da Doença Mental Grave na Família | 20 |
| 1.3. Os Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Centrados na Pessoa | 23 |
| 2. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO | 28 |
| 2.1. Caracterização dos Contextos de Estágio | 30 |
| 3. METODOLOGIA | 35 |
| 3.1. Processo de Cuidados em Enfermagem | 36 |
| 3.1.1. Avaliação diagnóstica | 39 |
| 3.1.2. Planeamento dos cuidados | 40 |
| 3.1.3. Intervenção de enfermagem | 41 |
| 3.1.4. Avaliação de resultados | 46 |
| 4. CASO CLÍNICO DO ESTÁGIO I | 48 |
| 4.1. Breve Enquadramento Teórico | 48 |
| 4.1.1. Adolescência | 48 |
| 4.1.2. Abuso de substâncias na adolescência: cannabis | 49 |
| 4.2. Avaliação Diagnóstica | 52 |
| 4.3. Planos Individual de Cuidados | 57 |
| 5. CASO CLÍNICO DO ESTÁGIO II | 62 |
| 5.1. Avaliação Diagnóstica | 62 |
| 5.2. Plano Individual de Cuidados | 70 |
| 5.3. Representação Gráfica dos Ganhos em Saúde | 81 |
| 6. ATIVIDADES FORMATIVAS REALIZADAS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 83 |
| 7. UM OLHAR REFLEXIVO SOBRE O CAMINHO PERCORRIDO NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA | 84 |
| CONCLUSÃO | 90 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 92 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Associação, na área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, sob a orientação da Professora Doutora Lara Guedes de Pinho. Pretende-se com a sua elaboração espelhar o longo caminho percorrido na procura de conhecimento, mas também de crescimento e amadurecimento pessoal, durante o desenvolvimento e a aquisição das competências do grau de mestre e das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Neste contexto, elaborou-se um projeto de intervenção com o objetivo de guiar o estágio I e final, e que culminou no presente relatório. Este projeto visava a implementação de um modelo de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica com foco na pessoa com perturbação psicótica e na sua família.

A escolha deste foco é pertinente, na medida em que as perturbações psicóticas compreendem um conjunto de sintomas que afetam o pensamento, as crenças, os sentimentos e o comportamento da pessoa, sendo, por isso, consideradas as mais graves doenças psiquiátricas, com um elevado impacto quer na vida dos doentes, quer das suas famílias (Coentre & Levy, 2020).

Considerando o surgimento da perturbação psicótica enquanto transição, o enfermeiro deve assumir o papel de agente promotor e facilitador de transições saudáveis nos processos de saúde/doença, orientando a sua intervenção nesse sentido. Deve, portanto, estar atento e compreender as condições que podem facilitar ou dificultar a transição bem-sucedida (Meleis, 2010).

O Regulamento nº515/2018 define que a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica deve focar-se na promoção da saúde mental; na prevenção da doença e na intervenção terapêutica perante respostas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição. Logo, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica devem assumir intervenções que contribuam para uma resposta adequada não só aos doentes, mas também à sua família, capacitando-os para melhor lidarem com os problemas específicos relacionados com a doença mental, contribuindo, desta forma, para

promover a recuperação, a reabilitação e a qualidade de vida de toda a família (Regulamento nº515/2018, 2018).

A implementação de um modelo de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica requer, precisamente, uma especialização do enfermeiro para dotá-lo com competências e com *know-how* adicional em determinada área clínica, o que lhe permite prestar cuidados mais específicos (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018). Isso mesmo é salientado pelo Regulamento n.º 140/2019, segundo o qual, o título de enfermeiro especialista, é atribuído pela Ordem dos Enfermeiros enquanto reconhecimento da “(...) competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (p. 8061).

Assim, a especialização em enfermagem em saúde mental e psiquiatria exige que o enfermeiro desenvolva, a excelência relacional, a sua capacidade de autoconhecimento (conseguindo utilizar-se a si mesmo como instrumento terapêutico) e, ainda, que consiga mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante todo o processo de cuidados, ao longo do ciclo vital da pessoa, família, grupo e comunidade (Regulamento n.º 356/2015, 2015).

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica deve, portanto, reconhecer e compreender o Outro como um ser único, individual, que influencia e é influenciado pelo contexto em que se insere e, como tal, que necessita de cuidados especializados e individuais, tendo em conta as suas necessidades, que são específicas.

No seguimento desta linha de pensamento, e tendo em vista o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, e ainda as competências de mestre, definiu-se o seguinte objetivo geral para o projeto de intervenção:

- Prestar cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, na pessoa com perturbação psicótica e respetiva família, com o intuito de promover a sua reabilitação psicossocial.

Foram, ainda, elencados os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar competências para o desenvolvimento pessoal e profissional;
- Adquirir e desenvolver competências de avaliação diagnóstica à pessoa com doença mental;

- Adquirir e desenvolver competências de planeamento de cuidados e intervenções especializadas, devidamente fundamentadas, com vista a uma melhoria da saúde mental e da qualidade de vida do doente e família;
- Avaliar os resultados das intervenções implementadas

Quanto à estrutura, além da introdução e da conclusão final, este relatório é constituído por sete capítulos. O primeiro capítulo inclui o enquadramento conceptual, para uma melhor compreensão da pessoa com psicose, do impacto que a doença mental grave tem na família e a importância que os cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica centrados na pessoa têm. O segundo capítulo compreende a caracterização dos contextos de estágios, que permite compreender em que moldes decorreram os estágios, apesar de os nomes dos locais terem sido ocultados, bem como qualquer informação que os pudesse identificar. O terceiro capítulo corresponde à metodologia, sendo que esta enquadra o percurso de cuidados utilizado neste caminho de aquisições de competências. O quarto e o quinto capítulos comportam os casos clínicos elaborados respeitando as diversas fases do processo de cuidados. O sexto capítulo destina-se a outras atividades formativas que foram realizadas e que contribuíram para o desenvolvimento de competências. Por último, o sétimo capítulo contempla uma reflexão sobre o caminho percorrido na aquisição de competências.

Importa, ainda, referir que o projeto de intervenção e consecutivamente a elaboração deste relatório respeitam os princípios éticos e os direitos dos participantes, pelo que foram omitidas informações e alterados nomes, respeitando, desta forma, o anonimato e a confidencialidade dos participantes. Também foi recolhido o consentimento informado.

Por último, salienta-se que este relatório foi redigido de acordo com as diretrizes do novo acordo ortográfico para a língua portuguesa e a norma *American Psychological Association* [APA] 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. A Pessoa com Psicose

As perturbações psicóticas pressupõem que exista uma alteração em um ou mais dos seguintes domínios: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado (incluindo catatonia) e sintoma negativos (American Psychiatric Association, 2014). A pessoa com psicose apresenta, portanto, alterações significativas ao nível do pensamento, da resposta afetiva, da comunicação e na forma como interage com os Outros, sendo que os sintomas mais comuns são as alucinações e delírios (Baldaçara et al., 2018).

Os delírios caracterizam-se como crenças fixas, absolutas e inalteráveis, apesar das provas e da evidência que as contrariam, não sendo, por isso, partilhadas por outros membros da mesma cultura (American Psychiatric Association, 2014; Baldaçara et al., 2018). Resultam, portanto, de uma interpretação incorreta de percepções e vivências e que muitas vezes surgem da necessidade de justificar a experimentação de alucinações auditivas (Saraiva e Cerejeira, 2014). O conteúdo do delírio pode ter diversificados temas, tais como:

- delírios persecutórios - crença de que alguém vai ser prejudicado, incomodado por um indivíduo, organização ou grupo, por exemplo, convicção de ser perseguido pelos serviços secretos;
- delírios de referência - crença de que certos gestos, comentários e estímulos ambientais são dirigidos ao próprio;
- delírios de grandiosidade - crença de que possui habilidades excepcionais, fortuna ou fama;
- delírios erotomaníacos - crença de que outra pessoa está apaixonada por ele ou ela;
- delírios niilísticos - crença de que uma grande catástrofe irá acontecer;

- delírios somáticos - preocupações relacionadas com a saúde e funções orgânicas (American Psychiatric Association, 2014).

As alucinações consistem numa experiência do tipo perceptivo e ocorrem sem que exista um estímulo externo, são, portanto, falsas percepções sensoriais que podem surgir em qualquer órgão sensorial, vividas de forma intensa, clara e sob as quais não existe um controlo (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017; American Psychiatric Association, 2014). Neste contexto, as alucinações podem ser auditivas, visuais, olfativas, gustativas e táteis (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Relativamente à desorganização do pensamento, esta compreende alterações do conteúdo, da forma, posse e curso do pensamento (Saraiva & Cerejeira, 2014). Esta desorganização, de acordo com a *American Psychiatric Association* (2014), verifica-se sobretudo a partir do discurso da pessoa, que pode traduzir-se em descarrilamento ou afrouxamento associativo (mudança de um tópico para outro), tangencialidade (as respostas às questões podem ter uma relação oblíqua ou não ter qualquer relação), discurso quase incompreensível e com desorganização linguística (incoerência ou salada de palavras).

A desorganização comportamental/comportamento anormal caracteriza-se de diversas formas, desde um comportamento considerado como “tolo e pueril” até a uma agitação imprevisível, temos por exemplo o caso do comportamento catatónico que pode compreender uma diminuição da reatividade ao ambiente que pode ir desde uma postura imprópria ou bizarra até ao mutismo e estupor; uma atividade motora excessiva sem objetivo, que se designa de excitação catatónica; ou comportamentos estereotipados como olhar fixo e fazer caretas (*American Psychiatric Association*, 2014).

Finalmente, os sintomas negativos, estes são mais frequentes na esquizofrenia e menos em outras perturbações psicóticas. Estes sintomas podem ser classificados em primários, que incluem disfunções afetivas (aplanamento e embotamento afetivo), de socialização (isolamento social), de sentir prazer (anedonia), de comunicação (alogia) e de motivação (avolição) e em secundários, que podem advir de sintomas positivos, resultar de efeitos secundários da medicação antipsicótica ou, ainda, de efeitos depressivos ou privação ambiental (Saraiva e Cerejeira, 2014).

A perturbação psicótica mais frequente é a esquizofrenia (Baldaçara et al., 2018). No entanto, é importante compreender que a psicose é um síndrome clínico que não tem

um único diagnóstico (transdiagnóstico), pois nas fases iniciais existe uma abrangência de evoluções possíveis (Levy, 2021), ou seja, pode ou não evoluir para uma psicose esquizofrênica, como a maior parte das pessoas conhece. De acordo com Coentre (2021) a avaliação nas fases iniciais da psicose é um processo longitudinal “*ongoing*”, ou seja, vai sendo contruído ao longo do tempo, com as informações que vão sendo recolhidas.

A American Psychiatric Association (2014) reconhece as seguintes perturbações psicóticas: a esquizofrenia (dura pelo menos 6 meses e inclui pelo menos 1 mês de sintomas em fase ativa); a perturbação esquizotípica da personalidade (pertence ao espectro da esquizofrenia e compreende défices sociais e interpessoais, a pessoa pode então apresentar reduzida capacidade para relacionamentos próximos, distorções cognitivas, perçetivas e comportamentos excêntricos); a perturbação delirante (dura pelo menos 1 mês de delírios, sem outros sintomas psicóticos); a perturbação psicótica breve (dura mais do que 1 dia e termina ao fim de 1 mês); a perturbação esquizofreniforme (sintomatologia semelhante à esquizofrenia, mas com duração inferior a 6 meses e sem diminuição no funcionamento); a perturbação esquizoafetiva (um episódio de humor ocorre conjuntamente com os sintomas de fase ativa da esquizofrenia, sendo estes precedidos ou seguidos de pelo menos 2 semanas de delírios ou alucinações sem sintomas proeminentes do humor); as perturbações psicóticas induzidas por consumo de substância/medicação (ocorrem como consequência do consumo de uma droga, medicação ou toxina e terminam com a remoção do agente causador) e a perturbação psicótica devido a outra condição médica (consequência fisiológica direta de outra condição médica).

Uma perturbação psiquiátrica pode ser desencadeada por diversos fatores, os quais podem ser agrupados em três tipos: os fatores biológicos, que se relacionam com a fisiologia, bioquímica e genética; os fatores psicológicos, que envolvem por exemplo, as experiências emocionais e a interação com outras pessoas; e os fatores sociais que se encontram associados ao presente da pessoa e aos seus antecedentes socioculturais (Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016).

A psicose resulta do impacto que o *stress* e outros fatores de risco têm sobre uma predisposição biológica, ou seja, existe uma interação entre o *stress* e a vulnerabilidade, sendo que quanto maior a vulnerabilidade, menor será o *stress* necessário para

desencadear um episódio psicótico (Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016).

Os fatores que influenciam os níveis de vulnerabilidade e/ou *stress*, são classificados em distais/pré-mórbidos e proximais. Os primeiros incluem por exemplo complicações durante a gravidez, principalmente hipoxia fetal, fatores genéticos, personalidade vulnerável, traumas como abuso ou negligência e o contexto ambiental em que cresceu. Enquanto os fatores proximais correspondem, entre outros, à idade, ao uso de substâncias com ênfase na cannabis, a eventos de vida stressantes e traumatismos cranianos (Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016).

A sintomatologia psicótica surge normalmente no final da adolescência ou no início da idade adulta e tem um enorme impacto na vida do adolescente, nomeadamente ao nível da sua funcionalidade e da sua educação, sendo muitas vezes alvo de estigma e tendo de enfrentar graves violações aos seus direitos, enquanto seres humanos (World Health Organization, 2021b).

É recorrente a pessoa que apresenta sintomatologia psicótica encontrar-se exposta a diversos riscos, sendo o mais comum o risco de suicídio (Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016). No entanto, existem outros que são igualmente importantes de compreender e que afetam a morbilidade e mortalidade da pessoa com psicose, como é o caso do risco de violência, negligência, vitimização e não adesão ao plano terapêutico (idem).

Segundo Almeida (2018), a sintomatologia psicótica (tal como ideias delirantes, alucinações, afastamento da realidade, ausência de insight) e a incapacidade significativa da pessoa para realizar as suas atividades de vida diárias e profissionais, enquadram-se frequentemente nas perturbações mentais graves, sendo que estas correspondem às situações de maior gravidade (Almeida, 2018).

As Doenças mentais graves originam frequentemente uma perda ou diminuição na capacidade de se relacionar com outros, de adaptação social e de desempenho profissional, com repercussões na sua qualidade de vida e da sua família. Existem, contudo, diversas formas de definir a doença mental grave, sendo a mais consensual na literatura especializada, segundo Martins et al. (2021), a do National Institute of Mental Health, que considera a existência de três dimensões: o diagnóstico clínico (psicose não

orgânica ou distúrbio de personalidade), a duração da doença (cronicidade, ou seja, tem de ter a duração de pelo menos dois anos) e por último a funcionalidade (nível de incapacidade social, familiar e laboral da pessoa). Posto isto, o National Institute of Mental Health (s/d) define a doença mental grave como uma perturbação mental, comportamental ou emocional resultante de um grave comprometimento funcional e que interfere substancialmente ou limita uma ou mais das atividades de vida diárias da pessoa, a longo prazo.

No Decreto-Lei nº8/2010, artigo 2º, alínea e), consta que a doença mental grave consiste numa “doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (p.258). Assim, quando surge uma perturbação mental, esta tem um enorme impacto não só na pessoa, mas também na família e na sociedade. De acordo com Almeida (2018), traduz-se num

(...) enorme sofrimento individual, em níveis elevados de incapacidade nas atividades de vida diária, no trabalho e nas relações com os outros, em custos económicos diretos e indiretos de uma enorme magnitude e em custos elevadíssimos associados à redução da produtividade (p.55).

Segundo Xavier et al. (2013), as perturbações psiquiátricas são responsáveis por cerca de 12% da carga total das doenças no mundo, sendo que essa carga aumenta para 23% nos países desenvolvidos. Estes autores aludem, igualmente, ao facto de cinco das 10 principais doenças que causam deficiência e dependência a longo prazo serem do foro da neuropsiquiatria: depressão unipolar (11,8%), transtornos relacionados ao uso de álcool (3,3%), esquizofrenia, (2,8%), transtornos bipolares (2,4%) e demência (1,6%).

Uma psicose não tratada ou uma recuperação tardia acarretam consequências negativas a curto e a longo prazo para a pessoa, já que a sintomatologia positiva permanece e, como tal, há enorme impacto a nível da funcionalidade da pessoa, na forma como esta se relaciona e como adere ao plano terapêutico e medicamentoso (Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016). Para além disto, a sintomatologia negativa pode-se instalar por um maior período, a pessoa pode sentir-se cada vez mais ansiosa e isolada socialmente, pode também adotar

comportamentos de risco e até mesmo cometer o suicídio e pode ainda ocorrer um défice a nível social e cognitivo (idem).

Posto isto, uma intervenção precoce na psicose, centrada na pessoa, nas suas necessidades e adaptada à etapa em que pessoa se encontra é fundamental, já que permite diminuir e prevenir as consequências negativas da psicose e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida da pessoa com psicose (Coentre & Levy, 2020; Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016). Esta intervenção pode ser realizada no período pré-psicótico (pródromo) e/ou após o primeiro episódio psicótico (Coentre et al., 2010). De uma forma resumida, no período pré-psicótico podem surgir os seguintes sintomas: o humor depressivo, o humor ansioso, irritabilidade, alterações de sono, isolamento social, anedonia, uso de substâncias e deterioração do funcionamento da pessoa, entre outros (Coentre et al., 2010).

No entanto, os autores Coentre et al. (2010) também realçam o facto de que, com apenas estes sintomas, ser difícil compreender se irá ou não surgir uma doença psiquiátrica, seja esta psicótica ou outra. Como tal, o primeiro episódio psicótico surge com o agravamento do quadro, quando se iniciam e se tornam mais evidentes os sintomas positivos da psicose (Coentre et al., 2010).

A implementação de uma intervenção precoce na psicose permite, assim, por exemplo: minimizar as repercussões da doença mental na qualidade de vida da pessoa; promover a aceitação do estado de saúde; desenvolver mecanismos de adaptação que visem a prevenção de novas recidivas, contribuir para a adesão ao regime terapêutico e o envolvimento da família em todo o processo; promover a reabilitação e reinserção social; desmistificar e reduzir o estigma que existe acerca das doenças do foro mental e psiquiátrico (Coentre & Levy, 2020; Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016).

De acordo com Coentre et al. (2011), associada à psicose encontram-se custos que podem ser diretos (associados ao diagnóstico, à terapêutica e aos internamentos, por exemplo; e/ou associados a custos não médicos necessários para o tratamento da pessoa, tais como custos relacionados com deslocações) e indiretos (relacionados, por exemplo, com as implicações da psicose sob a capacidade laboral da pessoa e com a redução da possibilidade de trabalho por parte dos cuidadores). Assim, os autores supracitados salientam que a intervenção precoce tem impacto ao nível destes custos, reduzindo-os.

A intervenção precoce na psicose deve ser realizada por uma equipa interdisciplinar, que implemente intervenções que incluam a psicofarmacologia, a psicoeducação, a intervenção familiar e a terapia cognitivo-comportamental, entre outras intervenções (Coentre et al., 2010; Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016). Importa salientar que a abordagem psicossocial apenas é possível devido a uma prévia abordagem farmacológica, verificando-se, portanto, a complementaridade entre ambas as abordagens, com consequências numa maior eficácia no tratamento (Saraiva & Cerejeira, 2014).

1.2. Impacto da Doença Mental Grave na Família

Durante muito tempo, as pessoas com doença mental grave foram excluídas da sociedade, afastadas da sua família e institucionalizadas. A incompreensão dos seus comportamentos levou a que fossem alvo de estigma e preconceito por parte da sociedade, que negligenciava os seus direitos enquanto seres humanos.

Com a implementação da Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98, 1998), iniciou-se o processo de desinstitucionalização das pessoas com doença mental e atualmente dá-se cada vez mais importância à reinserção social, sendo este um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Esta alteração legislativa acompanhou e promoveu uma mudança social, no sentido em que há um novo paradigma e a família deixa de ser considerada incapaz para cuidar destes doentes. A família passa a ser considerada um elemento facilitador e essencial na sua reabilitação e integração, sendo os internamentos apenas uma opção em fases agudas e, pelo período compreendido, até à estabilização do doente (Vaz, 2014).

O conceito de família é apresentado por Wright e Leahey (2018) enquanto grupo de pessoas unidas por vínculos emocionais fortes e que pertencem e participam na vida uns dos outros. Daí decorre que uma mudança num membro da família tenha implicações nos restantes, podendo perturbar, afetando o equilíbrio desta família que necessitará de se reorganizar e de se reequilibrar de uma forma diferente da anterior (Wright & Leahey, 2018).

Meleis (2010) defende que as pessoas ao longo da sua vida passam por transições, resultantes de mudanças que ocorrem por situações específicas. Neste contexto, quando surge uma doença do foro mental e psiquiátrico, esta é, segundo Meleis (2010), considerada como uma transição, o que implica um conjunto de mudanças na vida Pessoa e da sua família. Estas mudanças podem gerar *stress* e, conseqüentemente, ansiedade, depressão e incapacidade para enfrentar as situações (Meleis & Swendsen, 1978).

