

**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

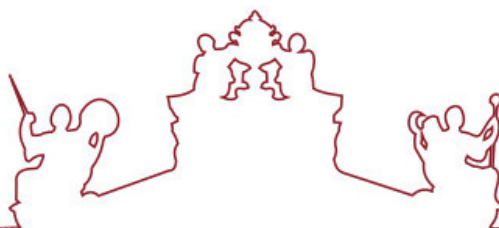
Relatório de Estágio

**Comportamentos aditivos nos jovens: análise e estratégias**

João Miguel Pulquério de Paula Margarido

Orientador(es) | Jorge Salvador Pinto de Almeida

Évora 2023



**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

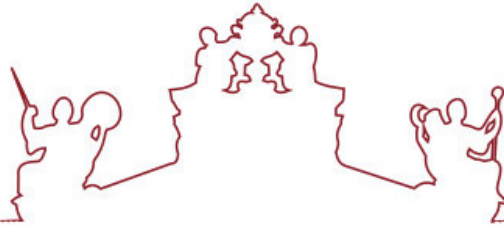
Relatório de Estágio

**Comportamentos aditivos nos jovens: análise e estratégias**

João Miguel Pulquério de Paula Margarido

Orientador(es) | Jorge Salvador Pinto de Almeida

Évora 2023



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 | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

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

## **Agradecimentos**

Lu, à M.J, ao Prof.º Jorge e à Ana.

“I have absolutely no pleasure in the stimulants in which I sometimes so madly indulge. It has not been in the pursuit of pleasure that I have periled life and reputation and reason. It has been the desperate attempt to escape from torturing memories, from a sense of insupportable loneliness and a dread of some strange impending doom.”

Edgar Allan Poe

“Alcohol is the reduced form of spirit. Therefore, many people, lacking spirit, take to drink. They fill themselves with alcohol.”

Carl Jung

## Siglas e Abreviaturas

ARS – Administrações Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AO – Assistentes Operacionais

APA - *American Psychological Association*

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

CRI – Centro de Respostas Integradas

CK – *Creatine phosphokinase*

CDT - Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência

E.G - *Exempli Gratia*

EUA - Estados Unidos da América

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GABA - Ácido Gama-Aminobutírico

IM- Intramuscular

IMC – Índice de Massa Corporal

IPDJ – Instituto Português Desporto e Juventude

MAO - *Monoamine Oxidase Inhibitors*

O<sub>2</sub> - Oxigénio

RAP - Relação de Ajuda Profissional

Rx – Raio X

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSRI - *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SOLER - *Sit, Open, Lean, Eye, Relax*

SOS – Sempre que Necessário

SU – Serviço de Urgência

SPO2 – Saturação Periférica de Oxigênio

TA – Tensão Arterial

TDAH - Transtorno do *Déficit* de Atenção com Hiperatividade

THC – Tetrahydrocannabinol

WHO – *World Health Organization*

WC – *Water Closet*

QI - Quociente de Inteligência

NIC - *Nursing Interventions Classification*

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

## Índice

<b>Resumo</b> .....	9
<b>Introdução</b> .....	10
<b>Transições: um conceito norteador</b> .....	16
<b>Relação de Ajuda: o <i>core</i> das competências em ESMP</b> .....	27
<b>Ensino clínico I (contexto hospitalar): análise retrospectiva</b> .....	41
<b>Psicofarmacologia, internamento compulsivo e <i>insight</i></b> .....	43
<b>Avaliação do estado mental e sintomatologia da linha psicótica</b> .....	50
<b>Imprevisibilidade comportamental: estratégias</b> .....	57
<b>Quadros depressivos, contra-transferência e evolução clínica</b> .....	62
<b>Ensino clínico II (contexto comunitário): comportamentos aditivos</b> .....	72
<b>Descrição e enquadramento do CRI</b> .....	80
<b>Metodologia: critérios e objetivos</b> .....	86
<b>Entrevistas clínicas: descrição e análise</b> .....	92
<b>Conclusão</b> .....	116
<b>Apêndice I</b> .....	123
<b><i>Checklist</i> da consulta de enfermagem do adolescente</b> .....	123
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	127



## **Comportamentos aditivos nos jovens: análise e estratégias**

### **Resumo**

Este relatório objetiva discutir e refletir as competências desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Os recursos metodológicos basearam-se na entrevista clínica e nos princípios da relação enfermeiro-cliente em duas áreas distintas: no contexto hospitalar (doentes psiquiátricos agudos), e na enfermagem comunitária, onde o foco incidiu nos comportamentos aditivos. As competências desenvolvidas, com destaque para a mobilização do *self* como recurso, permitiram ganhos em termos de avaliação e intervenção em vários perfis de clientes, em ambos os contextos em análise.