A propósito destas mudanças Afaf Meleis salienta a existência de condições pessoais (significados, crenças culturais e atitudes, condição socioeconómica, preparação e conhecimentos prévios), sociais (existência de estereótipos) ou da comunidade (recursos disponíveis e acessibilidade, entre outros) como fatores inibidores ou facilitadores de transições, ou seja, que podem ajudar ou dificultar uma transição saudável (Meleis 2010; Meleis et al. 2000). Então, perante uma transição, os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica devem estar atentos e compreenderem estas condições (pessoais, sociais e da comunidade) que envolvem as pessoas, de forma a facilitar uma transição bem-sucedida e saudável.

Assim, de uma forma mais simplista, poder-se-á afirmar que a forma como cada pessoa reage a nível emocional e comportamental face a uma doença, depende, por um lado, da natureza, durabilidade e forma de manifestação da doença e, por outro, da atitude do utente relativamente à doença e à reação dos outros (Potter & Perry, 2003).

Importa salientar que o estigma social e a discriminação, que ainda hoje persiste (apesar de a saúde mental ter vindo a ser valorizada), influencia a forma como a Pessoa e respetiva família reagem perante uma doença mental grave. De facto, e segundo Almeida (2018) as pessoas com doença mental são frequentemente associadas a pessoas violentas, preguiçosas, fracas e possuídas por espíritos ou demónios. Tornam-se, portanto, facilmente vítimas da sua própria doença e são frequentemente alvos de discriminação e exclusão social, sofrendo graves violações dos seus direitos fundamentais (Palha & Palha, 2016). É frequente o sentimento de medo de serem rejeitados socialmente e desvalorizados, o que aumenta a sua angústia e desencoraja a interação social, dificultando a implementação de intervenções e a procura de apoio quer pelas pessoas com doença mental, quer pela sua família, seja devido ao medo, à vergonha que sentem ou à falta de informação (Yates & Gatsou, 2021; Palha & Palha, 2016; Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016).

Guedes de Pinho (2020b) destaca que uma doença mental grave pode gerar no seio familiar um crescente desgaste psíquico, traduzindo-se no aumento de emoções negativas, tais como sentimentos de culpa, angústia, vergonha, revolta, raiva, ansiedade, *stress* e medo, sentimentos que irão afetar a saúde mental desta família. Também Ferreira (2016) realça a falta de conhecimento e de preparação das famílias como fatores que conduzem ao aumento do desgaste psíquico e da sobrecarga familiar. Pode-se, então, afirmar que

o impacto do diagnóstico, o estigma social, a dependência do familiar e as implicações da cronicidade da doença conduzem, frequentemente, a uma sobrecarga crescente, gerando conflitos, perda de controlo e medo do comportamento do familiar e das recaídas que obrigam à adaptação a uma nova realidade (Guedes de Pinho, 2020b:216).

É frequente os familiares apresentarem uma elevada sobrecarga e, simultaneamente, uma elevada emoção expressa (Ferreira, 2016). Assim, no sentido de clarificar esta correlação entre “sobrecarga familiar” e “emoção expressa” serão seguidamente definidos estes dois conceitos.

A sobrecarga familiar pode dividir-se em duas componentes: sobrecarga objetiva, que diz respeito diretamente ao impacto da doença e consequentes modificações e limitações sobre a família, como, por exemplo, a alteração das rotinas domésticas, as limitações nas atividades sociais e as dificuldades laborais/financeiras; sobrecarga subjetiva, que corresponde a um conjunto de sentimentos que resultam da vivência intrapsíquica das modificações e limitações da doença, que podem traduzir-se em preocupação com o futuro, sentimentos de perda, de culpabilidade e medo da violência (Xavier et al., 2002).

A emoção expressa consiste na avaliação do ambiente familiar, através do criticismo (comentários críticos) e das atitudes positivas da família em relação ao utente, logo, quanto maior for o criticismo e menor forem as atitudes positivas, mais elevada é a emoção expressa (Guedes Pinho, 2013; Ferreira, 2016). Koutra et al. (2016), a este propósito, referem que a emoção expressa elevada pode ser considerada como um fator preditor de recaída.

Neste contexto, quando surge o primeiro episódio psicótico é fundamental a implementação de uma intervenção familiar que promova a adaptação e reorganização da família face às novas mudanças e limitações da dinâmica familiar (Zanetti et al., 2017; Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program, 2016; Coentre & Levy, 2020).

Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica devem, assim, assumir intervenções que contribuam para uma resposta adequada não só aos doentes, mas também à sua família, capacitando-os para melhor lidarem com os problemas específicos relacionados com a doença mental, como é o caso da gestão terapêutica e do stress do prestador de cuidados, de forma a evitar um agravamento da situação, a desinserção social e a promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (Regulamento nº515/2018, 2018).

1.3. Os Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Centrados na Pessoa

A saúde é a área que mais depende de recursos humanos especializados dotados não apenas de conhecimentos, mas também de competências e ferramentas que lhes permitam agregar responsabilidades acrescidas, tomar decisões mais complexas e assegurar uma prestação mais eficaz de cuidados de saúde, pois apesar do progresso tecnológico e dos seus evidentes benefícios para a saúde, continuam a ser os profissionais de saúde que prestam os cuidados de saúde (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018).

Ao longo dos anos, com o aumento da esperança média de vida, os cuidados de saúde prestados tornaram-se cada vez mais exigentes e complexos, resultado do envelhecimento da população, da evolução tecnológica e do aumento de inúmeras comorbilidades e de doenças crónicas, exigindo assim, uma redefinição da política e mudanças na organização de saúde que fosse capaz de atender aos novos desafios nesta área (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018; Irajpour et al., 2020). Neste contexto, e como não poderia deixar de ser, a especialização em enfermagem tornou-se cada vez mais importante, não só no que diz respeito à valorização do profissional, mas,

fundamentalmente, como forma de resposta às diferentes exigências e necessidades de cada pessoa, família e comunidade.

Existem cada vez mais países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) e da União Europeia que reconhecem a importância de se investir na especialização de enfermeiros, evidenciando ganhos ao nível da saúde e, conseqüentemente, ao nível económico (Maier, Aiken & Busse, 2017). De acordo com os autores, estes países defendem que a especialização permite corresponder aos desafios impostos pela sociedade, nomeadamente através de um acompanhamento mais individualizado e especializado às pessoas e permitindo a celeridade e equidade no acesso aos cuidados de saúde (Maier, Aiken & Busse, 2017).

Em Portugal, as competências e habilidades dos enfermeiros são reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (órgão regulador da profissão). Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros define como enfermeiro especialista aquele que possui um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências de carácter científico, técnico e humano, e que os mobiliza para prestar cuidados de enfermagem especializados, de acordo com as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuando nos diversos contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019)

A especialização em enfermagem tem vindo a contribuir para uma melhor prestação de cuidados de saúde e melhor atendimento da pessoa, através de cuidados de enfermagem mais personalizados e integrativos, o que resulta numa maior satisfação das pessoas face aos cuidados recebidos (Lopes, Gomes & Almada-Lobo, 2018).

De acordo com Martins et al. (2021), enfermeiros especialistas na área da saúde mental devem possuir competências que os distingam dos outros enfermeiros especialistas, na medida em que a mente de cada pessoa é verdadeiramente única. Atendendo ao descrito, os presentes autores enfatizam que os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica devem apresentar, por um lado, conhecimentos técnicos e científicos, mas por outro, é fundamental que consigam estabelecer relações terapêuticas demonstrando terem consciência da sua atitude, demonstrando sensibilidade, empatia, respeito, congruência e interesse pela pessoa, de facto, a relação terapêutica é considerada como o “alicerce” para o sucesso da adesão ao plano terapêutico e recuperação da pessoa, o que se traduz em ganhos em saúde para as comunidades.

A saúde mental é entendida pela World Health Organization [WHO] (2003) como o “(...) estado de bem-estar pelo qual os indivíduos reconhecem suas habilidades, são capazes de lidar com o estresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para suas comunidades” (p.7)¹. Logo, como a saúde mental é a base do bem-estar geral, tal significa que não existe saúde sem saúde mental, tendo em conta que a saúde é definida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (World Health Organization, 2018).

Cada ser humano é único, influencia e é influenciado pelo contexto em que se insere e, portanto, possui vulnerabilidades próprias. Segundo a bibliografia consultada, existem diversos fatores biológicos, psicológicos, socioeconómicos e ambientais que podem ser considerados como determinantes importantes da saúde mental e das perturbações mentais (Alves & Rodrigues, 2010; Almeida, 2018). Então, é fundamental que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica compreenda e reconheça o impacto desta multifatorialidade de determinantes, considerando-a aquando do planeamento e implementações de intervenções de enfermagem especializadas.

Posto isto, os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica devem, assim, centrar os seus cuidados na pessoa ao longo de todo o seu ciclo de vida, considerando-a como um ser único que se encontra inserida num contexto quer familiar, quer comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida, e considerando-a como uma parceira de cuidados, ativa, capaz de tomar decisões sobre a sua saúde e bem-estar e ser corresponsável em todo o processo de cuidados (Regulamento n.º 356/2015, 2015).

De salientar que a mudança de paradigma na natureza da relação entre a enfermeira e o doente surgiu com Hildegard Peplau (considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica) e a sua Teoria das Relações Interpessoais (Howk, 2004). Segundo a autora, até ao momento “o doente era considerado o objecto da acção de enfermagem e as enfermeiras deveriam agir para ou pelo doente” (Howk, 2004: 424). Com a Teoria de Peplau, o doente passou a ser visto como um parceiro no processo de enfermagem (idem).

¹ Tradução Livre: “It has also been defined as a state of well-being whereby individuals recognize their abilities, are able to cope with the normal stresses of life, work productively and fruitfully, and make a contribution to their communities” (World Health Organization, 2003:7)

A teoria de Peplau defende que esta parceria pressupõe o estabelecimento de relações interpessoais que permitam ao doente e ao enfermeiro crescerem e desenvolverem-se juntos, sendo este considerado como um processo dinâmico (Bittencourt et al., 2018). Neste contexto, Bittencourt et al. (2018) realçam que a família, a cultura, a sociedade e o lugar em que as mudanças ocorrem devem ser igualmente considerados como agentes do processo.

Mais recentemente, Afaf Meleis desenvolveu a Teoria das Transições, na qual refere que a interação entre o enfermeiro-cliente constitui a principal ferramenta do enfermeiro, permitindo o desenvolvimento do processo de enfermagem, a construção de uma relação terapêutica e a implementação de intervenções terapêuticas que consistem em ações que têm como finalidade cuidar da pessoa (Meleis, 2012).

Segundo Almeida (2018), os cuidados de saúde mental devem ser centrados e integrados na Pessoa, recorrendo às diferentes perspetivas teóricas e clínicas, mediante a seleção, de forma racional, das potencialidades terapêuticas existentes, de forma a irem ao encontro das necessidades específicas de cada pessoa, que advêm da sua individualidade. Neste contexto, a especialização dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica permitirá que o enfermeiro desenvolva uma “(...) capacidade única de diferenciar aspectos do funcionamento do doente e fazer juízos apropriados acerca das necessidades de intervenção, referenciação ou consultoria com outros profissionais de saúde” (Regulamento n.º 356/2015, 2015:17035).

Importa compreender que os enfermeiros só conseguem prestar cuidados se estabelecerem uma relação com a Pessoa com um potencial terapêutico, ou seja, esta relação não se resume a uma mera interação verbal, mas antes a uma partilha intencional, que considera a Pessoa como um todo e envolve todas as formas de comunicar (Lopes, 2018). Então, o enfermeiro só presta cuidados quando o Outro o permite e, como tal, na sua prática clínica é fundamental que estabeleça relações de parceria baseadas na confiança, respeito e empatia, que lhe permitam ir ao encontro das verdadeiras necessidades/problemas de cada Pessoa e implementar cuidados especializados e individualizados.

O enfermeiro deve, assim, mobilizar-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolvendo um conjunto de competências, conhecimentos e habilidades de cariz terapêutico, que lhe permita mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas,

psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento nº515/2018, 2018). Estas competências especializadas que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica possui e mobiliza na prática clínica resultam de um conjunto de saberes, conhecimentos científicos, técnicos e humanos, bem como de elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, possibilitando que durante o processo terapêutico, a Pessoa vivencie experiências gratificantes quer a nível intrapessoal, quer interpessoal (idem).

2. CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

A implementação da Lei de Saúde Mental em 1998 consagrou que a prestação de cuidados de saúde fosse promovida prioritariamente ao nível da comunidade, de forma a evitar que os doentes mentais fossem afastados do seu meio habitual, facilitando assim a sua reabilitação e reinserção social (Lei nº 36/98, 1998). Martins et al. (2021) defendem que deve haver um equilíbrio entre os serviços hospitalares e os serviços que se centram na comunidade, pois ambos se complementam. De acordo com estes autores deve recorrer-se aos hospitais apenas em fases agudas da doença até à sua estabilização, dando-se posteriormente continuidade aos cuidados na comunidade, mas numa perspetiva de reabilitação e reinserção na sociedade.

A saúde mental continua a estar associada a um forte estigma, preconceito e discriminação, sendo estes fatores importantes que contribuíram e continuam a contribuir para a subvalorização da saúde mental (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Neste contexto, só em 2001, com o Relatório Mundial de Saúde é que os governos compreenderam e começaram a considerar que era importante investir na saúde mental (idem).

Em Portugal, as perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9% (ocupam o 2º lugar entre os países europeus) e representam cerca de 20,55% do total de anos vividos com incapacidade (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2019; Direção Geral da Saúde, 2015). Assim, uma estimativa (subestimada) dos custos das doenças mentais, aponta que estas representam 3,7% do produto interno bruto (PIB), o que corresponde a 6,6 mil milhões de euros (CNS, 2019).

As perturbações mentais e psiquiátricas são cada vez mais comuns e têm implicações na Saúde, na sociedade e na economia (Bernadino, 2019; World Health Organization, 2021c). No Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 é reconhecida a importância de um maior investimento nos cuidados de saúde mental na comunidade (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). Porém, uma posterior avaliação do plano admite que “a prestação de cuidados de saúde na área da saúde mental continua, genericamente, capturada pela visão das estruturas hospitalares, contribuindo para um

desfasamento entre as fundamentais respostas às necessidades dos cidadãos e os cuidados prestados pelos serviços de saúde” (Leuschner et al., 2017).

Segundo Palha e Palha (2016), o acesso aos cuidados de saúde mental tem sido insuficiente e cerca de 65% das pessoas com perturbação psiquiátrica não tem qualquer tratamento, sendo que o período que compreende o início da sintomatologia e o tratamento varia na maior parte dos casos entre um a quatro anos. Em 2013, verificava-se que, nas diferentes regiões, entre 66 e 92% das primeiras consultas de psiquiatria a adultos encontram-se dentro do tempo esperado, contudo, tal não se constatava nas consultas após um internamento, o que contribuía para reinternamentos (idem).

Reforçando esta ideia, a World Health Organization (2021c) considera que os serviços de saúde mental ainda não conseguiram responder de forma adequada às necessidades existentes. Neste contexto, é fundamental implementar um plano de ação, no qual a saúde mental seja valorizada, promovida e protegida, em que sejam prevenidas perturbação mentais e em que as pessoas com perturbações mentais e outras pessoas afetadas com estas, possam ter os seus direitos humanos assegurados, que tenham acesso a sistemas de saúde adequados e de qualidade, que seja promovida a recuperação e reinserção social, permitindo que as pessoas participem ativamente na sociedade e no trabalho, livres do estigma e da discriminação (World Health Organization, 2021c: 4).

A prestação de cuidados na saúde mental compreende a intervenção de uma equipa interdisciplinar que, de forma coordenada, responde aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação (Lei nº 36/98,1998). Assim, é imperativo que cada pessoa seja compreendida de uma forma holística, que se encontra inserida num contexto social e familiar, a partir do qual o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e outros profissionais de saúde procuram responder quer às suas necessidades/problemas, quer da sua família.

Importa salientar que a exclusão social torna as pessoas mais vulneráveis e pode resultar de situações de desemprego, racismo, discriminação, estigmatização, perda de laços familiares e de suporte familiar.

As intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica visam contribuir para a promoção, proteção e prevenção da doença mental, bem como o tratamento e a reabilitação psicossocial, recorrendo às suas competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, evitando, desta

forma, o agravamento das situações e a desinserção social (Regulamento nº515/2018, 2018).

Durante grande parte do século XX, a pessoa com doença mental grave foi vista como alguém incapaz de trabalhar e de contribuir ativamente para a sociedade, como tal, viviam em situações precárias, sem habitação, sem apoio social e estigmatizadas pela sociedade (Whitley, Palmer & Gunn, 2015). Contudo, hoje sabe-se que a pessoa com uma doença mental grave pode viver de forma autónoma, contribuindo positivamente para a comunidade (Whitley, Palmer & Gunn, 2015), mas para tal é necessário que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, juntamente com a restante equipa multidisciplinar, implementem intervenções o mais precocemente possível, de uma forma coordenada e em parceria com o doente e a sua família, delineando intervenções que contribuam para a capacitação do doente, no sentido de este se tornar o mais funcionante possível.

Atendendo ao descrito, optou-se pela realização de ambos os estágios I e final na comunidade. Estes estágios foram, sem sombra de dúvidas, o culminar do meu processo de aprendizagem e aquisição de competências e conhecimentos na área da saúde mental e psiquiátrica. O contacto real com o Outro permitiu: uma maior compreensão da sua unicidade, das suas vulnerabilidades e de como este influencia e é influenciado pelo contexto em que se insere; uma maior autoconsciência e autoconhecimento de mim enquanto enfermeira e pessoa; a compreensão assente na prática de como as perceções, emoções, atitudes, influenciam a relação de ajuda; o desenvolvimento de estratégias comunicacionais (verbal e não verbal) e observacionais e, ainda do pensamento crítico sobre as diversas interações com o Outro.

2.1. Caracterização dos Contextos de Estágio

O **estágio I** decorreu num Centro de Respostas Integradas (CRI). O CRI iniciou atividades em abril de 1996, sendo na época designado por Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) e só desde 2007 passa a ser designado como CRI.

O CRI abrange vários concelhos e dispõe de uma equipa multidisciplinar, composta por enfermeiros, médicos de clínica geral, psicólogos clínicos, técnicos superiores, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

Atualmente, o CRI é constituído por uma equipa de prevenção e intervenção comunitária e por uma equipa de tratamento e reinserção, a qual integrei durante o estágio I. O CRI atua ao nível da prevenção, dissuasão, tratamento, redução de danos e reinserção e tem como principal público de intervenção todas as faixas etárias desde a adolescência, com comportamentos aditivos e de dependência.

A intervenção do CRI compreende sempre sessões individuais à pessoa com adições, sendo que estas adições podem ser de diversa ordem, designadamente o alcoolismo, as drogas ou os jogos.

O acesso ao CRI poder ser feito através da referenciação, nomeadamente, de unidades de saúde familiar, hospitais, tribunais, polícia de segurança pública, comissões de proteção de crianças e jovens (CPCJ), entre outras entidades. Este processo pode, igualmente, ser iniciado por um pedido de ajuda realizado pela pessoa e/ou tutores legais de adolescentes até aos 18 anos, por via de inscrição no CRI.

Inicialmente, é realizada uma entrevista de acolhimento, com o objetivo de identificar as necessidades da Pessoa, a sua motivação para o tratamento, os seus receios e expetativas. Nesta entrevista, são também definidos os objetivos do tratamento e é dado a conhecer a instituição, os recursos disponíveis e o seu funcionamento.

É, ainda, realizada uma consulta de enfermagem que tem como finalidade facilitar os processos de transição da pessoa ao longo do tratamento, promover comportamentos mais saudáveis, prevenir complicações decorrentes de comportamentos aditivos e dependência, ajudar fornecendo recursos ou referenciando a outros profissionais de saúde, ajudar na gestão da medicação, na desmistificação da doença, esclarecer dúvidas sobre os medicamentos e acompanhar efeitos secundários existentes, bem como o impacto destes na qualidade de vida da pessoa.

Semanalmente ocorre uma reunião com todos os elementos da equipa multidisciplinar, na qual são discutidos os acolhimentos, o percurso de tratamento da pessoa e é atribuído um terapeuta de referência, responsável pelo acompanhamento global da situação do utente.

Importa salientar que, dos enfermeiros existentes, apenas os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica são considerados terapeutas, pois o mestrado nesta área confere-lhes esta competência.

Relativamente aos familiares dos adolescentes, estes, após as consultas, podem requerer informações com o terapeuta que acompanha os filhos para esclarecerem dúvidas e compreenderem melhor a situação do filho. No entanto, desde o início são esclarecidos de que a informação disponibilizada apenas será fornecida na presença do adolescente e se este o permitir.

O CRI dispõe de um programa de tratamento com substitutos opiáceos – Buprenorfina e Cloridrato de metadona; rastreios rápidos para o VIH, hepatite e Teste SarsCov-2, consulta de cessação tabágica e consulta “adoles/Sendo”, no Instituto Português do Desporto e Juventude (acompanhamento do adolescente). Em todos estes programas e consultas existe a intervenção da equipa de enfermagem, que acompanha o tratamento da pessoa.

Conforme consta no folheto que é entregue aos utentes, pela equipa do CRI, os critérios de entrada e manutenção para o programa de substituição com metadona de alto limiar são:

- apresentação de resultados negativos nas análises para despiste de substâncias (heroína e cocaína) durante um período de 4 semanas;
- toma presencial e levantamento de doses semanais no CRI, mediante o resultado negativo nas análises para o despiste de substâncias (heroína e cocaína). O levantamento de doses quinzenais é possível, se for justificada por motivos laborais, mudança de residência do utente e/ou mediante avaliação do terapeuta de referência e apresentação de resultados negativos nas análises para despiste de substâncias (heroína e cocaína).