Palavras-chave: enfermagem, saúde mental, psiquiatria, comportamentos aditivos, adolescentes

## **Addictive behaviors in adolescents: analysis and strategies**

### **Abstract**

This report aims to discuss and reflect the skills developed within the scope of the Masters in Mental Health and Psychiatry Nursing. The methodological resources were based on the clinical interview and the principles of the nurse-client relationship in two distinct areas: in the hospital context (acute psychiatric patients), and in the community health nursing, where the focus was on addictive behaviors. The skills developed, highlighting the mobilization of the *self* as a resource, allowed gains in terms of assessment and intervention in various client profiles, in both contexts under analysis.

Keywords: nursing, mental health, psychiatry, addictive behaviors, adolescents

## Introdução

Se adotarmos uma perspetiva histórica da Saúde Mental e Psiquiátrica (Townsend, 2015), percebemos que existiu sempre uma retração, diríamos até, um certo receio - o outro lado do estigma - da sociedade em lidar com a “loucura”. Durante séculos, dominaram as correntes de pensamento, posições e associações da patologia mental a questões sobrenaturais, e só no século XIX começa a surgir uma nova perspetiva direcionando cuidados de saúde específicos para os que sofrem de patologia mental. Paulatinamente, começou a existir uma nova forma de abordar a doença mental, à luz de outros valores, e em Portugal, como nos EUA (Estados Unidos da América), ao movimento (primeiro) de institucionalizar os que sofrem destas patologias (séculos XIX e XX), seguiram-se mais tarde políticas de saúde cujo objetivo se centra na (re) inserção e (re) habilitação na sociedade. Este processo pautou-se por um planeamento/implementação aquém do esperado (Palha e Palha, 2016) e, embora seja uma linha meritória à luz dos valores e da própria compreensão (mais profunda e com menos estigma) da saúde e da patologia mental em particular, causou outras dificuldades e problemas adicionais.

Podemos afirmar que atualmente (e historicamente) a área da Saúde Mental e Psiquiátrica tem sido, de alguma forma, relegada para segundo lugar em termos de

investimento (Palha e Palha, 2016) e, neste sentido, a WHO<sup>1</sup>(2019) refere que existe necessidade em adereçar as lacunas existentes no que concerne a doenças do foro da Saúde Mental. Com efeito, esta organização refere que: “Mais de 80% das pessoas que sofrem de problemas de saúde mental, incluindo indivíduos que sofrem de distúrbios neurológicos e de uso de substâncias<sup>2</sup>, não têm qualquer forma de atendimento de saúde mental de qualidade e acessível” (p.2). A pandemia<sup>3</sup>, aparentemente, trouxe um novo alerta para os problemas de Saúde Mental que daí advieram (Xiang *et al*, 2020), mas no geral este panorama só vem reforçar a necessidade de se perspetivar uma maior relevância para esta área. Neste sentido, (re)perspetivar a Saúde Mental e Psiquiátrica é ainda mais relevante se pensarmos que uma em cada oito pessoas em todo o mundo vivem com um distúrbio mental<sup>4</sup> (WHO, 2022), que podem ser prevenidas e tratadas de forma eficaz, para além do facto de que estas pessoas são, *grosso modo*, mais vulneráveis à ostracização e estigma social (Alves e Rodrigues, 2010), sendo que muitos não têm acesso a cuidados de saúde especializados.

Ora, daqui decorrente, caberá que a valorização das trajetórias profissionais, nomeadamente a aquisição de competências acrescidas numa área tão carente de recursos, possibilitará obter mais ganhos em saúde, e é condição *sine qua non* para uma prestação de cuidados com maior segurança, exigência, eficácia e qualidade. Como o domínio do conhecimento é a Enfermagem, importa deixar uma breve definição desta ciência (das muitas possíveis). Se tivermos por base a definição do *Internacional Council of Nurses* (2022), esta consiste em: “intervenções autónomas e colaborativas (interdependentes) de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou saudáveis...