Os critérios de exclusão do programa prendem-se com a apresentação de dois resultados positivos nas análises para despiste de substâncias (heroína e cocaína), num período de 2 meses, situação essa que deve ser reavaliada pelo terapeuta de referência. Também a falsificação ou tentativa desta no que se refere ao processo de monitorização de consumos, bem como a ocorrência de episódios de violência física ou verbal para com os técnicos do CRI, traduz-se na exclusão do utente do programa.

Em relação aos critérios de entrada e manutenção para o programa de substituição com metadona de baixo limiar, estes consistem em:

- consumos regulares de heroína e/ou cocaína;
- toma diária e presencial no CRI (exceto aos feriados e fins de semana);
- dosagem de metadona deve ser ajustada medicamente face aos casos, mas não deve ultrapassar os 40 mg por dia.

Neste programa de baixo limiar, os critérios de saída compreendem, tal como na anterior, a falsificação e tentativa desta nas análises, a ocorrência de episódios de violência, bem como a falta às tomas diárias no CRI por 3 ou mais dias seguidos.

Importa salientar que a intervenção dos enfermeiros não se cinge apenas ao ato de administrar metadona. Este é um momento de excelência, pois permite-nos conhecer melhor as pessoas e estabelecer realmente uma relação de ajuda baseada na confiança e respeito, contribuindo para que se sintam valorizadas, ouvidas e compreendidas, com o respeito que desejam e lhes é devido enquanto seres humanos.

O **estágio final** realizou-se no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), sendo que este engloba: a equipa comunitária de saúde mental e psiquiátrica, as consultas de saúde mental e psiquiátrica, a unidade de internamento (internamentos de curta duração de utentes adultos com doença do foro psiquiátrico e que se encontrem em uma fase de agudização), a unidade de psiquiatria de ligação (articulação do serviço de psiquiatria com as restantes especialidades hospitalares), a unidade de psiquiatria forense (realização de exames e perícias médico-legais solicitadas pelos serviços judiciais), a unidade de intervenção terapêutica (tem como objetivo definir e implementar um plano psico-reabilitativo desenvolvido em dois níveis: a unidade terapêutica de apoio ao internamento e a unidade terapêutica de apoio pós-alta que atualmente não se encontra em funcionamento devido à Covid-19) e um serviço de urgência psiquiátrica durante 24h, 7 dias por semana.

Neste contexto, integrei enquanto estagiária a equipa comunitária de saúde mental e psiquiátrica. Esta equipa é constituída por profissionais de saúde de diversas áreas, nomeadamente enfermeiros, psiquiatras e assistente social, responsáveis pelo acompanhamento multidisciplinar da pessoa com doença mental grave e da sua família na comunidade, tendo em conta a unicidade, individualidade e as necessidades específicas

de cada pessoa. Tem como foco principal a reabilitação e integração da pessoa com doença mental na comunidade.

A equipa comunitária de saúde mental e psiquiátrica assegura a continuidade dos cuidados, melhora a acessibilidade destes e intervêm de forma mais precoce nas diversas situações. Monitoriza, ainda, a adesão terapêutica, administra medicação antipsicótica periódica por via intramuscular e acompanha os utentes após terem alta de serviços de internamento de agudos, promovendo a reabilitação psicossocial destes. Para além das consultas que são realizadas no DPSM, a equipa (um enfermeiro e um médico ou um enfermeiro e a assistente social) realiza visitas domiciliares ou institucionais (instituições cuidadoras dos doentes em acompanhamento, por exemplo à Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental - APPACDM). Existe, ainda, uma articulação com os centros de saúde primários e são realizadas consultas descentralizadas (enfermagem e psiquiátrica).

De salientar a existência de uma reunião no internamento, na qual uma enfermeira da equipa comunitária de saúde mental e psiquiátrica participa, e onde são discutidos os casos clínicos do internamento e programadas as altas clínicas, permitindo, assim, o seguimento do utente na comunidade. Para além disto, é ainda realizada uma reunião entre a responsável pela equipa comunitária, os diversos enfermeiros da comunitária, a psicóloga e a assistente social, com a finalidade de discutirem casos clínicos. Esta reunião favorece e facilita a articulação entre equipas (comunitária e internamento) e promove um plano de intervenção adequado e individual para o utente.

Finalmente, existe uma outra reunião com o objetivo de organizar o horário da semana seguinte, bem como as visitas domiciliares.

3. METODOLOGIA

Este capítulo enquadra metodologicamente o percurso de cuidados, ou seja, é um espaço que tem como objetivo expor os métodos e técnicas que resultaram no presente relatório e que permitiram alcançar os objetivos delineados. Neste contexto, elaborou-se numa fase inicial um projeto de intervenção como suporte e guia orientador do estágio I e final. Segundo Barbier (1993), um projeto congrega em si mesmo mais do que uma ideia ou possibilidades vagas, porque o que se perspetiva é que estas se convertam em ações e se tornem realidade.

O projeto de intervenção elaborado contemplava, portanto, o desenvolvimento de uma ação de planeamento, tendo em vista o desenvolvimento das competências, tanto as comuns como as específicas, do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, e, ainda, as competências de mestre, através da implementação de um modelo de cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica centrados na pessoa com perturbação psicótica e na sua família, de forma a promover a sua reabilitação psicossocial. A implementação deste modelo de cuidados traduziu-se na elaboração de dois casos clínicos, aplicando o processo de cuidados especializado e centrado na pessoa.

Neste contexto, as intervenções psicoterapêuticas implementadas não foram estruturadas aquando da planificação do projeto de intervenção, estas resultaram indubitavelmente de uma avaliação diagnóstica continua.

Assim, no estágio I trabalhou-se um caso clínico de uma pessoa com comportamentos aditivos e com risco de psicose, passando por todas as fases do processo de cuidados. No estágio final, foi elaborado um caso clínico centrado na pessoa com perturbação psicótica e na sua família, de forma a promover a sua reabilitação psicossocial, mas respeitando o seu contexto comunitário e tendo igualmente como foco o processo de cuidados.

3.1. Processo de Cuidados em Enfermagem

O processo de cuidados em enfermagem, tal como o nome indica, não se cinge a uma estrutura estática, muito pelo contrário, este é um processo dinâmico e contínuo, que se centra na pessoa e nas suas necessidades/problemas, e que compreende a implementação de cuidados de enfermagem especializados e individualizados, de forma que a pessoa mantenha, melhore e recupere a saúde, atingindo a sua máxima capacidade funcional o mais breve possível (Regulamento n.º 356/2015, 2015). Para que tal ocorra, é crucial que se estabeleça uma relação de parceria entre o enfermeiro e o utente, na medida em que esta relação é o elemento-chave no processo de cuidados.

A relação de parceria surge, como já foi referido, ao longo do presente relatório, com a teoria das relações interpessoais de Peplau, esta teve um enorme impacto na forma como os enfermeiros passaram a ver os utentes, na medida em que se compreendeu que os cuidados não deveriam assentar numa “substituição” do doente, mas sim numa relação de parceria.

A teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau é frequentemente aplicada pelos enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica (Franzoi et al. 2016). Nesta perspetiva, George (2000) refere que o relacionamento interpessoal é um instrumento para o enfermeiro de saúde mental, já que está presente em todas as ações que realiza com o utente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender às suas necessidades básicas.

Existem quatro conceitos fundamentais na teoria interpessoal proposta por Peplau: a pessoa (alguém que necessita de cuidados de saúde); o ambiente (o enfermeiro deve ter em conta a cultura e os costumes do paciente); a saúde (palavra símbolo que sugere um movimento progressivo da personalidade e outros processos humanos que têm como objetivo uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária); e a enfermagem (arte terapêutica e processo interpessoal entre enfermeiro-paciente, no qual o enfermeiro deve ter sempre em conta que cada indivíduo é um ser bio-psico-sócio-espiritual).

Para além destas conceções, Peplau enfatiza, ainda, os conceitos de crescimento, desenvolvimento, comunicação e papel. A comunicação é um processo de solução de problema aplicado pelo enfermeiro na relação com o paciente, em que o enfermeiro pode assumir vários papéis para ajudar o paciente na satisfação das suas necessidades, colaborando, desta forma, para o seu crescimento e desenvolvimento (Santos & Nóbrega, 1996). Realmente, Peplau foi a primeira teórica da enfermagem psiquiátrica, a realçar “a necessidade de que relações interpessoais sejam construídas para que o paciente possa alcançar, junto com o enfermeiro, o seu desenvolvimento e crescimento pessoais” (Bittencourt et al., 2018:127).

Este modelo das relações interpessoais de Peplau assenta em quadro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. A fase da orientação, corresponde ao primeiro encontro e ao início da interação entre o enfermeiro e o paciente, sendo, por isso, uma fase de identificação e de avaliação diagnóstica das necessidades sentidas pelo paciente (Peplau, 1988). Neste contexto, face à pessoa com doença mental grave, Guedes de Pinho (2020a) defende que é fundamental trabalhar o insight da pessoa face à doença e reforçar a importância da adesão ao plano terapêutico, para se conseguir avançar à fase seguinte.

A fase da identificação, pressupõe que o paciente se identifique com a enfermeira, estabelecendo de forma interdependente e cooperativa as metas e estratégias do processo de cuidado (Franzoi et al, 2016). Segundo George (2000), as metas estabelecidas evoluem dos diagnósticos de enfermagem e direcionam o plano e os recursos existentes mais adequados para o doente.

Segue-se a fase da exploração, onde a relação enfermeiro-paciente é explorada e fortalecida, o paciente confia no conhecimento e especialização do enfermeiro, e sente-se parte integrante do ambiente de cuidados, o que conseqüentemente o leva a explorar as intervenções e os serviços disponíveis, de forma a obter a melhor resposta para as suas necessidades (Guedes de Pinho, 2020a; George, 2000).

Por último, a fase da solução corresponde ao fim da relação, ou seja, ao momento em que o paciente apresenta as suas necessidades satisfeitas, abandonando gradualmente os objetivos antigos e adotando novos (George, 2000).

De salientar, que essas fases se sobrepõem e interrelacionam à medida que o processo evolui na direção de uma solução (George, 2000). Neste contexto, os

enfermeiros nas diversas fases, podem assumir diversos papéis, como o de professor, conselheiro, recurso, líder, especialista técnico e substituto (George, 2000).

Nesta perspectiva, embora numa abordagem diferente, também Lopes (2018) se debruçou sobre a importância das relações interpessoais, considerando a relação enfermeiro-utente como imprescindível no processo de cuidar dos enfermeiros. O autor, enfatiza que esta relação se pode manifestar de duas formas: na primeira, a relação é vista como, o contexto em que os cuidados são prestados, pelo que é fundamental ter domínio de um conjunto de técnicas comunicacionais e de manipulação do ambiente para atingir os objetivos terapêuticos, exigindo aprendizagem, mas acima de tudo, consciência da sua importância em todos os momentos; na segunda forma, o autor, compreende a relação como uma estratégia separada para a intervenção terapêutica, ou seja, a relação é considerada como um instrumento por si só, o que exige um elevado grau de autoconsciência e conhecimento e aplicação de distintas técnicas interpessoais (Lopes, 2018). Logo, o enfermeiro deve possuir um nível elevado de desenvolvimento pessoal e profissional.

Para cuidar, o enfermeiro deve olhar para o utente no seu todo e de uma forma compreensiva e holística, respeitando a sua unicidade e considerando o contexto familiar e comunitário em que se insere, como peças fundamentais no processo de cuidar. Assim, à medida que a relação enfermeiro-utente avança, o enfermeiro vai conhecendo melhor o utente, a sua família e a sua comunidade, o que se traduz numa redefinição dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem implementadas, sendo que estas são planeadas conjuntamente com o utente e por si validadas. Lopes (2018), salienta que a intervenção terapêutica ocorre simultaneamente com a avaliação diagnóstica e que ambas mudam sistematicamente ao longo do processo de cuidados, de acordo com os novos dados recolhidos (Lopes, 2018).

A avaliação diagnóstica é, portanto, um processo contínuo, que evolui no sentido de uma compreensão mais profunda da situação do utente, perante um processo de transição (Lopes, 2018). Inicia-se quando o enfermeiro toma conhecimento da existência do utente e recolhe informação biomédica ou outra, e continua com o primeiro encontro e posteriores reencontros entre enfermeiro e utente (Lopes, 2006). Do primeiro encontro, resulta uma avaliação diagnóstica inicial (entrevista de admissão), na qual é fundamental que o enfermeiro compreenda o que o utente sabe, o que o preocupa e que

estratégias/capacidades possui (Lopes 2006). Os restantes encontros entre enfermeiro-utente dão continuidade à avaliação diagnóstica, sendo imperativo compreender a evolução do utente do ponto de vista biomédico, vivencial e na perspectiva de ajuda (idem).

Foi com base nos pressupostos teóricos de Peplau e Lopes, que o processo de cuidados aplicado no estágio I e final se sustentou. Este processo incluiu as seguintes fases: avaliação diagnóstica, planeamento de cuidados, intervenção de enfermagem e avaliação de resultados.

3.1.1. Avaliação diagnóstica

De acordo com o Regulamento nº515/2018, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica deve recolher a informação necessária e pertinente para a compreensão do estado de saúde mental do doente, o que abrange também a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. Portanto, todo este processo de avaliação exige por um lado a mobilização de competências comunicacionais, de sensibilidade cultural e linguística, e por outro a aplicação de entrevistas, a observação do comportamento do doente, a revisão dos registos e, ainda, a avaliação abrangente do doente e dos sistemas revelantes.

Neste contexto, a colheita de dados no estágio I e final envolveu: a realização de entrevistas não estruturadas ao utente e família; a consulta de exames físicos e de outros registos no processo clínico do utente; a observação do comportamento do utente e a avaliação do seu estado mental; e ainda, a articulação com outros membros da equipa interdisciplinar que acompanhava o utente.

Para uma melhor a compreensão dos aspetos internos e externos do utente, recorreu-se em cada caso clínico ao genograma (estrutura interna) e ecomapa (extrutura externa). O genograma consiste numa árvore familiar (genealógica), onde consta informações sobre os membros da família e o ecomapa representa os relacionamentos entre os membros da família e os sistemas mais alargados, tais como escolas, instituições de saúde e tribunais (Wright & Leahey, 2018).

Como complemento à colheita de dados, foram aplicados instrumentos de avaliação, designadamente: Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton; Escala de Psyrats adaptada para português por Telles-Correia et al. (2017) e a Escala de Insight Marková e Berrios, adaptada para português por Vanelli et al. (2010). A aplicação de todos estes instrumentos é fundamental, dado que estes nos fornecem não só informação, mas permitem também avaliar posteriormente a eficácia das intervenções implementadas.

Após a sistematização e análise de todos os dados recolhidos, foram definidos os diagnósticos de saúde mental, que foram validados com o utente, pois como Lopes (2018) salienta esta validação tem uma dimensão terapêutica em si própria.

Segundo o Regulamento nº515/2018 “O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico” (p. 21428). O desenvolvimento do pensamento crítico, no enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica é fundamental, pois este adquire a capacidade de analisar a informação de forma objetiva e fazer julgamentos fundamentados.

Para a definição dos diagnósticos recorreu-se à taxionomia estandardizada para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros: a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE versão 2019). A utilização deste sistema de classificação de enfermagem possibilitou a uniformização da linguagem em enfermagem.

3.1.2. Planeamento dos cuidados

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica deve desenvolver competências ao nível do planeamento, que lhe permitam elaborar e planear planos de cuidados, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. De salientar, que todo este processo de cuidados deve ser centrado na pessoa, considerando a sua individualidade, unicidade e compreendendo, ainda, que esta se insere num contexto, que a influencia, e que por ela é influenciado. Portanto, é fundamental, respeitar e aceitar as crenças da pessoa, bem como a sua tomada de decisão; compreender e identificar que

estratégias, atitudes e técnicas se adequam a cada situação, bem como os fatores que possam dificultar a relação de ajuda.

Neste encadeamento, o plano de cuidados deve ser planeado, desenvolvido e negociado com o doente e a equipa de saúde numa tomada de decisão partilhada (Regulamento nº515/2018, 2018). Lopes (2018) salienta a importância de uma co-construção e co-produção dos cuidados, para que se obtenham os resultados esperados.

A elaboração dos planos de cuidados baseou-se na consulta de uma bibliografia diversificada, nomeadamente na CIPE, na NIC, na NOC e no livro de Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções elaborado sob coordenação de Sequeira e Sampaio (2020).

3.1.3. Intervenção de enfermagem

Em cada caso clínico, as intervenções de enfermagem implementadas resultaram de uma avaliação diagnóstica contínua, alicerçada numa abordagem compreensiva e holística do utente. Neste sentido, a relação de parceria que se estabeleceu foi basilar, sendo que esta se baseou na confiança, empatia e respeito pelo Outro, considerando-o como um ser único, detentor de poder de decisão. Cada pessoa está inserida num contexto familiar e comunitário que a influencia, mas que também é por ela influenciado, pelo que os seus diversos contextos devem ser igualmente alvo de intervenção. A compreensão dos determinantes de saúde a que o utente e a sua família estiveram ou estão sujeitos é, sem sombra de dúvidas, fundamental, devido à influência que estes exercem na implementação e na adesão às intervenções planeadas.

Considerando o descrito, em cada caso clínico as necessidades (diagnósticos de enfermagem) foram identificadas em conjunto com o utente e a sua família, o que se traduziu numa co-construção de um plano de cuidados individualizado com intervenções especializadas no âmbito psicoterapêutico, psicoeducacional e psicossocial, adequadas às necessidades/problemas de cada utente, de forma a promover a gestão terapêutica, a reabilitação psicossocial e, ainda, a prevenir os processos de doença.

As intervenções psicoterapêuticas podem definir-se como uma execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, com a finalidade de modificar positivamente comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais de cada utente (Sampaio, Sequeira, Lluch-Canut, 2020). Estes autores enfatizam, ainda, que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica deve recorrer a diferentes escolas da psicoterapia para desenvolver qualquer intervenção psicoterapêutica, pois só assim conseguirá dar a melhor resposta ao problema ou necessidade identificada (diagnóstico de enfermagem).

As intervenções psicoterapêuticas implementadas nos casos clínicos compreenderam o treino metacognitivo, a entrevista motivacional e a terapia de relaxamento. O treino metacognitivo (TMC) foi desenvolvido por Moritz e por colaboradores em 2007, podendo ser aplicado nas pessoas com esquizofrenia ou em outras perturbações psicóticas, sob a forma de grupos ou de terapia individual (Moritz et al., 2014), conforme ocorreu no estágio II. Este treino tem como objetivo a modificação dos vieses cognitivos da psicose, aumentando a consciencialização dos pacientes acerca destas armadilhas cognitivas comuns (ex. tirar conclusões precipitadas ou o excesso de confiança nos primeiros julgamentos), de forma a prevenir ou reduzir os delírios e a recorrência de episódios psicóticos (idem).

Neste encadeamento, Guedes de Pinho (2020a) ressalta que metacognição significa “pensar sobre o próprio pensamento” e, como tal, implicando o desenvolvimento de estratégias de capacitação para seleção de respostas apropriadas. Esta autora desenvolveu um estudo sobre a “eficácia do treino metacognitivo nos delírios, alucinações, insight cognitivo e funcionalidade da esquizofrenia”, no qual comprovou que o treino metacognitivo melhora o insight cognitivo e reduz os sintomas psicóticos, daí resultando uma melhoria ao nível da funcionalidade do utente e do seu estado clínico (Guedes de Pinho, 2020a).