---

<sup>1</sup> *World Health Organization*.

<sup>2</sup> O foco nos comportamentos aditivos ocupa lugar de destaque neste relatório.

<sup>3</sup> Referimo-nos à pandemia de covid-19 que teve início em 2020 e se estende até 2022.

<sup>4</sup> Sendo a ansiedade e a depressão as mais comuns.

inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o cuidado de pessoas doentes, deficientes e em estado terminal”. Portanto, promover a saúde, assim como prevenir a doença e/ou envolver cuidados de saúde específicos aquando de um processo saúde-doença, que será, em maior ou menor medida, sempre transitório (Meleis, 2010b), é o objeto da enfermagem.

Existe, evidentemente, um corpus teórico, uma linha de avaliação e intervenção específica, em todo o caso, importa acrescentar, seguindo Warelow *et al* (2008) que: “Cuidar não é... um conjunto de atitudes ou teorias, nem abrange tudo o que os enfermeiros fazem. O cuidado de enfermagem é determinado pela forma como os enfermeiros usam o conhecimento e as competências para apreciar a singularidade da pessoa objeto de cuidados...” (p.146). Com efeito, vários autores (Peplau, 1991, Forchuk, 1995) já se referiram ao caráter único (singularidade) da relação enfermeiro-doente, um dos eixos centrais do percurso relatado. Efetivamente, existe um “encontro” matizado pela reciprocidade, sendo que cabe ao profissional, munido de competências (nesta área), facilitar o processo transitório (Meleis, 2010b) do cliente.

Contudo, quando se usa o termo “forma” (como Warelow *et al.*, 2008, utilizou), somos remetidos para o que Wilkin (2009, p.38) referia a propósito de uma vertente de ciência mas também de arte, e este autor transmite-nos o exemplo/imagem de um diálogo, ponderado, técnico, reflexivo, atento, em que fio a fio, se tecem e desconstroem esquemas, e se analisam emoções e comportamentos (*craftsmanship*). Não é certamente só nesta área que esta dimensão estética se evidencia, porém, diríamos, que é na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que esta dimensão ganha relevo, pois sobressai um certo elemento relacional que mescla técnica e arte, em que o uso do *self* como instrumento é fundamental. Importa também esboçar uma tentativa de definição da ESMP (Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) e, entre tantas possíveis, de alguma

forma a nossa inclinação recai sobre Wilkin (2009, p.37), com quem não podíamos estar mais de acordo: “A enfermagem em saúde mental e psiquiátrica é primariamente ‘ser’ e ‘tornar-se’ com pessoas que sofrem”. Na esteira do que já referimos, esta definição remete-nos para palavras como “Presença” e “Ser” com Eles (i.e clientes), o que envolve uma trajetória de encontro (s), empática e de compreensão, portanto um ato intencional (com intuito terapêutico) que nos leva ao Outro.

Esta trajetória de encontro leva-nos precisamente a uma das competências centrais do EESMP (Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica): “...para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais”. (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21427). Portanto, existe um acumular de experiências, conhecimentos teóricos, e competências práticas que progressivamente se vão desenvolver - via académica e profissional - e tornar mais precisas, seguras e eficazes. Sobre este aspeto, a referir o regulamento n.º 140 da Ordem dos Enfermeiros que menciona o seguinte: “Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde”. (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4744). É este conhecimento (estético, técnico e também de crescimento pessoal), que se objetiva desenvolver e maturar no decurso deste mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

No âmbito deste percurso académico, cujo reflexo se verte neste relatório, partimos do vértice teórico constituído pelos pressupostos da Relação de Ajuda e de escolas de pensamento, nomeadamente Meleis (2010b), para desembocar nas avaliações

e intervenções tidas na clínica, em primeiro lugar num internamento psiquiátrico de agudos (ensino clínico I). Neste ponto são alvo de discussão e reflexão a avaliação do estado mental, onde sobressai a sintomatologia da linha psicótica, entre outras noções conexas, assim como, a gestão comportamental do doente internado em fase aguda. Conquanto, de algum modo, neste relatório ganha relevo a problemática dos comportamentos aditivos (ensino clínico II<sup>5</sup>). Esta direção, correspondeu a uma necessidade mas também a uma escolha, e esta última encontra-se relacionada com a (re)descoberta de uma subárea crucial, com particularidades que importa conhecer e compreender.