A entrevista motivacional foi descrita pela primeira vez por Miller, na década 80 do século XX, e é presentemente descrita como um estilo de aconselhamento, no qual o aconselhador recorre à escuta ativa e à empatia para compreender a perspetiva do utente, criando um ambiente de conversação construtiva sobre a mudança de comportamento e com o objetivo de motivar o utente a realizar mudanças e minimizar eventuais resistências (Barroso, 2020). Segundo esta autora, “a motivação, enquanto razão ou desejo de ação,

dá uma direção ao comportamento em função do objetivo que se pretende atingir, ou seja, tem um propósito” (Barroso, 2020:97). Neste contexto, será apresentada, na tabela seguinte, uma descrição das principais características da abordagem motivacional de Prochaska, Diclemente e Norcross, assim como as respectivas intervenções.

| Características dos estádios motivacionais e respectivas intervenções | |
|--|---|
| Pré-contemplação | <p>Características:</p> <p>Não existe consciência do problema, a pessoa não considera a possibilidade de mudança</p> <p>Racionaliza de um modo muito característico o comportamento problemático</p> <p>Retém seletivamente consequências positivas do próprio comportamento e desvaloriza as negativas</p> |
| | <p>Intervenções:</p> <p>Estabelecer relação de confiança</p> <p>Fornecer informação pertinente, sensibilizar para o problema</p> <p>Mostrar preocupação e manter a porta aberta</p> |
| Contemplação | <p>Características:</p> <p>Pessoas mais abertas a experiências emocionais</p> <p>Ambivalência</p> |
| | <p>Intervenções:</p> <p>Ajudar a analisar os prós e contras da mudança (balança da decisão)</p> <p>Promover um desequilíbrio entre argumentos ambivalentes</p> <p>Reforçar a autoeficácia da pessoa para mudar o seu comportamento atual</p> <p>Enfatizar a liberdade de escolha, responsabilidade e autoeficácia para a mudança</p> <p>Sumarizar afirmações automotivadoras</p> |
| Preparação | <p>Características:</p> <p>Janela de oportunidade para a mudança durante um determinado período de tempo</p> |

| | |
|-------------------|--|
| | <p>Se entrar num estágio de ação, o processo de mudança prossegue; caso contrário, regressará ao estágio de contemplação</p> <p>Intervenções:</p> <p>Clarificar os objetivos e estratégias de mudança do utente</p> <p>Oferecer um menu de opções para a mudança; negociar um plano de mudança – plano de contrato de mudança; determinar as barreiras à mudança; apoiar a procura de redes de suporte; explorar expectativas do tratamento</p> |
| Ação | <p>Características:</p> <p>Período em que a pessoa tem intenção de mudar</p> <p>Acredita que tem autonomia para alterar a sua vida em áreas-chave</p> <p>Intervenções:</p> <p>Analisar estratégias de mudança (aceitáveis, acessíveis e apropriadas)</p> <p>Dar suporte a mudança realista através de pequenos passos</p> <p>Ajudar a identificar situações de risco</p> <p>Desenvolver um plano de urgência</p> <p>Manter contacto</p> |
| Manutenção | <p>Características:</p> <p>Consolidação da mudança</p> <p>Evitar recaída</p> <p>Intervenções:</p> <p>Manter mudanças alcançadas</p> <p>Reforçar as vantagens percebidas das mudanças</p> <p>Prevenir recaídas</p> |
| Recaída | <p>Características:</p> <p>Inerente a todo o processo de mudança</p> <p>Avanços e retrocessos no ciclo de mudança são comuns antes de se solidificarem os novos padrões</p> <p>Intervenções:</p> <p>Ultrapassar rapidamente o deslize ou a recaída e reiniciar o processo</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Explorar o significado da recaída e apresentar como uma oportunidade de aprendizagem</p> <p>Ajudar a pessoa a descobrir mecanismos de <i>coping</i> alternativos</p> |
|--|---|

Tabela 1- Características dos estádios motivacionais e respetivas intervenções (fonte: Sequeira & Sampaio, 2020).

A terapia de relaxamento é constituída por diversas técnicas nomeadamente, o relaxamento muscular progressivo de Jacobson e o relaxamento por imaginação guiada, sendo que, independentemente da técnica escolhida, estas visam que a pessoa se afaste dos fatores geradores de stress e consiga atingir um estado de consciência e bem-estar (Coelho & Sousa, 2020). Neste contexto, esta terapia permite à pessoa desenvolver a sua capacidade para enfrentar a ansiedade, através da abstração de estímulos e perceções externas (idem).

No que respeita às intervenções psicoeducacionais, e tal como ocorre relativamente às intervenções psicoterapêuticas, estas não são um tratamento, mas os seus contributos são significativos e fundamentais no âmbito do plano global de tratamento, por exemplo, o conhecimento sobre a doença é fundamental para os indivíduos e a sua rede de apoio, permitindo-lhes conceber planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença (Regulamento n.º 356/2015, 2015).

Neste contexto, as intervenções psicoeducacionais são uma forma específica de educação, caracterizada por um conjunto de abordagens que pretendem dotar os utentes e os seus familiares dos conhecimentos de que necessitam sobre a doença mental e a capacitá-los com novas estratégias para lidarem com a doença e com os problemas que vão surgindo no quotidiano. Estas abordagens contribuem, igualmente, para a redução do *stress* familiar, através da gestão de emoções e das expetativas, fornecendo-lhe o suporte social e o encorajamento de que necessitam, de forma a que se foquem mais no futuro (Gonçalves-Pereira et al., 2006; Amaral et al, 2020).

Segundo Amaral et al. (2020), a intervenção psicoeducativa permite, essencialmente, dar resposta a diagnósticos de enfermagem, como é o caso do “conhecimento diminuído” (do utente, da família ou do cuidador), do “papel de cuidador comprometido” ou do “stress do cuidador”.

Por último, as intervenções psicossociais visam que a pessoa com a doença mental atinja o seu nível potencial independente na comunidade (Regulamento n.º 356/2015, 2015). Estas intervenções incluem, por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental, o treino de competências sociais e o treino de défices cognitivos-remediação cognitiva (Saraiva & Cerejeira, 2014). A terapia cognitivo-comportamental para psicose é uma terapia individual com o objetivo de estabelecer conexões entre os pensamentos, sentimentos e ações do paciente, estimulando a reavaliação das suas perceções, crenças e aumentando a sua consciência sobre os sintomas, de forma a que a sua competência de enfrentamento e a redução do stress se desenvolva, traduzindo-se no aumento do seu nível de resiliência (Palmeira, 2018). De salientar, que está foi a terapia aplicada no estágio I e final.

O treino de competências sociais tem como finalidade o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e resolução de problemas do dia-a-dia (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A terapia de remediação cognitiva pode ser realizada individualmente ou em grupo, sendo que engloba um grupo variado de terapias que visam melhorar as funções cognitivas, como a memória, o raciocínio, a atenção, a linguagem, a capacidade de solução de problemas do quotidiano e do funcionamento social (Saraiva & Cerejeira, 2014; Palmeira, 2018).

3.1.4. Avaliação de resultados

A avaliação é um processo contínuo e ininterrupto, que permite compreender a eficácia das intervenções implementadas e redefini-las, modificando o plano de cuidados, sempre que seja necessário. Neste contexto, Potter e Perry (2003) afirmam que a avaliação reorienta continuamente os cuidados de enfermagem prestados, permitindo medir a reação do utente face às intervenções implementadas e o progresso deste, no sentido de atingirem os objetivos e satisfazerem integralmente as suas necessidades.

Neste caso em específico a avaliação foi realizada através da aplicação de escalas, da observação do doente e da família e da análise dos planos de cuidados, isto é, se as intervenções implementadas tiveram sucesso na resolução dos problemas e necessidades identificadas.

4. CASO CLÍNICO DO ESTÁGIO I

4.1. Breve Enquadramento Teórico

4.1.1. Adolescência

Ao longo da vida as pessoas passam por várias transições (passagem de um estado razoavelmente estável para outro bastante estável) resultante de mudanças que ocorrem devido a situações específicas (Meleis 2010). A adolescência é considerada por Meleis (2010) como uma transição desenvolvimental que engloba mudanças com implicações ao nível da adaptação e da saúde mental da pessoa pela qual a está a sofrer, mas também de quem a rodeia.

A World Health Organization (2021a) define a adolescência como uma das fases de transição de maior importância da vida humana, que compreende um período de crescimento e desenvolvimento que ocorre entre os 10 e 19 anos. A adolescência é, portanto, um período de transição muito próprio de crescimento e amadurecimento quer a nível físico, quer a nível cognitivo, psicológico e social. Corresponde a um período de preparação para a vida adulta, durante o qual ocorrem várias experiências críticas de desenvolvimento, nomeadamente a maturação física e sexual, a independência social e económica, o desenvolvimento da identidade e a aquisição de habilidades consideradas importantes no estabelecimento de relacionamentos adultos (Organización Mundial de la salud, 2021).

Os adolescentes experimentam, assim, um rápido crescimento físico, cognitivo e psicossocial, que afeta a forma como eles se sentem, pensam, tomam decisões e interagem com o mundo ao seu redor (World Health Organization, 2021a).

Neste encadeamento, Potter e Perry (2006) realçam que a adaptação a todas estas mudanças levam os adolescentes a desenvolver mecanismos individualizados de *coping* e comportamentos que vão continuar a usar ou adaptar ao longo da vida.

Importa, ainda, referir que os adolescentes na sua busca por novos desafios e experiências podem experimentar comportamentos de risco, por favorecem as relações entre os si e contribuir para o desenvolvimento da autonomia (Zappe et al., 2018). Estes comportamentos de riscos, podem ter como consequências, por exemplo, acidentes de viação, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e abuso de substâncias, sendo estas importantes causas de morbilidade na adolescência (Potter e Perry, 2006; Zappe et al., 2018).

Zappe et al. (2018) salientam que a experimentação de riscos na adolescência é um comportamento complexo e multifatorial intrinsecamente relacionado com o processo de desenvolvimento do adolescente. Neste contexto, estes autores destacam fatores que poderão levar à adoção de comportamentos de risco: sintomas depressivos e de hipomania, relações conflituosas com os pais, perceção de disfuncionalidade familiar, baixo apoio familiar (Zappe et al.,2018). Por outro, lado, Simões et al. (2006) identificaram como fatores protetores de comportamentos de risco: satisfação com a escola, relação positiva com os professores, aceitação entre os pares, proximidade familiar, intimidade, comunicação aberta e boa-relação com os pais.

Neste seguimento, podemos concluir que “(...) factores aliados à família, amigos, colegas e professores estão associados ao desenvolvimento de factores pessoais que inibem ou facilitam o envolvimento em comportamentos de risco” Simões et al. (2006:157).

4.1.2. Abuso de substâncias na adolescência: cannabis

A Cannabis é usada há aproximadamente 8 mil anos na China, na Índia e no Oriente Médio, devido às suas fibras e propriedades medicinais (Sadock et al. 2017). Estima-se, que cerca de 183 milhões de pessoas no mundo usaram a Cannabis em 2014, sendo uma das drogas mais usadas a nível global (UNODC, 2016). Segundo o SICAD (2021) os consumos de substâncias psicoativas, iniciam-se maioritariamente entre os 15-

24 anos, levando a consumos nocivos e abusivos, que por vezes evoluem em situações de dependência.

Em 2012, verificou-se que a prevalência do consumo de cannabis em Portugal foi de 9,4% numa população com idade compreendida entre os 15-64 anos, enquanto que numa população entre os 15-34 anos foi de 14,4%. Por outro lado, em 2016/17 a prevalência foi de 10,9% entre os 15-64 anos e de 14,9% entre os 15-34 anos (Balsa et al., 2017).

Assim, nos últimos anos, tem-se verificado um aumento do consumo de cannabis, com início na adolescência (SICAD, 2021). Um estudo aplicado em Portugal Continental (em 2019), sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas e outros comportamentos aditivos e dependências, a adolescentes (13-18 anos) em contexto escolar, evidenciou que a prevalência do consumo de cannabis, nos últimos 12 meses em que o estudo foi realizado foi superior a qualquer outra substância ilícita (SICAD, 2021).

A planta cannabis tem formas femininas e masculinas, sendo que a feminina tem maiores concentrações de 60 canabinóides (Sadock et al. 2017). Neste contexto, é da planta fêmea de cannabis sativa, que são obtidas geralmente as preparações de cannabis (WHO, 2016).

De acordo com *Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017)*, os canabinóides da cannabis com maior interesse são:

- tetrahydrocannabinol (THC) – responsável pela maioria dos efeitos psicoativos;
- canabidiol (CBD) – com propriedades antipsicóticas e inúmeras propriedades terapêuticas, representa 40% dos extratos da planta canábica. De salientar, que existe uma relação inversa com o THC, portanto quando os níveis de THC são elevados e de CBD são baixos;
- canabinol (CBN) – produzido como THC que envelhece e reparte-se, potencializa as qualidades de desorientação do THC.

A preparação da cannabis origina entre outros produtos a marijuana e o haxixe (Oliveira, 2014). A marijuana também conhecida por maconha, erva, bagulho, é proveniente das folhas, caules e botões secos da cannabis sativa (Alves, 2015). Apresenta THC entre 0,5-5,0% (Oliveira, 2014). Por outro lado o haxixe é obtido da resina seca dos botões das flores de cannabis e possui THC entre 2-20%. As sementes da cannabis não apresenta qualquer substância psicoativa (Oliveira, 2014).

De acordo com a American Psychiatric Association (2014) a cannabis é normalmente fumada, podendo se utilizar vários métodos, entre os quais, cachimbos (pipes), narguilés (bongs), cigarros (baseados, fininhos) ou, mais recentemente, no papel de charutos esvaziados (blunts). Recentemente, foram desenvolvidos aparelhos que permitem a sua vaporização, pelo que, tal como o fumar, produz um início mais rápido e a sua experiência e efeitos desejados mais intensos.

Para além disto, segundo Oliveira (2014), a cannabis pode ser ingerida sem ou com alimentos (por exemplo os *space cakes*), sendo que quando ingerida, os sintomas são mais tardios e de maior duração, é, ainda, necessário consumir uma dose superior (três a cinco vezes maior) comparativamente aos resultados do consumo de cannabis por inalação.

O consumo de drogas pode desencadear sintomas psiquiátricos ou uma doença mental crónica subjacente (Saraiva & Cerejeira, 2014). Nesta perspetiva, o consumo de cannabis aumenta o risco de a pessoa desenvolver uma esquizofrenia, se já houver por parte desta uma predisposição ou história familiar (Saraiva & Cerejeira, 2014). Para além disto, uma intoxicação por cannabis, pode precipitar em uma psicose com uma duração variável (American Psychiatric Association, 2014).

De salientar, que são as pessoas mais jovens em média com 24 anos que procuram tratamento para distúrbios relacionados ao consumo de cannabis (UNODC, 2016).

Neste encadeamento, a American Psychiatric Association (2014), definiu os seguintes diagnósticos associados ao consumo de cannabis: transtorno por uso de cannabis, intoxicação por cannabis, abstinência de cannabis, outros transtornos induzidos por cannabis e transtorno relacionado a cannabis não especificado.

O tratamento para o abuso de cannabis, é semelhante ao tratamento para outras substâncias e envolve a abstinência, o apoio e, em alguns casos, a administração de medicação ansiolítica para a redução a curto prazo dos sintomas relacionados com a abstinência (Sadock et al. 2017).

A abstinência de cannabis consiste numa interrupção abrupta do uso diário ou quase diário do consumo de cannabis resultando, frequentemente, no início de uma síndrome de abstinência da substância com sintomas comuns, entre os quais: irritabilidade, raiva ou agressividade, ansiedade, humor deprimido, inquietação, dificuldade em dormir e redução do apetite ou perda de peso (American Psychiatric

Association, 2014). Apesar disso, e de geralmente não ser tão grave como no caso da abstinência de álcool ou de opiáceos, pode causar um sofrimento significativo, um aumento da dificuldade em abandonar o consumo e de recaídas (American Psychiatric Association, 2014). Assim, abstinência pode ser conseguida apenas através de um internamento ou mediante exames à urina que detetam a presença de cannabis até quatro semanas após o uso (Sadock et al. 2017).

O apoio pode ser realizado através de intervenções psicoterapêuticas individuais, familiares e de grupo, esclarecendo dúvidas e fornecendo informações pertinentes (Sadock et al. 2017).

Importa, ainda, compreender, que uma pessoa que não esteja motivada e não compreenda o problema que enfrenta com o abuso de substância terá pouca motivação para abandonar os consumos (Sadock et al. 2017).

4.2. Avaliação Diagnóstica

A primeira entrevista foi realizada inicialmente apenas com o utente e em seguida com os seus pais, mas na sua presença. Foi explicado à família que poderiam pedir informações e apoio, mas que toda a informação seria fornecida na presença do utente António e se este o permitisse, dado este ser o foco dos cuidados e ser importante estabelecer uma relação baseada na confiança.

Esta primeira entrevista com a família e o utente, permitiu compreender a dinâmica da família, o que este utente e a família sabem sobre a situação, identificar as necessidades/problemas do utente, a sua motivação para o tratamento, os seus receios, expectativas, e, ainda, definir os objetivos do tratamento e dar a conhecer a instituição, os recursos disponíveis e o seu funcionamento.

Na entrevista apurou-se que o utente António (nome fictício), do sexo masculino, tem 15 anos e frequenta o 9ºano (está a repetir e há probabilidade de voltar a repetir). Os pais estão divorciados há cerca de 10 anos, mas apenas há 2 anos é que a custódia do utente começou a ser partilhada, por insistência deste. Anteriormente estaria à guarda da

mãe. Denota-se, no momento em que aborda o assunto, alguma tristeza, afirmando alguns conflitos entre os pais.

O utente recorreu ao CRI, por abuso de cannabis, sendo sinalizado por uma instituição que tem como área de atuação, crianças e jovens em risco, bem como as suas famílias. Segundo, o utente iniciou consumos de álcool e tabaco aos 13 anos, que abandonou aos 14 anos, iniciando o consumo de cannabis (fuma todos os dias desde outubro, cerca de 1gr). Quando o pai e a madrasta o encontraram uma vez a fumar cannabis, o pai falou com a sua mãe e pediram ajuda à instituição que já os acompanhava.

Como os pais e o utente, não conseguiram explicar o que levou concretamente a iniciar este acompanhamento pela instituição. Após a entrevista articulei-me com a instituição, e foi esclarecido que o acompanhamento aos pais e ao utente António iniciou-se em 2019, após referenciação da psicóloga do agrupamento da escola. Este acompanhamento visava trabalhar com eles em contexto de mediação familiar.

A mãe do utente trabalha a partir de casa, pelo que está maioritariamente em casa. Por sua vez, o pai, tem numa empresa de design industrial, trabalha várias horas e chega a casa na maior parte das vezes tarde.

O pai do utente encontra-se presentemente casado com uma mulher, que já tinha uma filha de um outro casamento que vive atualmente com eles. O utente refere que tem uma má relação com a madrasta, discutem muito e que por isso permanece maioritariamente no quarto, quando está em casa do pai. Com a filha da madrasta, tem uma relação fraca.

No que diz respeito ao teor das discussões que tem com a madrasta, o utente afirma que se devem ao facto de este fumar cannabis em casa e por não colaborar nas atividades domésticas.

Relativamente aos estilos parentais, apurou-se que os pais do utente António apresentam diferentes estilos, sendo a mãe a figura parental mais permissiva e que permite maior expressão de afetos, enquanto o pai assume um papel mais autoritário. No assunto do cannabis, o utente diz que o pai o compreende melhor por já ter consumido na sua adolescência, contrariamente à mãe que nunca teve consumos.

Para facilitar a visualização da estrutura interna desta família, foi criado um diagrama do grupo familiar que se designa por genograma (figura 1).

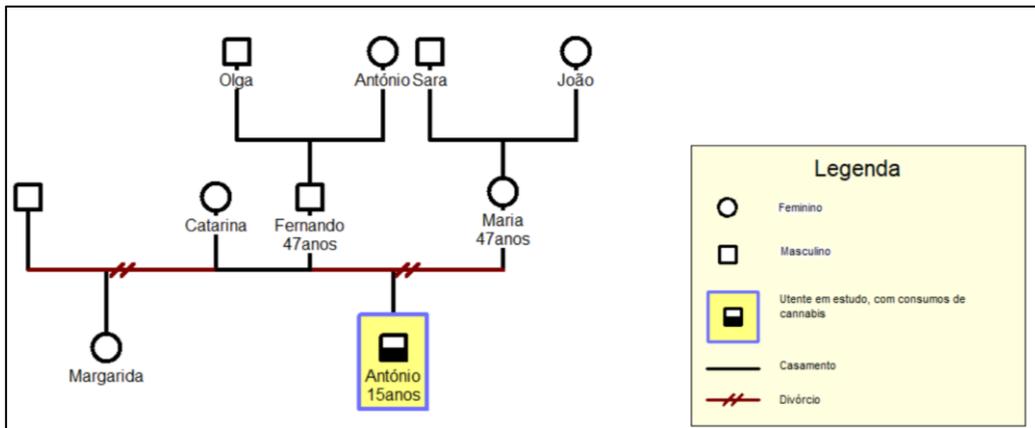


Figura 1 - Genograma do Utente António

O António iniciou, ainda uma relação amorosa há cerca de 6 meses com uma rapariga, da sua escola que tem 16 anos. Esta fuma cannabis esporadicamente, mas segundo este, esta disposta a deixar de fumar se ele o fizer, apoiando-o nesta decisão. O utente refere estar atualmente com alguns problemas com a namorada devido ao abuso de cannabis constante, porque deixa de sair com a namorada várias vezes para ficar em casa a fumar cannabis. A nível sexual, o utente refere que apenas teve relações sexuais com esta rapariga, e que, por vezes, não utilizam nenhum método contraceutivo.

Em relação à escola, em princípio irá repetir o 9º ano, diz não ter conflitos com ninguém na escola (alunos, e profissionais), mas também não tem relações próximas com ninguém na escola. Não pratica desporto para além das aulas de educação física e não tem atividades extracurriculares. Descreve-se como uma pessoa muito reservada, pelo que tem poucos amigos e raramente sai, novamente por preferir ficar em casa a fumar cannabis e a jogar.

Para facilitar a compreensão da estrutura externa da família elaborou-se um ecomapa, que consta na seguinte figura (figura 2).