Se seguirmos Maté (2009), logo se conclui que direcionar/alterar um comportamento que é baseado na aproximação sucessiva, incontrolável, negativa e obsessiva pelo objeto (seja ele qual for), tem tanto de desafiante como de difícil<sup>6</sup>. Por outro lado, este ensino clínico decorreu essencialmente no contexto de uma consulta de enfermagem do adolescente, cujo foco é atender jovens com problemáticas relacionadas com consumos. O nosso interesse (e fator de motivação) esteve relacionado com a intervenção neste grupo específico (e idiossincrático), alterando, quiçá, comportamentos mal-adaptativos numa fase precoce, evitando (idealmente) a sua progressão para trajetórias de vida mais vincada e negativamente tocadas por estas problemáticas.

Em termos de objetivos gerais deste relatório, podemos referir os seguintes: Descrever as atividades subjacentes ao percurso que se efetuou no âmbito do mestrado em ESMP; Analisar de forma crítico-reflexiva as atividades descritas; Compreender e integrar a trajetória percorrida no âmbito das competências do EESMP. Deste modo, em

---

<sup>5</sup> O mais longo e preponderante ao nível do curriculum do mestrado, o que também justifica o seu relevo.

<sup>6</sup> E, neste sentido, o uso do termo *craftsmanship*, espelha bem a especificidade destes cuidados.

termos metodológicos colhe essencialmente uma análise crítico-reflexiva, com a necessária revisão da literatura sustentando a descrição, discussão e análise deste percurso académico/profissional. Relativamente à estrutura do relatório, tem por base três eixos, um primeiro de carácter teórico que engloba o vértice dos princípios e conceitos norteadores, para um segundo nível conceptual mais próximo da prática clínica. Noutro plano, procedeu-se à descrição e discussão do percurso desenvolvido nos dois ensinamentos clínicos, um na vertente hospitalar (internamento de agudos de psiquiatria) e outro na dimensão comunitária (focado nos comportamentos aditivos). Todos os nomes referidos neste relatório são fictícios, tendo-se procedido à anonimização de outros dados e, por fim, mencionar que as traduções do original foram realizadas pelo autor.

### **Transições: um conceito norteador**

Começamos por referir que um projeto desta natureza terá que ter uma base conceptual sólida, da qual possamos partir e enquadrar a nossa ação. Não se trata de uma revisão conceptual exaustiva, nem a única possível, muitos outros enquadramentos poderiam ser igualmente válidos. De facto, existiram opções ao nível dos conceitos a trabalhar, aqueles que, pensamos, na sua conjugação, possam melhor explicar esta realidade e este objeto. Também referir que dos textos e artigos que se analisaram sobre o processo de transição, não existe nenhum estudo que relacione este conceito com os comportamentos aditivos<sup>7</sup>, não obstante, são realizadas por nós possíveis conexões com este tipo de comportamentos após o descritivo teórico retirado do texto.

Elegemos o conceito de transições de Meleis (2010b) como aquele que se encontrará no ápice deste corpus conceptual. Este conceito, e a teoria de enfermagem que lhe está subjacente, é, quanto a nós, mais adaptável, a esta realidade e a este objeto. Com efeito, Meleis (2010b) define as transições como: ” ...uma passagem de um estado estável para outro estado, razoavelmente estável<sup>8</sup>, num processo desencadeado por uma mudança.”(p. 11), e do mesmo modo Chick e Meleis (2010) referem que: “As transições enquadram-se no domínio da enfermagem quando dizem respeito à saúde ou doença ou

---

<sup>7</sup> O que resulta da pesquisa efetuada, porém não se pode afirmar, em rigor e de forma absoluta, que não exista nenhum estudo neste sentido.

<sup>8</sup> A que acrescentamos nós, dotado de maior funcionalidade e adaptação face ao processo de doença que intermedeia as duas fases (estados).



quando as respostas à transição se manifestam de um estado, condição ou lugar para outro..” (p.25). Ora, qualquer cliente que seja objeto de cuidados de saúde, estará numa situação de transição, seja esta mais longa, mais curta ou mais complexa - parece-nos ser indubitável que esta esteja presente.