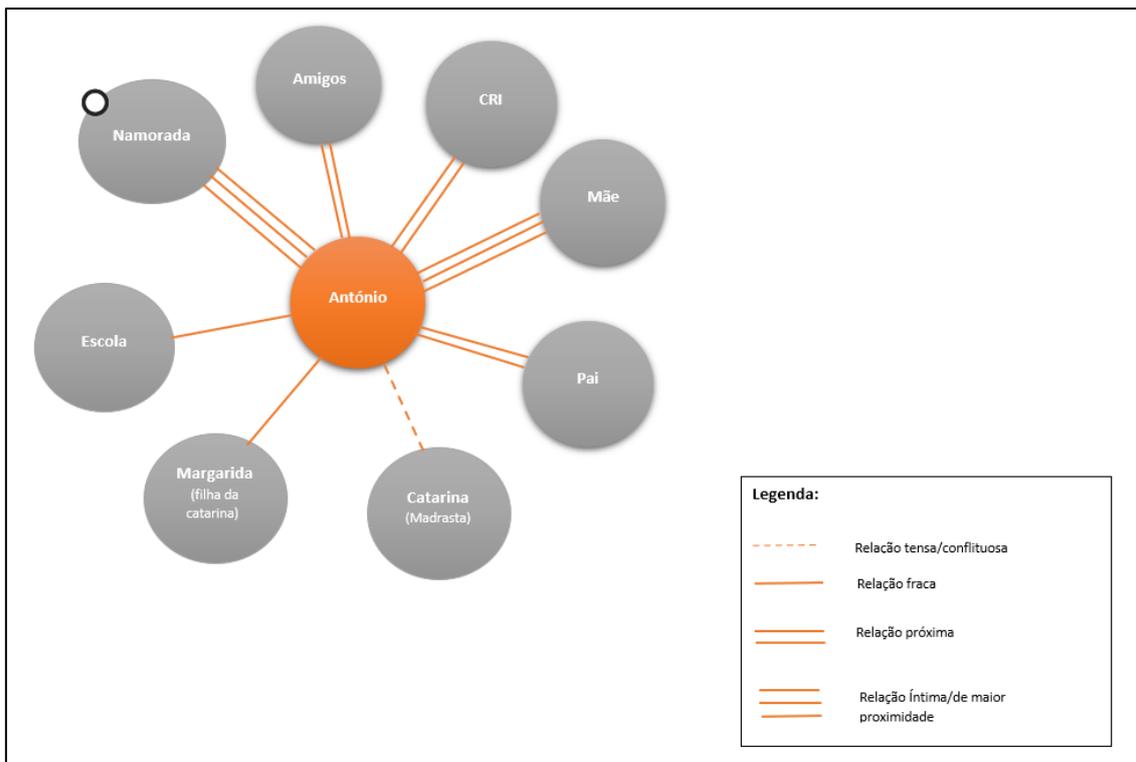


Figura 2 - Ecomapa do Utente António

O utente, ao longo do dialogo terapêutico, admite sentir que está a ficar dependente do consumo de cannabis, pois quando não fuma sente insónia, ansiedade, dificuldade em se concentrar e já desmaiou na escola há alguns meses - não comeu nesse dia, pois queria guardar o dinheiro da sua mesada para comprar cannabis. Refere, também, dificuldade em se concentrar e em memorizar (diz que se esquece das coisas), considerando estes como motivos para a repetição de ano letivo.

No entanto, apesar de tudo o que descreve, diz que gostaria de reduzir o consumo, pois gosta de se sentir extremamente relaxado.

A seguinte tabela corresponde a uma avaliação do estado mental do utente António. Esta avaliação deve de ser considerada como um instrumento fundamental na avaliação diagnóstica, na medida que permite “(...) detectar alterações da normalidade em várias áreas do funcionamento mental do indivíduo” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2017, p.3).

| Avaliação do Estado Mental | |
|--|---|
| Aparência | Aspeto cuidado e roupas adequadas à altura do ano e circunstância. |
| Estado de consciência/ Orientação | Vígil, orientado alo e auto psiquicamente. Não apresenta alterações do estado de consciência, e sem aparente alteração da vigilância e atenção. |
| Discurso | Em débito normal, lógico e coerente. Responde com frases curtas, mas quando se clarifica a questão acaba por aprofundar as temáticas. Utiliza linguagem adequada coincidente com o seu nível de escolaridade. |
| Postura | Ligeira tensão e postura retraída. |
| Expressão facial/Mimica | Tom de voz monocórdico, sem alteração ao nível do discurso. Sem dificuldade em manter contacto visual, contudo quando se aprofunda o diálogo, ocasionalmente evita o contacto visual (aparentemente nervoso em abordar determinados temas). Sem alteração da frequência ou ritmo respiratório. As mãos intercalam entre apoiadas nas pernas ou dentro dos bolsos. Ligeira sudorese e tremor nas mãos. |
| Humor | Hipotimico. |
| Emoções | Emoções congruentes com o humor. |
| Afetos | Sintónicos. |
| Cognição/Memória | Sem aparentes alterações da memória, demonstrando retenção adequada de acontecimentos passados. No entanto, utente refere dificuldade ao nível da concentração e da memorização (esquece-se do que dá nas aulas). |
| Pensamento | Sem alterações do curso, forma, posse ou conteúdo do pensamento. |
| Sensopercepção | Sem alterações. |
| Insight | Parcial. |

Tabela 2 - Avaliação do Estado Mental do Utente António

4.3. Planos Individual de Cuidados

Foco: Abuso de Substâncias: cannabis.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Abuso de Substâncias presente.

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar o abuso de drogas, através do teste de urina, e ainda da relação terapêutica estabelecida. Neste contexto, fundamental que nesta relação entre enfermeiro-utente, exista confiança e autenticidade para que o utente sinta que pode ser verdadeiro quanto ao consumo de drogas (consumiu ou tem interesse em consumir outro tipo de drogas, para além da cannabis) e a quantidade que consome (se aumentou ou diminuiu). No caso, em específico, o António negou ter consumido ou ter interesse por outro tipo de drogas;
- Executar entrevista motivacional;
- Executar intervenção psicoeducativa (Informar e esclarecer sobre os efeitos do consumo de cannabis, bem como o risco de dependência; capacitar para a gestão de sintomas durante a abstinência);
- Executar modificação do comportamento (por exemplo: encorajar a assumir que tem um problema relacionado com substâncias, apoiar na tomada de decisão relativamente ao pedido de ajuda, discutir a importância da abstinência e identificar o objetivo do tratamento mais adequado);
- Promover *coping* eficaz.

Resultados esperados: Abuso de Substâncias ausente ou diminuído.

Avaliação: O António compreende que tem um problema relacionado com o consumo constante de cannabis e reconhece as implicações que este consumo está a ter na sua vida, bem como a importância da abstinência. Utente na última entrevista terá reduzido os consumos de cannabis (2 charros por semana).

Foco: Ansiedade.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Ansiedade presente.

Intervenções de enfermagem:

- Executar apoio emocional;
- Ensinar sobre a ansiedade;
- Incentivar o utente a manter o sono e repouso adequado;
- Incentivar o utente a fazer exercício físico, no mínimo, três vezes por semana;
- Ensinar técnica de relaxamento progressivo de Jacobson (Não foi possível executar com a técnica, por não existir espaço físico para tal);
- Ensinar outras técnicas de relaxamento, como por exemplo, ouvir música, contar até 10 lentamente;
- Assistir o utente a identificar quais são os “gatilhos” da ansiedade;

Resultados esperados: Ansiedade diminuída ou ausente.

Avaliação: O utente refere redução do nível da ansiedade, após implementações das intervenções e das estratégias fornecidas.

Foco: Insónia.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Insónia presente.

Intervenções de enfermagem:

- Explicar a importância de um sono adequado;
- Explicar que a insónia pode ser um sintoma da abstinência;
- Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina ao deitar de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono (utente referiu jogar até de madrugada, mesmo em tempo de aulas);
- Ensinar sobre a importância de gerir o ambiente físico para a promoção do sono (ex. ruído, iluminação, temperatura);
- Evitar hiperestimulação sensorial (ex. filmes violentos ou estar ao telemóvel);
- Incentivar o utente a fazer exercício físico regular;
- Incentivar a realização de técnicas de relaxamento.

Resultados esperados: Insónia ausente.

Avaliação: Utente refere esforçar-se para estabelecer uma rotina de sono e sai para caminhar 3 vezes por semana. Realiza, ainda, a técnica de relaxamento progressivo que

segundo este o tem ajudado a relaxar e consecutivamente a descansar melhor. Refere, portanto, melhorias a nível da qualidade do sono e redução da insónia.

Foco: Isolamento social.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Isolamento social presente.

Intervenções de enfermagem:

- Encorajar o desenvolvimento de inter-relações;
- Incentivar a participação em atividades de grupo;
- Executar técnica de modificação comportamental;
- Orientar sobre comportamento interativo;
- Negociar um contrato terapêutico;
- Executar escuta ativa;
- Incentivar o contato social;

Resultados esperados: Isolamento social diminuído.

Avaliação: Congruentes com os resultados esperados, utente começou a sair 3 vezes por semana para caminhadas com a namorada, a mãe ou amigos mais próximos.

Foco: Comportamento sexual.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Comportamento sexual comprometido.

Intervenções de enfermagem:

- Executar intervenção de psicoeducação (Informar e esclarecer sobre doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e desmistificar mitos);
- Fornecer contactos de linhas de apoio gratuitas, anónimas e confidenciais;
- Encaminhar para profissionais de saúde especializados (consulta anónima de planeamento familiar - Instituto Português do Desporto e Juventude);
- Fornecer métodos contraceptivos disponíveis no CRI (preservativos) e esclarecer dúvidas sobre a sua colocação;

Resultados esperados: Comportamento sexual não comprometido.

Avaliação: Utente e a namorada marcaram uma consulta anónima para planeamento familiar. Relativamente, ao uso de preservativo refere que apesar de não gostar de usar compreende a necessidade, pelo que tem usado com maior frequência. Admite ainda que para tal contribuiu em muito o seu fornecimento de forma gratuita.

Foco: Processo familiar.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Processo Familiar comprometido.

Intervenções de enfermagem:

- Encorajar a expressão de sentimentos sobre a situação de abuso ou dependência de substâncias;
- Assistir membros da família para traçarem objetivos realistas e estratégias para os atingir;
- Facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos entre o utente e a família;
- Encorajar a manutenção de rotinas familiares, dentro do possível;
- Informar sobre o processo de cuidados;
- Apoiar a família;
- Informar sobre o abuso de cannabis;
- Orientar pais quanto à identificação de sinais e sintomas de abstinência

Resultados esperados: Processo familiar não comprometido ou melhorado.

Avaliação: Não foi possível avaliar corretamente o resultado das intervenções implementadas, na medida em que durante o período de estágio a família apenas se disponibilizou para um primeiro contacto. No entanto, do que se apurou com o utente António, foi importante principalmente para a mãe compreender e esclarecer as suas dúvidas sobre o consumo de cannabis, já que contrariamente ao pai, esta nunca tinha tido contacto com tal.

Para além disso, segundo o António, a mãe demonstrou-se mais compreensiva com a situação que ele está a vivenciar e compreende que ele está a fazer um esforço para abandonar os consumos.

Foram criadas rotinas, principalmente de sono, e o António em casa da mãe tornou-se um pouco mais colaborante nas rotinas de casa. Na casa de pai, refere manter o mesmo comportamento, permanecendo maioritariamente no quarto.

5. CASO CLÍNICO DO ESTÁGIO II

5.1. Avaliação Diagnóstica

O contacto inicial com o utente, foi realizado de forma individual, com o objetivo de garantir o seu consentimento na participação do projeto de intervenção e a sua concordância no envolvimento da sua família. Após este consentimento, realizou-se o primeiro contacto com a sua mãe (membro familiar mais próximo), na presença do utente, com o propósito de obter igualmente o seu consentimento na participação do projeto de intervenção, sendo-lhes expostos os objetivos do projeto de intervenção e reforçada a importância da sua participação não apenas a nível pessoal, mas também como contributo para um maior conhecimento relativamente à perturbação psicótica e consequente suporte para futuras intervenções com vista à melhoria da qualidade de vida e à reabilitação psicossocial da pessoa e da respetiva família.

Neste primeiro contacto, foi explicado, ainda, tanto ao utente como à sua mãe que os próximos encontros poderiam decorrer de forma conjunta ou individualmente, consoante as necessidades identificadas junto destes, neste sentido foi-lhes também dada a garantia de que toda a informação fornecida de forma individual só seria do conhecimento um do outro, se estes o permitissem e que esta relação se iria basear na confiança e no respeito.

Assim, a primeira entrevista de avaliação diagnóstica foi realizada individualmente, primeiro com o utente e depois com a sua mãe, sendo que esta permitiu não só recolher dados biográficos, como também outras informações pertinentes sobre a situação, tais como, compreender o conhecimento destes face à psicose e de que forma todo este processo de doença influenciou as suas vidas. Para além do já referido, possibilitou auscultar as suas preocupações, as estratégias que têm vindo a adotar, as suas expectativas face ao tratamento, identificar as suas necessidades/problemas e compreender a dinâmica familiar desta família. Foi, ainda, reforçada nesta primeira

entrevista a importância da confiança, da honestidade e da aliança terapêutica entre os vários elementos desta relação.

Durante a realização da entrevista, apurou-se que o utente Pedro (nome fictício), do sexo masculino, tem 24 anos, com o 12º ano de escolaridade, natural de outro país (ocultado nome, de forma a impossibilitar a identificação do utente), vive há poucos anos em Portugal. Trabalhava e vivia sozinho, mas desde o primeiro surto psicótico, que ocorreu há cerca de 1 ano e meio e desde então encontra-se com baixa médica (recebe subsídio por doença). Neste primeiro surto psicótico, o utente não terá dormido durante cerca de 3 meses, ouvia vozes constantemente e sentia vibrações e interferências no seu pensamento “como se as outras pessoas ouvissem o que eu estava a pensar”. Durante a entrevista, o utente referiu “eu já nem trabalhar ou sair de casa conseguia, ouvia vozes constantemente a dizerem coisas más sobre mim, sentia-me observado e cada vez mais ansioso, até que contei à minha mãe o que se passava e que já não conseguia mais aguentar tudo aquilo, estava num enorme sofrimento”. Perante esta situação, o utente terá juntamente com a sua mãe procurado ajuda médica, deixando também de viver sozinho e passando a viver com a sua mãe e o seu atual companheiro.

Presentemente, o utente continua a viver com a sua mãe, sai raramente de casa e mesmo em casa dá preferência ao isolamento. De acordo com a entrevista da mãe, o utente “está sempre no quarto ou a jogar ou na cama, se não for eu a obrigá-lo a sair da cama, fica lá sempre!”. Ao longo da entrevista com o utente, apresenta discurso de cariz delirante persecutório auto-referencial “as outras pessoas estão sempre a falar sobre mim”, refere ainda manter as alucinações auditivas e alude, igualmente, ao facto de sentir anedonia, avolia, de o seu padrão de sono estar diminuído e de se estar a sentir nos últimos tempos um aumento da ansiedade (como fator desencadeante, atribuiu o facto da demora do tratamento, afirmando “tenho necessidade de fumar mais tabaco e comer mais”). Neste sentido, também a mãe salienta que “tenho de lhe controlar o tabaco, só fuma o que lhe dou. Acorda durante a noite para comer”.

No que concerne ao consumo de substâncias, o utente menciona consumos de cannabis desde os 18 anos (iniciando consumo por curiosidade) até à data do primeiro surto psicótico, abandonando este consumo algum tempo após, salientando que apenas o fez devido à indicação médica e por grande insistência da sua mãe. Quando é abordado este assunto, o Pedro evidencia algum descontentamento e incompreensão afirmando

“quando fumava ficava mais relaxado, eu sei que o médico disse que a psicose pode estar relacionada com o consumo de cannabis, mas não entendo bem como, conheço muitas pessoas que fumam e fazem a sua vida, não têm nenhum problema”. Para além do consumo de cannabis, admite ter consumido na adolescência outras substâncias, como LSD, ecstasy e cocaína, mas que abandonou há vários anos estes consumos.

Com o abandono do consumo de cannabis, diz ter-se afastado de todos os amigos que tinha em Portugal, pois estes consumiam e influenciavam-no igualmente a consumir, conseqüentemente, refere sentir-se frequentemente sozinho. Em relação a este assunto, a mãe do utente refere durante a sua entrevista diagnóstica que foi obrigada a intervir junto dos amigos do Pedro, referindo-se a eles como “supostos amigos”, “eu disse-lhes que eles podiam continuar a visitar o Pedro, mas não era para fumarem ao pé dele ou influenciá-lo, disse-lhes ainda que o Pedro estava muito doente com esse consumo, mas eles não quiseram saber, tive de os expulsar de casa e ameaçá-los com polícia”.

Relativamente ao seu trabalho, o utente diz gostar do que faz, mas que não apresenta uma relação de proximidade com os colegas de trabalho, pelo que desde que colocou baixa não tem falado com eles, confessando mesmo ter receio e vergonha que eles saibam da sua doença. Já no que diz respeito ao seu país de origem, o utente afirma ter três amigos próximos com quem fala algumas vezes, mas que estes não sabem que ele teve um surto psicótico e nem da sua atual situação, pensam que ele está com uma depressão.

No decorrer da entrevista e respeitando os pressupostos da teoria de médio alcance do Prof. Dr. Manuel Lopes, questionou-se o utente Pedro e também a sua mãe sobre o que sabiam sobre a situação que se encontravam a viver, ao que o Pedro responde “sei que tenho uma doença psiquiátrica, que chamam de psicose e que é por isso que oiço as vozes e que também acredito que as pessoas falam de mim, mas às vezes tenho dúvidas disso, não sei se não me dizem isso só para me proteger”, já a sua mãe afirma “eu entendo que o meu filho tem uma doença psiquiátrica, o médico disse que esta pode ter sido desenvolvida e poderá ser agravada pelo consumo de cannabis”. Em relação ao que os preocupa, ambos responderam: o facto de o utente nunca mais ficar bom, a demora do tratamento e, ainda, a possibilidade de o utente não voltar a trabalhar e ter a sua independência. Quanto às estratégias que têm vindo a adotar, o utente e a sua mãe responderam realizarem algumas pesquisas na internet e que quando o Pedro teve o surto

psicótico, optaram por este passar a viver com a mãe e o seu companheiro, com o objetivo de o supervisionar e de lhe dar um maior apoio. Relativamente às expectativas face ao tratamento, estas prendem-se com a esperança de o Pedro ficar bom e regressar à vida que tinha anteriormente e conseqüentemente a sua mãe também. Neste contexto, a mãe do utente refere sentir como se a sua vida, neste momento, se encontrasse em suspenso.

No que diz respeito à família do utente, esta encontra-se maioritariamente noutros países, habitando em Portugal apenas a sua mãe e uma prima. Quando abordado sobre o relacionamento do utente com os seus pais, o utente afirma que tem uma relação inexistente com o pai biológico, que este nunca se interessou por ele. No entanto, quando era pequeno a sua mãe ter-se-á casado com um outro homem, sendo a este homem que reconhece como pai (Fernando, nome fictício) e com quem tem uma relação forte e de grande proximidade, apesar de este não viver em Portugal. Em relação à mãe (Joana, nome fictício), diz ter uma relação mais forte agora, pois a mãe tê-lo-á deixado com 7 anos, aos cuidados do seu pai Fernando para vir trabalhar para Portugal. Nesse momento, o utente mostra-se visivelmente desconfortável e, como tal, foi-lhe dado espaço para que pudesse expressar os seus sentimentos. Neste contexto, o utente refere sentimentos de ressentimento e abandono, apesar de saber que a mãe saiu do país para lhe dar melhores condições de vida e de o visitar algumas vezes.

No que diz respeito à restante família, o utente tem uma relação inexistente com os irmãos e família paterna, no entanto possui com as irmãs e restante família materna uma relação de proximidade. De salientar, a relação próxima que o utente tem com a prima que vive em Portugal e o seu importante contributo, na medida que é esta que acompanha o utente às consultas médicas, quando a mãe não pode comparecer.

Na entrevista com a mãe do utente, a sr.^a Joana (nome fictício), apurou-se além do já referido, que esta vive há vários anos em Portugal e que atualmente vive com o sr. Miguel (nome fictício), com quem mantém uma relação que considera estável, contudo salienta que este não quer e ela também permite a sua interferência nas decisões referentes ao filho. Neste contexto, o sr. Miguel não foi entrevistado e não colaborou no projeto de intervenção que foi desenvolvido com o utente Pedro e a sua mãe.

A sr. Joana afirmou que não tem um trabalho constante, trabalhando consoante o que vai arrançando, encontrando-se atualmente a trabalhar. Durante a entrevista, a mãe do utente apresenta labilidade emocional e choro fácil, refere “já não consigo aguentar mais

isto, está a ser muito difícil [referindo-se à doença do filho], não há um diagnóstico, estamos à espera de um exame [Ressonância do Crânio e um Eletroencefalograma] que nunca mais marcam. O Pedro está sempre a mudar de medicação, no início vi muitas diferenças, mas agora vejo poucas melhorias. Ele continua sem conseguir sair de casa, não vai ao supermercado, não faz nada, as tarefas domésticas só faz porque o obrigo. Toda esta situação está a afetar a minha vida, passo a vida preocupada com ele”. Denota-se ao longo da entrevista que o surgimento da psicose no utente teve um enorme impacto na vida sua mãe, que se sente sobrecarregada com todas as alterações que têm surgido.

Para facilitar a visualização da estrutura interna desta família e de outras informações pertinentes sobre os membros da família, foi elaborado o seguinte genograma (figura 3).

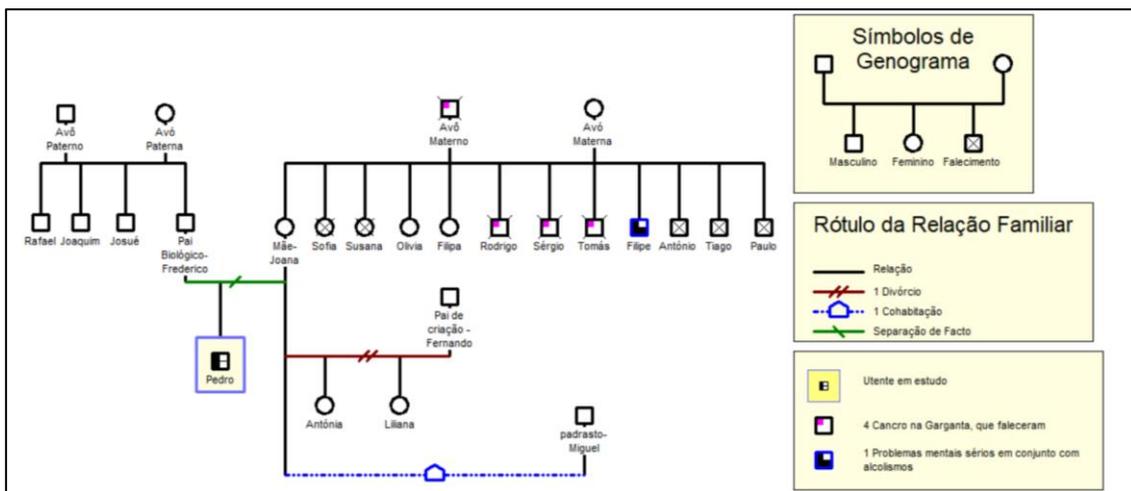


Figura 3- Genograma da família do utente Pedro

Para além, do genograma foi também elaborado o seguinte ecomapa, que permitirá uma melhor compreensão da estrutura externa da família em estudo (figura 4 e 5).

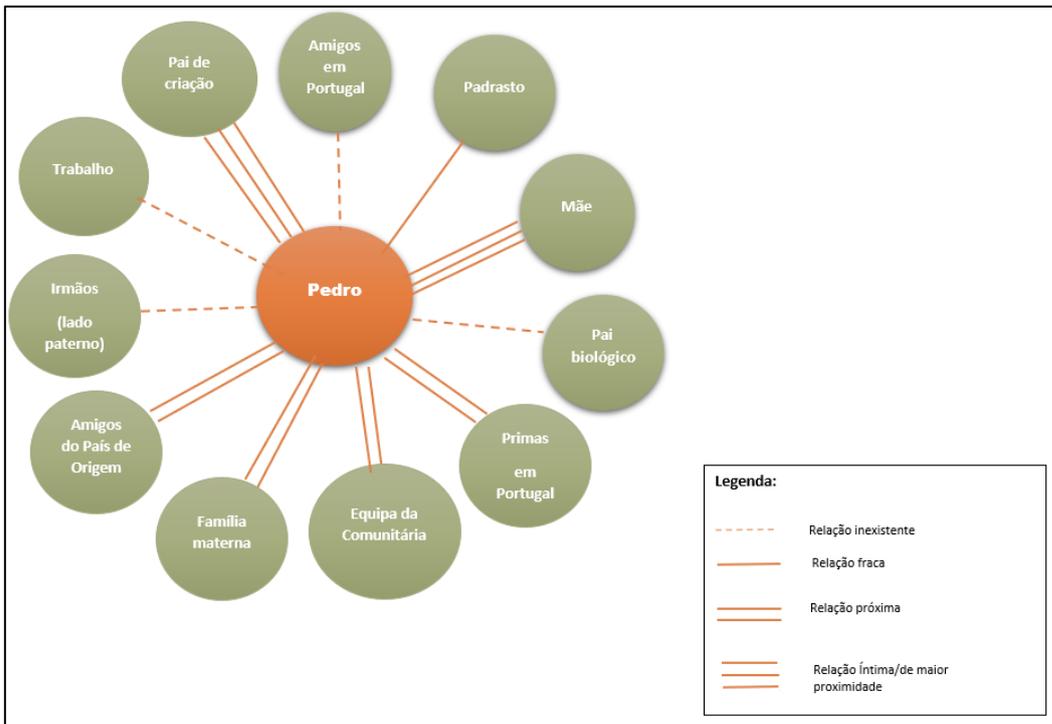


Figura 4 - Ecomapa do utente Pedro

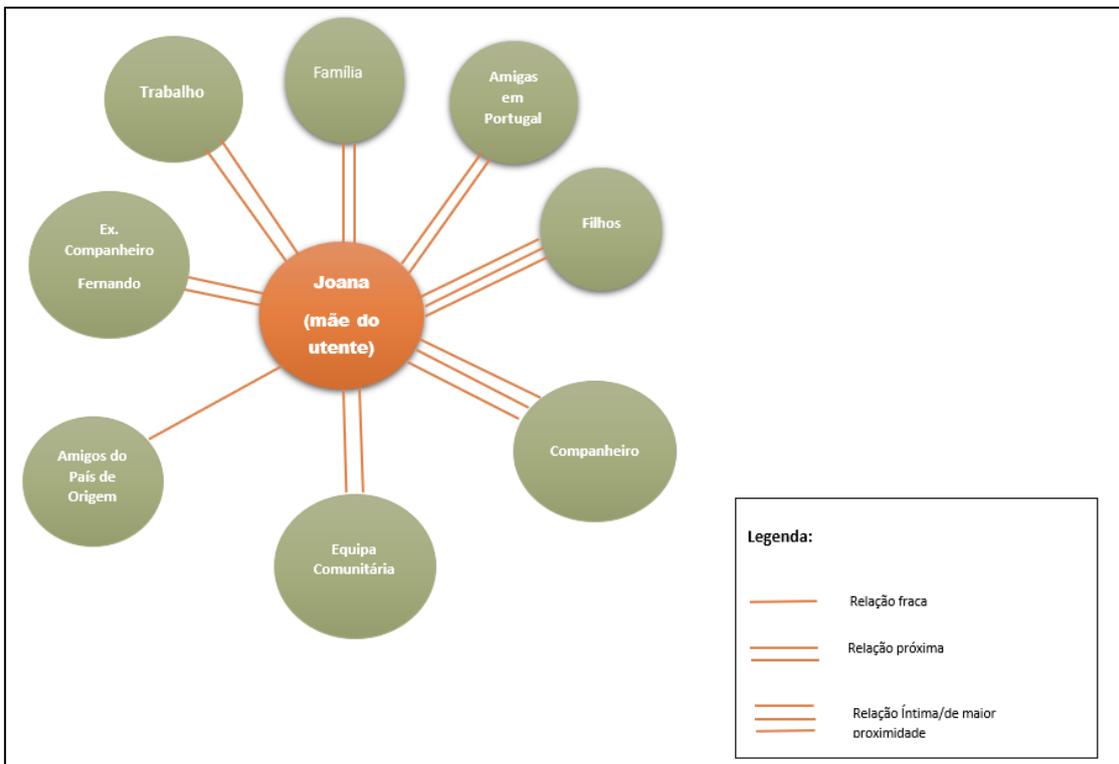


Figura 5- Ecomapa da Sr.ª Joana, mãe do utente Pedro

Importa, ainda, salientar que não foi possível realizar uma visita domiciliária ao utente, na medida em que as estas visitas pressupõem que o enfermeiro seja acompanhado por um outro membro da equipa interdisciplinar e que normalmente é um médico e/ou uma assistente social. Neste contexto, é preciso que as visitas sejam previamente organizadas, consoante a disponibilidade dos vários intervenientes, o que nem sempre é fácil. Para além disto, ou seja, a necessidade de recursos humanos, são igualmente essenciais outros recursos, nomeadamente a existência de um carro disponível, que durante o estágio, por vários fatores, não estava disponível. Assim, a realização das visitas domiciliárias implicavam a existência de uma justificação realmente plausível, como por exemplo, a não comparência do utente nas diversas consultas, alterações ao nível comportamental, alterações ao nível da higiene e vestir (roupas sujas, não adequadas para a estação do ano, falta de cuidados na higiene), entre outras. Tal não se verificou no utente Pedro, que foi a todas as consultas, apresentava um aspeto cuidado e foi-se notando ao longo de todo o processo de cuidados melhorias no seu estado clínico geral.

Apesar de não ser possível realizar a visita domiciliária, apurou-se com o utente e a sua mãe, que possuíam boas condições habitacionais. Saber se existem boas condições habitacionais e sanitárias (tais como, se existiam quartos suficientes, luminosidade suficiente, água potável, água quente) é fundamental pois estes e outros determinantes de saúde influenciam o plano terapêutico do utente e a sua adesão ao mesmo. Neste contexto, o enfermeiro, deve procurar conhecer, compreender e reconhecer os determinantes de saúde aquando do planeamento do seu plano de cuidados, intervindo de forma adequada em cada situação.

5.1.1. Avaliação do estado mental

A avaliação do estado mental dos utentes é um método de observação sistemática que permite a standardização da informação dos sinais e sintomas mas, numa perspetiva compreensiva da pessoa e das suas singularidades (Ordem dos Enfermeiros, 2017), sendo, por isso, como já referido anteriormente, um importante instrumento de avaliação

diagnóstica. Neste contexto, elaborou-se a seguinte tabela, que corresponde a uma avaliação do estado mental do utente Pedro.

| Avaliação do Estado Mental | |
|--|---|
| Aparência | Aspeto cuidado e roupas adequadas à altura do ano e circunstância. |
| Estado de consciência/ Orientação | Vígil, orientado alo e auto psiquicamente. Não apresenta alterações do estado de consciência e sem aparente alteração da vigilância e atenção. |
| Discurso | Em débito normal, lógico e coerente. Aprofunda o diálogo, quando lhe é pedido, mas por períodos mostra alguma renitência em fazê-lo. Utiliza linguagem adequada coincidente com o seu nível de escolaridade e adequada à situação |
| Postura | Postura ligeiramente tensa e retraída. |
| Expressão facial/Mimica | Tom de voz baixo, sem alteração ao nível do discurso. Apresenta dificuldade em manter contacto visual, olhando maioritariamente para a mesa ou para outros pontos no gabinete. Sem alteração da frequência ou ritmo respiratório. As mãos intercalam entre apoiadas nas pernas ou a tocar o bordo da mesa. Apresenta ligeira sudorese nas mãos. |
| Humor | Hipotímico |
| Emoções | Emoções congruentes com o humor. |
| Afetos | Sintónicos. |
| Cognição/Memória | Sem aparentes alterações da memória, demonstrando retenção adequada de acontecimentos passados. |
| Pensamento | Delírio persecutório de auto-referência |
| Sensoperceção | Alucinações auditivas |
| Insight | Presente |

Tabela 3 - Avaliação do Estado Mental do Utente Pedro

5.1.2. Medicação

A avaliação diagnóstica é um processo contínuo, como tal, verificou-se ao longo desta, que o utente organizava e tomava a medicação de forma autónoma, compreendendo a importância desta. Também a mãe do utente, na presença deste, afirmou que por vezes supervisiona a medicação, com o conhecimento do utente e que este tem vindo a cumprir de forma adequada a prescrição médica. Quando questionados, sobre se tinham dúvidas sobre a medicação ou algum sintoma associado a estes, tanto o utente como a mãe recusaram, explicando que o médico já tinha abordado esta temática.

Para além disto, foi-se comprovando ao longo da avaliação diagnóstica o conhecimento do utente e da mãe face à medicação e efeitos indesejáveis.

Atualmente, o utente Pedro tem a seguinte prescrição medicamentosa:

- Quetiapina 100mg (oral) – antipsicótico atípico;
- Brintellix (Vortioxetina) 20mg (oral) – antidepressivo;
- Clorpromazina 25 mg (oral) – antipsicótico típico;
- Rivotril (clonazepam) 2 mg (oral) – benzodiazepinas;
- Xeplion (Paliperidona) 150 mg (Intramuscular) de 30 em 30 dias – antipsicótico.

5.2. Plano Individual de Cuidados

Antes de iniciar o plano de cuidados do utente Pedro e da sua Mãe, é importante relembrar que os diagnósticos e intervenções implementadas não foram estruturadas previamente, estas resultaram sim de uma avaliação diagnóstica contínua.

Foco: Aceitação do estado de saúde.

Evidência: O utente Pedro refere: “sei que tenho uma doença psiquiátrica, que chamam de psicose e que é por isso que oiço as vozes e que também acredito que as pessoas falam de mim, mas às vezes tenho dúvidas disso, não sei se não me dizem isso só para me proteger (...) sei que não estou bem, mas tomo sempre a medicação, há mais de um ano,

e ainda não estou bom (...) quando fumava ficava mais relaxado, eu sei que o médico disse que a psicose pode estar relacionada com o consumo de cannabis, mas não entendo bem como. Conheço muitas pessoas que fumam e fazem a sua vida, não têm nenhum problema (...) não quero que as pessoas saibam o que eu tenho, os meus amigos pensam que tenho depressão (...) quero que as vozes acabem e que as pessoas deixem de comentar sobre mim, só assim vou voltar a fazer a minha vida” – Utente Pedro.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Aceitação do estado de saúde comprometido.

Intervenções de enfermagem:

- Estabelecer com o utente uma relação baseada na confiança;
- Avaliar o conhecimento do utente face ao seu estado de saúde;
- Executar psicoeducação sobre o seu estado de saúde (ensinar sobre a psicose, promover a desmistificação do estigma associado à psicose, ensinar sobre o consumo de cannabis, a sua relação com a psicose e ainda, elucidar como o seu consumo acentuaria os sintomas da doença);
- Avaliar o insight através da escala de Insight Marková e Berrios;
- Envolver o utente no processo de tomada de decisão;

Resultados esperados: Aceitação do estado de saúde melhorado.

Avaliação: No que diz respeito à aplicação da escala de avaliação de Insight de Marková e Berrios (1992), o utente, inicialmente, apresentava uma pontuação de 25 e, após intervenção, de 29 pontos. Sendo que a classificação máxima é 30 e significa o potencial máximo de insight, reconhece-se que neste parâmetro o utente apresentou melhorias, nomeadamente nos pontos 4, 11, 12 e 29. A reforçar este resultado, em diálogo com o utente, este referencia, ainda, já reconhecer os seus comportamentos aditivos como potenciadores de alterações do seu estado de saúde, nomeadamente da sua doença. Manifesta mais conhecimentos face à psicose, reconhece a importância da adesão terapêutica, bem como de ajustes necessários (ser adaptada a si e às suas necessidades ao longo do tempo). Compreende, também, a necessidade de realizar exames complementares para o seu diagnóstico e que este é construído longitudinalmente, com a recolha de informação clínica, porém não se demonstra focado em classificar a doença, mas em como intervir para aliviar a sua sintomatologia. Este seu foco de atenção,

manifesta-se agora como contrário ao que manifestava inicialmente. Assume assim, a complexidade do seu tratamento e a necessidade de intervenção de uma equipa interdisciplinar, de modo que possa melhorar a sua qualidade de vida.

Foco: Delírio.

Evidência: “As pessoas estão sempre a falar de mim (...) falam entre elas e olham para mim, estão sempre a observar-me”– Utente Pedro.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Delírio Presente (Persecutório de Autorreferência).

Intervenções de enfermagem:

- Manter um ambiente seguro;
- Executar escuta ativa;
- Executar intervenção psicoeducativa (informar sobre os fatores etiológicos do delírio; importância do cumprimento do regime terapêutico, mesmo na ausência da sintomatologia delirante; importância de adotar hábitos de vida saudáveis);
- Executar treino metacognitivo (módulo 6 - mudar crenças e módulo 5 – tomar decisões);
- Executar terapia cognitivo-comportamental (reestruturação cognitiva);
- Orientar para a crítica, evitar a hiperestimulação sensorial;
- Ensinar Técnicas de Distração (atividades recreativas ou de lazer que exijam distração, tais como ler, pintar mandalas ou outros desenhos, ver filmes, ouvir música e realizar exercícios físicos);
- Encorajar o utente a validar as suas crenças com pessoas de sua confiança (Utente Pedro acreditava que as pessoas estavam a falar dele);
- Avaliar delírio através da escala de avaliação PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales) no início da intervenção e no final, como avaliação complementar do diagnóstico e da sua evolução.

Resultados esperados: Delírio diminuído ou ausente.

Avaliação: Com aplicação inicial da subescala “delírios” da escala de avaliação PSYRATS, resultaram os seguintes *scores*: 4 na quantidade de preocupação, 4 na duração da preocupação, 3 na convicção, 3 na quantidade de angústia, 3 intensidade de angústia e 2 na disrupção. Posteriormente, com a segunda aplicação da mesma escala, de forma a avaliar os ganhos das intervenções de enfermagem especializadas, resultam os seguintes *scores*: 3 na quantidade de preocupação, 2 na duração da preocupação, 2 na convicção, 2 na quantidade de angústia, 2 intensidade de angústia e 2 na disrupção. Comparando os dois momentos de avaliação, evidenciam-se *scores* mais baixos em todos os parâmetros, com exceção do ponto “disrupção”. Estes resultados traduzem uma melhoria no âmbito geral das suas crenças e convicções delirantes, uma vez que *scores* mais baixos, evidenciam melhorias, ainda assim, no que respeita à disrupção, o *score* mantém-se igual pois o utente manifesta não conseguir manter todas as atividades sociais e familiares do dia-a-dia com regularidade e sem se sentir perturbado.

Após a execução de treino metacognitivo, reconhece que interpreta, por vezes, situações de forma errónea devido às suas convicções delirantes, levando-o a ter comportamentos e tomar decisões impulsivas. Refere que utiliza como estratégia de adaptação para lidar com o delírio persecutório de autorreferência, a reflexão e ponderação da veracidade das situações e, sempre que possível, valida com terceiros da sua confiança. Esta estratégia permite-lhe gerir melhor as suas emoções, sentimentos e pensamentos mais intensos, uma vez que os correlaciona com o surgimento de sintomas negativos da doença. Com a consciência desta correlação, adota técnicas de distração, tais como, ouvir música quando está sozinho e quando acompanhado tenta concentrar-se no diálogo com os pares, de modo a tentar abstrair-se e diminuir os estímulos.

No que diz respeito à adesão terapêutica, o utente manifesta sentir melhorias na intensidade da atividade delirante, comparativamente a períodos que não estava medicado.

Foco: Alucinação.

Evidência: “Oição vozes que falam de mim” – Utente Pedro.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Alucinação presente (auditiva).

Intervenções de enfermagem:

- Estabelecer uma relação interpessoal de confiança com o utente;
- Executar escuta ativa;
- Executar intervenção psicoeducativa (ensinar sobre a alucinação e os fatores precipitantes da alucinação e, ainda, sobre a importância do cumprimento do regime terapêutico, mesmo na ausência de atividade alucinatória, importância da diminuição da atividade e da estimulação sensorial);
- Executar terapia cognitivo-comportamental (reestruturação cognitiva);
- Ensinar Técnicas de Distração (atividades recreativas ou de lazer que exijam distração, tais como ler, pintar mandalas ou outros desenhos, ver filmes, ouvir música e realizar exercícios físicos);
- Encorajar o utente a validar as alucinações com pessoas de sua confiança (utente Pedro refere alucinações auditivas);
- Avaliar alucinações auditivas através da escala de avaliação PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales) no início da intervenção e no final, como avaliação complementar do diagnóstico e da sua evolução.

Resultados esperados: Alucinações diminuídas ou ausentes.

Avaliação: Com aplicação inicial da subescala “alucinação” da escala de avaliação PSYRATS, resultaram os seguintes *scores*: 4 na frequência, 4 na duração, 3 na localização, 1 no volume, 4 nas crenças na origem das vozes, 3 na quantidade de conteúdo negativo, 1 no grau do conteúdo negativo, 4 na quantidade de angústia, 4 na intensidade de angústia, 1 na disrupção e 3 no controlo. Posteriormente, com a segunda aplicação da mesma escala, de forma a avaliar os ganhos das intervenções de enfermagem especializadas, resultam os seguintes *scores*: 3 na frequência, 1 na duração, 1 na localização, 1 no volume, 2 nas crenças na origem das vozes, 1 na quantidade de conteúdo negativo, 1 no grau do conteúdo negativo, 3 na quantidade de angústia, 2 na intensidade de angústia, 1 na disrupção e 3 no controlo.

Comparando os dois momentos de avaliação, evidenciam-se *scores* mais baixos em todos os parâmetros, com exceção dos seguintes: “volume”, “grau do conteúdo negativo”, “disrupção” e “controlo”, que mantêm os *scores*. Estes resultados, traduzem uma

melhoria geral na vivência das alucinações, uma vez que os *scores* baixaram. Ainda assim, no que respeita aos pontos em que o *score* se mantém igual significa que o utente mantém a percepção das mesmas. Ao recair sobre estes pontos, considera-se que estes estão relacionados com a interpretação da forma como o utente as sente, principalmente no domínio da influência e do controlo que têm sobre si. Existem ganhos ao nível da crítica e das crenças, menos demarcadas, pelos ensinamentos e pela utilização de estratégias de adaptação e distração a que recorre, para melhor gerir as alucinações.

Salienta-se ainda, o facto de o utente reconhecer as diferenças no dinamismo das suas alucinações, considerando a adesão ao regime terapêutico como ponto fulcral da sua melhoria.

Foco: Ansiedade.

Evidência: “sinto-me muito ansioso, estou sempre a pensar que nunca mais vou ficar bom (...) aumentei o consumo de tabaco, acordo durante a noite só para comer e fumar (...) sinto-me ansioso quando estou em locais com outras pessoas, sinto-me observado, quando vou ao café por exemplo, vou lá só para comprar tabaco rapidamente (...) sinto-me nervoso porque a minha mãe quer que eu volte para junto do meu pai, mas eu quero ficar em Portugal com ela” – Utente Pedro.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Ansiedade moderada.

Intervenções de enfermagem:

- Usar uma abordagem calma e segura;
- Executar escuta ativa;
- Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos;
- Incentivar a expressão de sentimentos junto da família;
- Orientar sobre estratégias de redução de ansiedade (tais como, incentivar o utente a manter um sono e repouso adequados, manter uma ingestão nutricional adequada, realizar exercício físico com frequência e ensinar técnicas de distração, bem como assistir o utente na identificação quais são os “gatilhos” da ansiedade);
- Executar relação de ajuda;

- Executar relaxamento (ex. incentivar o utente a respirar fundo e contar até 10, ensinar técnicas de relaxamento respiratório);
- Avaliar eficácia da terapêutica;
- Executar escala de avaliação da ansiedade de Hamilton.

Resultados esperados: Ansiedade diminuída ou ausente.

Avaliação: Quando aplicada a escala de avaliação da ansiedade de Hamilton, numa fase inicial, obteve-se um *score* de 24 pontos constando-se, desta forma, que o utente Pedro apresentava ansiedade moderada, considerando que *scores* abaixo de 18 indicam ansiedade leve, *scores* entre 18 e 24 ansiedade moderada e *scores* acima de 25 ansiedade grave. Numa segunda aplicação desta escala, obteve-se um *score* de 12 pontos, o que demonstra evidentes ganhos de saúde com a implementação das intervenções especializadas. A comparação das duas avaliações e a disparidade de valores evidencia, portanto, uma diminuição significativa da ansiedade para leve. Esta diminuição da ansiedade, foi também passível de observação nos diversos encontros com o utente, já que este foi adotando uma postura cada vez mais descontraída.

Considera-se esta diminuição de *score* na avaliação da ansiedade uma consequência da implementação de intervenções de enfermagem especializadas e do ajuste do regime medicamentoso. O utente reconhece gerir a ansiedade através das técnicas de distração e das estratégias de redução da ansiedade ensinadas. Também a redução do dinamismo das alucinações auditivas e da demarcação das convicções/crenças delirantes se interrelacionam com a diminuição da ansiedade.

Realça-se, ainda, que o utente no início apresentava uma postura mais passiva para com a mãe, por se sentir dependente desta. Atualmente, apresenta uma maior facilidade em expressar os seus sentimentos, pensamentos e emoções junto da mãe, o que também em muito terá contribuído para a redução da sua ansiedade.

Foco: Isolamento Social.

Evidência: “quase não saio de casa, pois não consigo estar com outras pessoas, nem mesmo em almoços com a minha família [refere-se às primas que vivem em Portugal] (...) só me sinto bem no meu quarto” – Utente Pedro.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Isolamento social presente.

Intervenções de enfermagem:

- Encorajar o desenvolvimento de inter-relações;
- Incentivar a participação em atividades de grupo;
- Executar técnica de modificação comportamental;
- Orientar sobre comportamento interativo;
- Negociar um contrato terapêutico;
- Executar escuta ativa;
- Incentivar o contato social;
- Encorajar a pessoa a mudar de ambiente, como sair para caminhadas.

Resultados esperados: Isolamento social diminuído ou ausente.

Avaliação: Inicialmente, o utente saía de casa apenas para comprar tabaco, escolhia as horas de menor afluência, entrando e saindo rapidamente. Esteve também inscrito num ginásio, mas desistiu após poucos dias por se sentir desconfortável, não conseguindo gerir o aumento da ansiedade e concentrar-se nos exercícios. Com a implementação das intervenções de enfermagem especializadas, constataram-se melhorias graduais. Numa fase inicial, o utente realizava caminhadas três vezes por semana acompanhado por alguém da sua confiança (mãe e prima). Seguidamente, passou a realizar caminhadas diárias, sendo que uma a duas vezes realizava-as sozinho recorrendo às técnicas de distração ensinadas. Mais tarde, começou a caminhar mais frequentemente de forma independente. Na fase seguinte, para além das caminhadas, começou a ir ao café onde já comprava tabaco pelo menos duas a três vezes ao café para comer algo, primeiro na companhia de pessoas da sua confiança e depois conseguiu ficar sozinho a comer. Por último, inscreveu-se nas aulas de código, às quais ia pelo menos 2 vezes por semana. De sublinhar que estes ganhos em saúde se relacionam também com as intervenções especializadas implementadas na redução do dinamismo das alucinações auditiva, na demarcação das convicções/crenças delirantes e na diminuição da ansiedade do utente.

Foco: Autoestima.

Evidência: “eu sou um inútil” – Utente Pedro.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Autoestima do utente baixa.

Intervenções de enfermagem:

- Executar apoio emocional;
- Executar treino metacognitivo (módulo 10 - autoestima);
- Executar reestruturação cognitiva;
- Executar intervenções de promoção da autoestima (como por exemplo, encorajar o utente a identificar as suas forças, assistir o utente na definição de metas realistas que permitam aumentar a sua autoestima, transmitir confiança na capacidade de o utente lidar com a situação, realizar verbalizações positivas acerca do utente ou elogiar os progressos do utente em direção às suas metas).

Resultados esperados: Autoestima do utente aumentada.

Avaliação: O utente manifesta melhorias neste campo, reconhecendo algumas qualidades em si. Apresenta-se ainda mais assertivo na relação com a mãe, expondo a sua opinião e sentimentos, mesmo estes sendo contrários aos dela. Sente-se mais capaz de executar as suas metas, como tirar a carta de condução.

Foco: Insónia.

Evidência: “tenho dificuldade em adormecer (...) durmo cerca de 6h, mas acordo 2 ou 3 vezes durante a noite (...) durmo às vezes uma sesta” – Utente Pedro.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Insónia presente.

Intervenções de enfermagem:

- Determinar o padrão de sono/vigília do doente;
- Executar intervenção psicoeducativa (ensinar sobre a importância de manter um sono adequado, de promover um ciclo circadiano adequado e ainda sobre a adoção de hábitos de vida saudáveis);
- Avaliar eficácia da terapêutica;

- Ensinar o utente a adaptar o ambiente para promover o sono (ex. ruído, iluminação, temperatura);
- Incentivar o utente a estabelecer uma rotina ao deitar de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono.
- Incentivar o utente a evitar hiperestimulação sensorial (ex. filmes violentos ou estar ao telemóvel);
- Incentivar o utente a fazer exercício físico regular;
- Incentivar a realização de técnicas de relaxamento.

Resultados esperados: Insónia ausente.

Avaliação: O utente alega apresentar melhorias ao nível do sono, destacando que se esforça para manter uma rotina de sono e adotar as estratégias ensinadas. Atualmente, deita-se cerca das 21h e levanta-se às 7h, dorme de forma contínua, sendo o sono repousante. Ressalva, ainda, a gestão da ansiedade como um fator essencial na melhoria da qualidade do seu sono.

Foco: Aceitação do estado de saúde.

Evidência: “não compreendo porque ele acha sempre que as pessoas estão a falar dele, estou-lhe sempre a dizer que não estão (...) ele está sempre sem ânimo para fazer alguma coisa e não quer sair de casa (...) queria saber qual é o seu diagnóstico, não é possível fazer um teste genético (...) ele não faz nada para melhorar, se não for eu a obrigar ele nem ajudava em casa” (SIC) – Joana, mãe do utente.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Aceitação do estado de saúde do utente pela mãe diminuído.

Intervenções de enfermagem:

- Estabelecer com a família uma relação baseada na confiança;
- Avaliar conhecimento da família sobre a doença;

- Executar psicoeducação sobre a psicose (ensinar sobre a psicose, promover a desmistificação do estigma associado à psicose, ensinar sobre sinais de recaídas e a importância de o utente adotar hábitos de vida saudáveis);
- Apoiar a família;
- Promover o envolvimento familiar;
- Facilitar o entendimento familiar acerca dos aspetos da doença.

Resultados esperados: Aceitação do estado de saúde do utente pela mãe aumentado.

Avaliação: Mãe do utente compreende em que consiste a psicose, a sintomatologia associada e reconhece os sinais de recaídas. Orienta o filho no sentido de adotar hábitos de vida saudáveis, como dormir apenas no período noturno. Acompanha e incentiva o filho a realizar caminhadas diárias.

Apresenta maior abertura para falar sobre a doença mental com outras pessoas fora do seio familiar, referindo ter uma amiga e que esta tem um filho com esquizofrenia e que tem vindo a trocar informação disponibilizada com ela. Identifica, ainda, um irmão com esquizofrenia e consumos excessivos de álcool, de quem antes não tinha falado.

5.3. Representação Gráfica dos Ganhos em Saúde

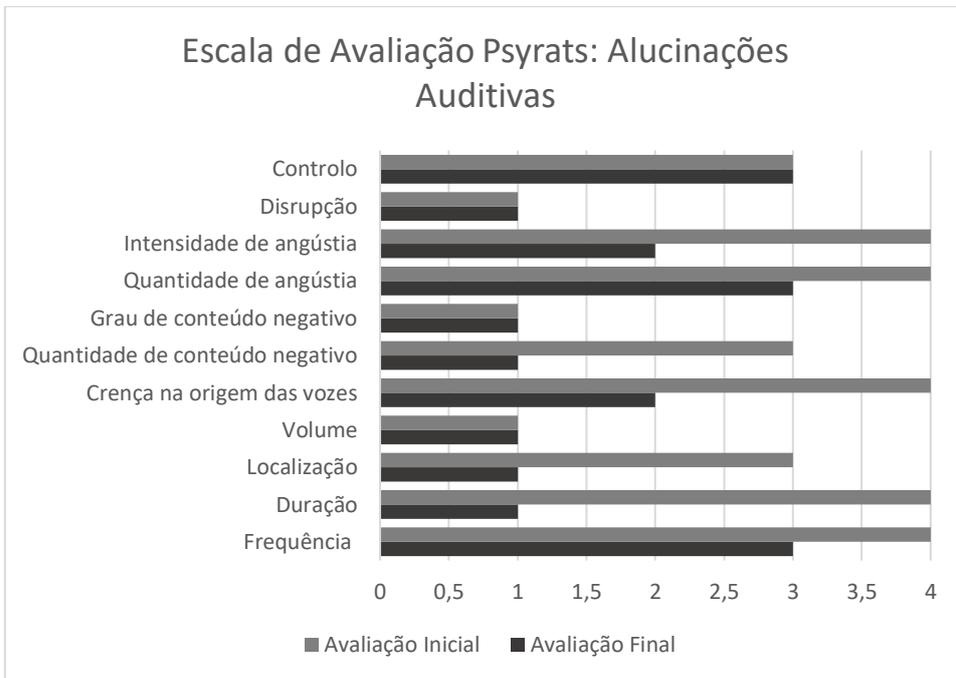


Gráfico 1 - Escala de Avaliação Psyrats: Alucinações

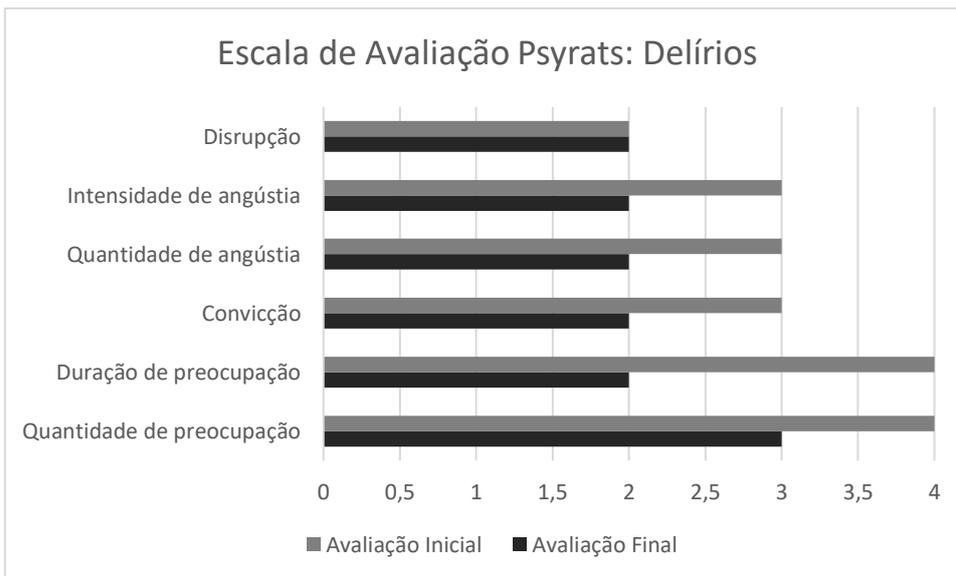


Gráfico 2 - Escala de Avaliação Psyrats: Delírios

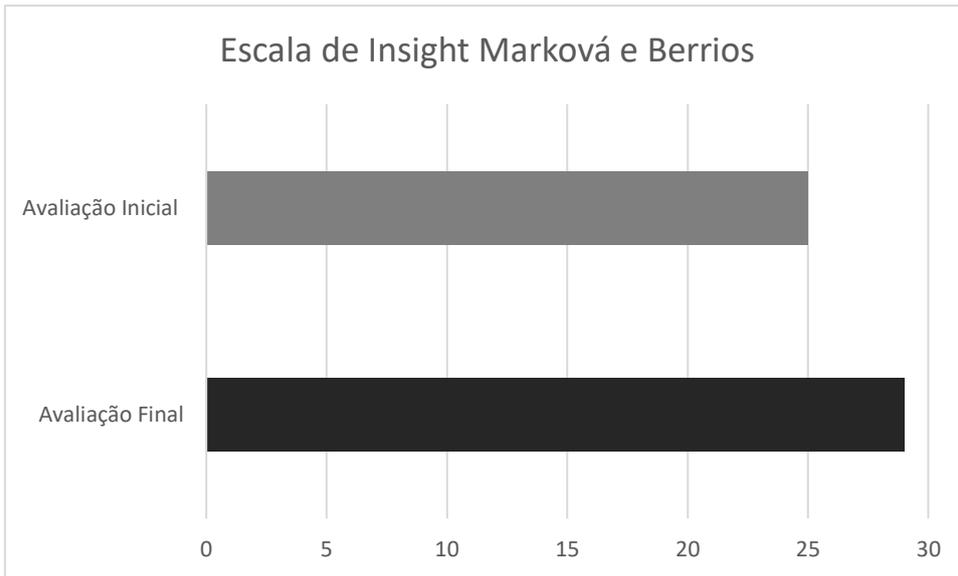


Gráfico 3 - Escala de Insight Marková e Berrios

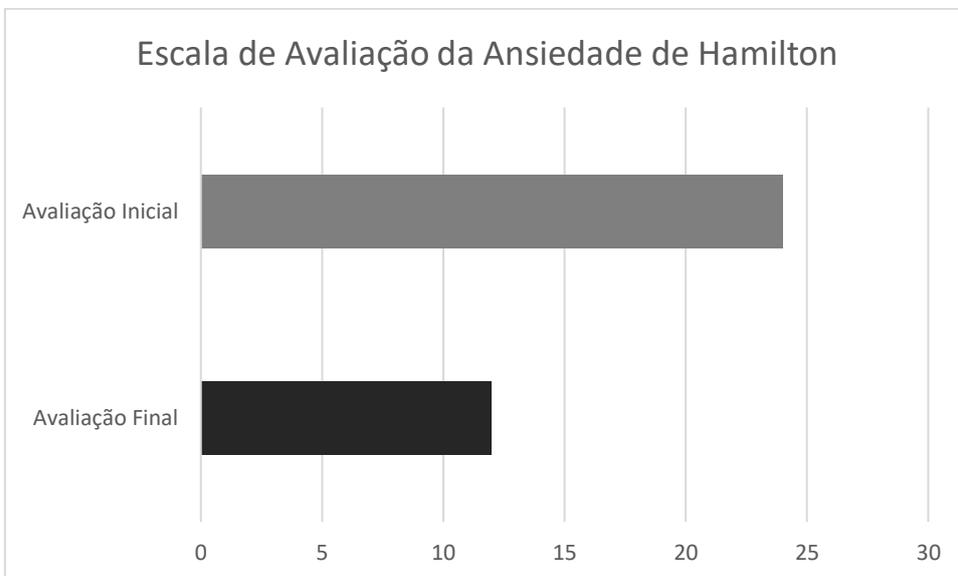


Gráfico 4 - Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton

6. ATIVIDADES FORMATIVAS REALIZADAS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O enfermeiro especialista deve basear a sua prática profissional na evidência científica (Regulamento n.º 140/2019). Portanto, para que o processo de cuidados seja devidamente fundamentado, especializado e individualizado, é fundamental que o enfermeiro especialista procure novo conhecimento, mas que também contribua na sua divulgação e na formação de outros profissionais de saúde. Neste contexto, com o intuito de aprofundar conhecimentos na área da saúde mental e psiquiátrica, e dar igualmente resposta às competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi elaborada, ao longo deste caminho académico, uma revisão sistemática da literatura (em conjunto com outros colegas) com o tema “*Burnout* nos enfermeiros durante a pandemia COVID-19” e posteriormente apresentada em comunicação livre no III Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e Saúde sobre a temática Epidemias: uma análise interdisciplinar.

Participámos, também, como formandos no Curso de Treino Metacognitivo na Psicose e Depressão, organizado pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e pelo *Comprehensive Health Research Centre* (CHRC), e participámos no XV Congresso Nacional de Psiquiatria – Vulnerabilidade, stress e estratégias de mudança.

Merece, ainda, referência a nossa participação em webinários promovidos pela Ordem dos Enfermeiros, com os temas “Enfermagem de Saúde Mental na Abordagem à Pessoa Vítima de Violência Doméstica”, “Saúde Mental na Criança e no Adolescente” e “Enfermagem de Saúde Mental na Abordagem à Pessoa em Fim de Vida”.

Assim, em jeito de balanço final, consideramos que o caminho percorrido trouxe consigo não apenas uma enorme riqueza ao nível do conhecimento prático adquirido, como também um maior interesse neste processo contínuo e na sua partilha.

7. UM OLHAR REFLEXIVO SOBRE O CAMINHO PERCORRIDO NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Um olhar retrospectivo e, simultaneamente, (auto)reflexivo sobre o percurso que nos conduziu a este momento permite-nos concluir que as expectativas iniciais foram, claramente, superadas quer em termos do seu impacto a nível pessoal, quer profissional. De facto, constatamos que este foi um caminho que não se cingiu a uma “mera” procura de conhecimentos (o que, naturalmente, já é significativo), mas que compreendeu todo um processo de crescimento, de autoconhecimento e de amadurecimento pessoal e profissional.

Concretamente, o mestrado de saúde mental e psiquiátrica possibilitou o desenvolvimento das seguintes competências: **competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica**, que constam no Regulamento nº515/2018, publicado em Diário da República nº 151/2018, Série II de 2018-08-07; **competências comuns do enfermeiro especialista** que se encontram compreendidas no Regulamento nº 140/2019, publicado em Diário da República nº 26/2019, Série II de 2019-02-06 e **competências de mestre** previstas no Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16.

Tomando por referência essas competências para esta análise em termos desenvolvimentais, salienta-se que o desenvolvimento do autoconhecimento se enquadra no âmbito da primeira competência específica do enfermeiro especialista em saúde mental. Sendo o autoconhecimento um processo, caracteriza-se, também, pela sua continuidade e evolução, logo, uma experiência tão rica como este mestrado, teve impacto não apenas sobre o que conhecemos sobre nós mesmos durante esse período demarcado temporalmente, mas também em termos futuros.

O autoconhecimento, em termos genéricos, permite-nos conhecer mais sobre nós próprios, e esse conhecimento conduz à possibilidade de entendermos o mundo sob um outro prisma (pelo menos mais rico porque há uma predisposição para conhecê-lo mais

profundamente). Conseqüentemente, a forma como interagimos com as pessoas à nossa volta também é objeto de mudança.

A percepção da relação íntima entre o eu interior e o que nos é externo é validada por vários filósofos que “trazem” da Antigüidade esta preocupação em nos conhecermos a nós mesmos como condição para melhor conhecermos o mundo à nossa volta. Um bom exemplo da importância desse autoconhecimento é ilustrada, por exemplo, pela máxima inscrita em latim na entrada do Templo de Delfos (construído em homenagem ao Deus Apolo), designadamente, “*NOSCE TE IPSVM*”, cujo significado em português é “conheça você mesmo”. Esta máxima está, em nossa opinião, intimamente relacionada com o autoconhecimento, com a consciência de si mesmo enquanto enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e enquanto pessoa.

Os nossos sentimentos, crenças, valores, pensamentos, comportamentos e limites podem interferir na relação terapêutica que estabelecemos com o Outro, pelo que importa que os saibamos aceitar e aprendamos a geri-los de forma equilibrada. Esta tomada de consciência, durante o percurso deste mestrado, foi fundamental, na medida em que nos permitiu identificar as armadilhas do nosso pensamento e desamarrar as amarras por nós criadas, resultantes de experiências vividas e criadas como forma de autodefesa perante as diversas situações do nosso quotidiano.

Phaneuf (2005), a propósito da relação entre o autoconhecimento e a sua implicação na relação terapêutica, salienta que os enfermeiros que possuem sensibilidade para reconhecer as suas emoções e sentimentos, estão também mais abertos a reconhecer e aceitar as emoções dos outros, o que lhes permite manifestar empatia e proceder de maneira a que o Outro se sinta compreendido.

Enquanto enfermeiros, devemos estar conscientes da unicidade e singularidade de cada pessoa, traduzida em crenças, valores e vulnerabilidades próprias, bem como da influência mútua do contexto em que se insere. Portanto, todo o processo de saúde-doença é vivido de forma única e, como tal, cada pessoa necessita de cuidados de enfermagem especializados e individuais que tenham em conta a especificidade das suas necessidades.

Em consonância com o anteriormente referido, foram elaborados planos de cuidados individualizados, com intervenções especializadas assentes numa abordagem compreensiva e holística, centrada na pessoa, ao longo dos estágios I e final.

Durante esses estágios, foram estabelecidas relações de parceria com os utentes e as respetivas famílias, com o intuito de compreender que impacto o processo de saúde-doença teve na qualidade de vida da pessoa, nomeadamente ao nível da sua autonomia e funcionalidade, e ainda, no contexto (familiar e comunitário) em que se inseria. Estas relações de parceria, alicerçadas no respeito e na confiança mútua (enfermeiro-utente-família), possibilitou que os utentes e as famílias tivessem uma voz ativa ao longo do processo de cuidados, contribuindo para que o utente aumentasse o seu insight e a sua adesão ao regime terapêutico. Salienta-se, ainda, a relevância de o enfermeiro especialista promover o envolvimento da família no processo de cuidados, dados os seus benefícios na promoção da qualidade de vida e saúde mental de toda a família, bem como pelo seu contributo positivo na reabilitação do utente, quando capacitada para lidar com a situação em que se encontram.

É de realçar que as intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, implementadas ao longo dos estágios, foram adaptadas e mobilizadas, de acordo com o ciclo de vida da pessoa e respetiva família, por exemplo, ao longo dos estágios intervimos com pessoas de diferentes faixas etárias, com diferentes vivências e níveis de escolaridade, pelo que as intervenções e a forma de as implementar tiveram de ser adaptadas a cada pessoa.

Quando iniciámos os estágios, por sermos novos na equipa e desconhecidos, os utentes apresentavam como é natural uma postura algo desconfiada, não confiando em nós para nos procurar e mostrando alguma renitência em apresentar as suas necessidades na nossa presença (não podemos também esquecer que alguns desses utentes adotavam uma postura mais desconfiada, como consequência da patologia que os acometia). De facto, a maioria dos utentes e famílias estavam a ser acompanhados pelos enfermeiros, existindo já uma relação de confiança entre eles. Só com o tempo e o nosso comportamento com eles é que conseguimos estabelecer relações de parcerias, levando a que nos procurassem cada vez mais, por se sentirem respeitados e nos considerarem merecedores da sua confiança.

Ainda a propósito do referido e tendo por referência as competências comuns de enfermeiro especialista e o seu desenvolvimento, devemos também evidenciar o facto de toda a nossa prática profissional se ter regido com base no Código Deontológico dos Enfermeiros e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE),

respeitando ainda a Declaração universal dos direitos humanos, bem como a Carta dos direitos e deveres do doente.

Também no âmbito das mudanças que ocorreram ao longo deste percurso, salientamos aquelas que ocorreram com a própria equipa interdisciplinar que integrámos, na medida em que inicialmente procuravam, em exclusivo, a enfermeira orientadora para transmitir qualquer informação acerca dos utentes. Com o passar do tempo, conquistámos o nosso lugar nestas equipas e passámos a ser reconhecidos como elementos integrantes da mesma e esta relação de confiança levou a que nos passassem a transmitir essas informações e que valorizassem a nossa opinião relativamente aos utentes. Começámos, assim, a participar de forma ativa nas reuniões de equipa.

Ao longo dos estágios, foi necessária a nossa articulação quer com toda uma equipa interdisciplinar (comunitária e de internamento) que acompanhava os utentes, quer com equipas externas aos locais onde integrámos os estágios, como por exemplo, no caso do utente António, em que tivemos de contactar uma instituição que já o acompanhava, para uma melhor compreensão da situação vivida por ele, mas também para explicar em que consistia o nosso acompanhamento.

A comunicação desenvolvida quer com o utente, quer com as famílias e as equipas, implicou o desenvolvimento de competências comunicacionais fundamentais de enfermeiros especialistas, designadamente na resolução de problemas e na gestão de emoções. Conforme defende Campos (2017), são estas competências que tornam os enfermeiros especialistas elementos centrais na comunicação entre os diferentes elementos das equipas multidisciplinares, sendo valorizada, pelos diversos elementos da equipa, a sua participação na tomada de decisão. Para além disto, a comunicação é considerada como uma ferramenta terapêutica, que influencia o relacionamento interpessoal (enfermeiro-utente) e que faz com que o Outro se sinta compreendido e “acolhido” (idem).

A realização dos estágios significou também uma maior consciência da realidade que as pessoas com doença mental e respetivas famílias vivenciam, bem como o estigma e o preconceito a que muitas vezes estão sujeitas. Neste contexto, Palha e Palha (2016) referem que o investimento na literacia das populações em saúde mental é basilar, como forma de combate aos preconceitos e estigmas que existem, permitindo que as pessoas procurem ajuda precocemente e recebam um tratamento adequado, tal como acontece nas

doenças físicas. Assim, enquanto futuros enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, temos um papel preponderante ao nível da literacia em saúde mental e na consciencialização da sociedade para a importância da saúde da mental, não esqueçamos que sem saúde mental não existe saúde, conforme já referido anteriormente ao longo do presente relatório.

Na nossa opinião, e segundo a bibliografia consultada, existe uma melhoria ao nível da qualidade dos cuidados em saúde mental e psiquiátrica, mas que é ainda insuficiente, pois continuamos a desvalorizar a saúde mental e a deixá-la para segundo plano, quando deveríamos investir na prevenção e promoção da saúde mental e psiquiátrica. A saúde mental parece continuar a ser considerada o parente pobre do Serviço Nacional de Saúde (Palha & Palha, 2016), verificando-se uma escassez de respostas adequadas para pessoas com doença mental e a falta de recursos humanos e outros.

Ao longo dos estágios, verificou-se a existência de dificuldades ao nível da resposta para podermos cuidar destas pessoas e das suas famílias, entre os quais, o facto de não existirem gabinetes suficientes para a realização de entrevistas de avaliação diagnóstica e intervenções de enfermagem, que, por vezes, decorriam em locais desadequados ou da existência de apenas um carro para a realização de consultas descentralizadas nos centros de saúde e de visitas domiciliárias, sendo este, por vezes, partilhado com outra equipa. Constatou-se, ainda, que resposta dada pela equipa comunitária era claramente insuficiente, devido à extensa área abrangida.

Neste encadeamento, consideramos ser fundamental um maior investimento na Saúde Mental e em enfermeiros especializados na área, pois só assim poderá haver uma melhoria significativa nos cuidados prestados e no bem-estar das pessoas, na qualificação do processo de reinserção dos utentes com patologias psiquiátrica, na identificação mais precoce de situações passíveis de cuidados, na promoção, melhoria e prevenção de doenças psiquiátricas e, ainda, na maior concretização de ações que contribuam para a redução do estigma que existe em torno destas doenças.

Para além do já referido, importa frisar que ao percorrermos este caminho, deparámo-nos também com várias mudanças e constrangimentos, alguns resultantes da nossa dificuldade em enfrentá-los e outros de fatores externos, como por exemplo, o

surgimento da pandemia Covid-19, o que requereu o desenvolvimento de uma maior resiliência face ao imprevisto.

Concluimos este caminho, em nosso entender, da melhor forma, ou seja, com a consciência do muito que temos para aprender; com a valorização do muito que aprendemos; com a tranquilidade de uma postura de empenho constante em ajudar, mesmo que os resultados nem sempre tenham sido os inicialmente definidos; com o discernimento suficiente para aceitá-los naquele momento, naquele contexto, mas simultaneamente com a inquietação necessária para procurar conhecer e aplicar outras formas, tendo como “bússola” os princípios éticos que devem orientar a conduta de um enfermeiro especialista. Que o saibamos sempre fazer e que regressemos a este texto, a estes momentos, sempre que o sentirmos necessário.

CONCLUSÃO

O presente relatório não se resume a um mero instrumento de avaliação, resulta sim, do culminar de um longo percurso e processo de crescimento, de autoconhecimento e de desenvolvimento pessoal e profissional, durante a aquisição e o desenvolvimento das competências do grau de mestre e das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Foi nesta perspetiva que nos estágios I e final se implementou um modelo de cuidado especializado em saúde mental e psiquiátrica centrado na pessoa, nas suas necessidades e na promoção da sua reabilitação psicossocial, considerando os determinantes de saúde, respeitando a pessoa e a fase de vida em que esta se encontrava. A implementação deste modelo de cuidados traduziu-se na elaboração dos dois casos clínicos apresentados ao longo do relatório, sendo que o caso clínico do estágio I foi centrado na pessoa com comportamentos aditivos e com risco de psicose, enquanto o caso clínico do estágio final foi centrado na pessoa com perturbação psicótica e na respetiva família.

Como se constatou ao longo do presente relatório, as perturbações psicóticas afetam o pensamento, as crenças e o comportamento da pessoa, sendo consideradas doenças mentais graves que têm um enorme impacto não só na vida da pessoa, como também na sua família e na sociedade. Neste contexto, o seu tratamento não se cinge apenas a uma abordagem farmacológica, compreendendo sim uma complementaridade de abordagens, farmacológicas e psicossociais que conduzem a uma maior eficácia do tratamento. Portanto, esta complementaridade de abordagens envolve a atuação de uma equipa interdisciplinar, ou seja, implica a colaboração entre várias especialidades com diferentes conhecimentos, que têm um foco comum: a reabilitação psicossocial da pessoa e da respetiva família.

Uma intervenção precoce nestas perturbações por toda uma equipa interdisciplinar é fundamental, pois permite prevenir internamentos e reinternamentos, bem como outras consequências negativas da psicose e melhorar a qualidade de vida da pessoa com psicose.

Assim, em ambos os casos clínicos, os resultados obtidos refletem importantes ganhos em saúde que resultaram da implementação deste modelo de cuidados especializado em saúde mental e psiquiátrica centrado na pessoa e evidenciam importantes contributos na reabilitação psicossocial da pessoa e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida desta e da sua família, o que vai ao encontro da bibliografia consultada.

Como limitações à implementação do modelo de cuidados especializados em saúde mental e psiquiátrica, considerou-se que o tempo de duração dos estágios, principalmente o primeiro, era deveras reduzido, o que limitou a implementação deste modelo, pois para ter um maior impacto e eficácia necessitaria de mais tempo, dependendo de cada utente. Estamos também cientes que a elaboração de apenas dois casos clínicos são uma amostra reduzida e, como tal, irrelevantes num estudo científico. No entanto, permite-nos ter uma maior consciência do impacto, da relevância e do valor que um modelo de cuidados especializados em saúde mental e psiquiátrica, centrados na pessoa e respetiva família, tem na melhoria da qualidade de vida da pessoa e da sua família.

Na nossa perspetiva, cuidar do outro envolve muito mais do que prestar bons cuidados clínico; implica ir ao encontro das necessidades de cada pessoa, família e comunidade, numa procura incessante por cuidados de excelência, só possíveis através de cuidados especializados que considerem a individualidade, a unicidade e o contexto de cada pessoa, assente numa perspetiva compreensiva, humanista, de compaixão e de cuidado por parte do enfermeiro especialista.

Chegando ao fim deste relatório, termina-se com a consciência dos ganhos que resultaram da elaboração deste relatório, tanto a nível pessoal como profissional e com a consciência não só da complementaridade existente entre a teoria e a prática (considerando-as como duas faces da mesma moeda), mas também do longo caminho de aprendizagem e conhecimento futuros e já almejados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, J. (2018). A saúde mental dos portugueses. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Alves, M. (2015). Análise de canabinóides e cocaínicos em amostras de cabelo e sua correlação com sintomas psiquiátricos (Tese de Doutoramento). Universidade de São Paulo: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto.
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60134/tde-10082015-082913/pt-br.php>

Alves, A. & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 28 (2), 127-131.

Amaral, A., Almeida, E. & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ªed., pp.174-176). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtorno: DSM-5. Porto Alegre: Artmed.

Baldaçara, L., Cordeiro, D., Calfat, E., Cordeiro, Q. & Tung, T. (2018). *Emergências psiquiátricas* (2ªed). Rio de Janeiro: Elsevier.

Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2017). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
http://www.sicad.pt/PT/Documents/2017/INPG%202016_2017_I%20relatorio%20final_dados_provisorios.pdf

Barbier, Jean-Marie (1993). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora.

Barroso, T. (2020). Entrevista Motivacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ªed., pp.97-101). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.

Bernadino, M. (2019). *Avaliabilidade do programa português para a saúde mental*. Lisboa: Anais.

Bittencourt, M., Marques, M. & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (18), 125-132.

Campos, C. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 15(1), 91-101.

Coelho, J. & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ªed., pp.202-210). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.

Coentre, R. (2021, Novembro 17 -20). Avaliação Clínica no primeiro episódio psicótico. [Sessão de Conferência]. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental XV Congresso Nacional de Psiquiatria: Vulnerabilidade, Stress e Estratégias de mudança, Lisboa, Portugal.

Coentre, R. & Levy, P. (2020). Intervenção precoce na psicose em Portugal: Onde estamos nós? *Acta Medica Portuguesa*, 33(9), 540-542.

Coentre, R., Levy, P. & Figueira, M. (2011). Intervenção precoce na psicose: primeiro episódio psicótico e período crítico. *Acta Medica Portuguesa*, 24(1), 117-126.

Coentre, R., Levy, P. & Figueira, M. (2010). Intervenção precoce na psicose: período pré-psicótico. *Acta Medica Portuguesa*, 23(6),1083-1090.

Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde. <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2020/02/%E2%80%9CSem-mais-tempo-a-perder%E2%80%9D-CNS-2019.pdf>

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional para a Saúde Mental Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Decreto-Lei nº 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018, 16 Agosto). Diário da República: I Série, nº 157/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Decreto-Lei nº 8/2010 do Ministério da Saúde. (2010, 28 de Janeiro). Diário da República: I Série, nº 19. <http://saudementalpt.pt/backoffice/pdfs/052c874e63.pdf>

Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program. (2016). Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis (2ª Ed). Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.

Ferreira, J. (2016). Sobrecarga, Ajuda e Emoção Expressa em Familiares de Doentes com Esquizofrenia (Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar). Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14187/1/Sobrecarga%2C%20Ajuda%20e%20Emo%C3%A7%C3%A3o%20Expressa%20em%20Familiares%20de%20Doentes%20com%20Esquizofrenia.pdf>

Franzoi, M., Lemos, K., Jesus, C., Pinho, D., Kamada, I. & Reis, P. (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. Revista de Enfermagem UFPE on line,10(4), 3653-3661.

George, J. (2000). Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional (4ªed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Gonçalves-Pereira, M.; Xavier, M.; Neves, A., Barahona-Correa, B., Fadden,G. (2006). Intervenções Familiares na Esquizofrenia – Dos aspetos teóricos à situação em Portugal. Acta Médica Portuguesa, 19, 1-8. <https://run.unl.pt/handle/10362/21883>

Guedes de Pinho, L. (2020a). Eficácia do Treino Metacognitivo nos Delírios, Alucinações, Insight Cognitivo e Funcionalidade na Esquizofrenia (Tese de doutoramento). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Guedes de Pinho, L. (2020b). Intervenção Familiar na Doença Mental Grave. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (1ªed., pp. 216-219). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.

Guedes de Pinho, L. (2013). Esquizofrenia: Eficácia de um Programa de Psicoeducação com Familiares (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia). Aveiro: Departamento da Universidade de Aveiro.

Howk, C. (2004). Enfermagem Psicodinâmica: Hildegard Peplau. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.), Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª ed., pp. 423- 444). Loures: Lusociência.

Irajpour, A., Khorasani, P., Bagheri, M., Eshaghian, A., Ziaee, E., Saberi, Z. & Afshari, A. (2020). The framework for developing nursing specialist roles in the health care system of Iran. Nurs Outlook, 68, 45-54.

Koutra, K., Simos, P., Triliva, S., Lionis, C. & Vgontzas, A. (2016). Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: A path analytic model. *Psychiatry Research* 240, 66–75.

Lei N°36/98 da Assembleia da República: Lei de Saúde Mental. (1998, 24 julho). Diário da República: I Série A, n°169/98. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/424762/details/maximized>

Leuschner, A., Xavier, M., Paixão, I., Mateus, P., Goldschmidt, T., Pires, P., Narigão, M. & Carvalho, A. (2017). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

Levy, P. (2021, Novembro 17-20). Como avaliar um doente no primeiro episódio psicótico [Sessão de Conferência]. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental XV Congresso Nacional de Psiquiatria: Vulnerabilidade, Stress e Estratégias de mudança, Lisboa, Portugal.

Lopes, M. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships . In J.C. Santos & J.R. Cutcliffe (eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing* (pp. 247 – 257). Suíça: Springer International Publishing.

Lopes, M., Gomes, S. & Almada-Lopo, B. (2018). Os cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades de saúde. Porto: Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência.

Lopes, M. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance. Coimbra: Formasau.

Maier, C., Aiken, L & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. OECD Health Working Papers 98, 1-71. <https://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en>

Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P. & Renca, P. (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Meleis, A. (2012). Theoretical nursing: development and progress (5^a ed). Philadelphia: Wolters kluwer health.

Meleis, A. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1),12-28.

Meleis, A. I., & Swendsen, L. (1978). Role supplementation: An empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research*, 27, 11–18.

Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B., Wittekind, C., Menon, M., Balzan, R. & Woodward, T. (2014). Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34 (4), 358-366. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.004>

National Institute of Mental Health (s/d). Mental Illness. Estados Unidos da América: National Institute of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

Oliveira, S. (2014). Avaliação do consumo de drogas de abuso por estudantes universitários experiência profissionalizante na vertente comunitária, hospitalar e investigação (relatório de estágio para obtenção do grau de mestre em ciências farmacêuticas: ciclo de estudos integrado). Covilhã: Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição portuguesa, Versão 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer n.º 01/ 2017: Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Realização de Exame do Estado Mental. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer_1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf

Organización Mundial de la salud (2021). Desarrollo en la adolescência. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Palha, J. & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. Gazeta Médica, 2 (3), 6-12.

Palmeira, L. (2018). Manual de psicoeducação para profissionais de saúde mental que tratam pessoas com esquizofrenia. São Paulo: Planmark. <https://docplayer.com.br/114988343-Manual-de-psicoeducacao-para-profissionais-de-saude-mental-que-tratam-pessoas-com-esquizofrenia.html>

Peplau, H. (1988). Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference For Psychodynamic Nursing. New York: Palgrave Macmillan.

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

Potter, P. & Perry, A. (2003). Fundamentos de Enfermagem (5ª ed). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Programa Nacional para a Saúde Mental. (2015). Portugal: Saúde Mental em Números 2015. Lisboa: Direção-geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019, 6 de Fevereiro). Diário da República: II série, nº 26/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2018, 7 de Agosto). Diário da República: II Série, nº 151/2018

Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. (2015, 25 de Junho). Diário da República: II Série, nº 122/2015. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Sadock, B., Sadock, V. & Ruiz, P. (2017) Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica (11ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Sampaio, F., Sequeira, C. & Lluch-Canut, T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (1ªed., pp.171-173). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.

Saraiva, C. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental – de acordo com o DSM-5*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2021). *Sinopse Estatística 2019: Substâncias Ilícitas*. Lisboa: SICAD. http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/2021/SinopseEstatistica19_substanciasIllicitas_PT.pdf

Simões, C., Matos, M. & Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 147-164.

United Nations Office on Drugs and Crime (2016). *World Drug Report 2016*. New York: United Nations publication. https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf

Vaz, S. (2014). *Os Cuidados de Enfermagem dirigidos à família, enquanto prestadora de cuidados da pessoa com esquizofrenia (tese para obtenção de grau de mestre)*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Whitley, R., Palmer, V., & Gunn, J. (2015). Recovery from severe mental illness. *Canadian Medical Association Journal*, 187 (13), 951 - 952. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141558>

World Health Organization [WHO] (2021a). Adolescent health. Suíça: World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

World Health Organization (2021b). Adolescent mental health. Suíça: World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

World Health Organization (2021c). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Suíça: World Health Organization.

World Health Organization (2018). Mental health: strengthening our response. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization (2016). The health and social effects of nonmedical cannabis use. Suíça: World Health Organization.

World Health Organization (2003). Investing in mental health. Suíça: World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf

Wright, L. & Leahey, M. (2018). Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca.

Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J., Magalhães, P. & Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7 (19), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-19>

Yates, S. & Gatsou, L. (2021). Idealisation and stigmatisation of parenting in families with parental mental illness. *SSM - Qualitative Research in Health*, 1 (100020), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2021.100020>

Zanetti, A., Souza, T., Tressoldic, L., Azevedo-Marques, J., Corrêa-Oliveira, G., Silva, A., Martina, I., Vedana, K., Cardoso, L., Galera, S. & Gherardi-Donato, E. (2018). Expressed emotion and family burden in relatives of patients in first-episode psychosis. *Archives of Psychiatric Nursing* 32, 390–395.

Zappe, J., Alves, C. & Dell'Aglio, D. (2018, abril). Comportamentos de Risco na Adolescência: Revisão Sistemática de Estudos Empíricos. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 1(24), 79-100