Portanto, o foco do enfermeiro será acompanhar e facilitar este processo transitório, que envolve uma mudança de um estado relativamente estável para outro. Conforme refere Santos *et al.* (2015), existem quatro formas de transições: de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais. As primeiras ocorrem ao longo do *life span*, independentemente da duração e enquadramento, vários autores chave (Piaget, 1957, Erikson, 1982, Vygotsky, 1978) referenciam várias etapas que se podem distinguir no desenvolvimento humano. O conceito de transições (de desenvolvimento) entra neste campo, assumindo que algumas se encaixam melhor nestes ciclos mais estendidos no tempo, e outras, assumem uma perspetiva mais micro. Neste sentido, seguindo ainda Santos *et al.* (2015), surgem as transições situacionais que implicam quadros mais tensos e curtos no tempo, tais como o luto ou o nascimento. Já as transições de saúde-doença, implicam a passagem de um estado de saúde para um em que surge a doença e vice-versa, onde evidentemente os cuidados de saúde especializados terão mais destaque e importância.

Por último, existem as transições organizacionais, que surgem pela alteração da *landscape* que até então vigorava em determinado contexto organizacional, e incluem a mudança de liderança, políticas e práticas que envolvem necessariamente um período de mudança e adaptação. Importa referir que as transições, não são necessariamente singulares, evidentes e lineares, não raras vezes são complexas, múltiplas e simultâneas, tal como refere Im (2014): “Muitas pessoas experimentam múltiplas transições simultaneamente, em detrimento de experimentar uma única transição, que muitas vezes

não é facilmente distinguida dos contextos das suas vidas diárias.” (p. 382). De facto, parece ser o caso, por exemplo, se pensarmos nos comportamentos aditivos, um fenómeno multidimensional, em que além destes comportamentos *per se*, tenderão a existir sempre outras transições associadas, como por exemplo a de uma patologia médica, identitária, integrante numa etapa do ciclo de vida, etc.

Por outro lado, Meleis (2010b) inicia (capítulo I) o desenvolvimento teórico das transições com o conceito de papel<sup>9</sup>, baseando-se no interacionismo simbólico<sup>10</sup> citando um sociólogo chave: Mead (1968). Com efeito, o interacionismo simbólico, como corrente de pensamento, pressupõe a partilha de símbolos e significados que se ligam a determinados papéis sociais, construindo-se assim, em última análise, a realidade social. Neste sentido, Kendall (2012, p. 67) refere:

A partir desta perspectiva, as pessoas criam, mantêm e modificam a cultura à medida que realizam as suas atividades quotidianas. Os símbolos tornam possível a comunicação com os outros porque fornecem significados compartilhados. De acordo com alguns interacionistas simbólicos, as pessoas negociam continuamente as suas realidades sociais..

Portanto, desempenhar um determinado papel social implica um jogo constante entre comportamentos e expectativas sociais, mas também de atribuição de significados, eixos subjacentes a toda a interação social. Construindo a sua teoria com base neste pressuposto teórico, Meleis (2010a) refere-se a “insuficiências de papel” aquando de um processo transitório: “Denota a incongruência do autoconceito e as antecipações do papel dos outros como percecionado por si mesmo ou por outros significativos”..” (p.16). Como

---

<sup>10</sup> A que não será alheia a formação desta autora em sociologia.

a autora salienta, a alteração de papéis implica novos conhecimentos, novos comportamentos, e até a própria (re)definição do *self* (em terminologia interacionista) em determinadas situações e contexto.

Com efeito, há que aprender novos papéis, aceitá-los, e este processo de rejeição, comprometimento e aceitação de novos comportamentos e papéis implica gerir expectativas internas assim como as dos outros. Diríamos que este processo, assim tão amplo na sua descrição, estará, em maior ou menor grau, presente nas situações que nos propomos a analisar neste relatório. De facto, ao nível dos comportamentos aditivos, *grosso modo*, existem novos comportamentos que se pretendem adquirir em detrimento de outros, que implicam necessariamente a aquisição de novos papéis sociais - é nesta bifurcação que intervêm os profissionais de saúde. No processo transitório Meleis (2010a), refere que existem várias manifestações comportamentais possíveis nomeadamente: “ansiedade, depressão, apatia, frustrações, tristeza, impotência, infelicidade e/ou agressão e hostilidade” (p.17). Deste modo, a intervenção do enfermeiro assenta nesta gestão e facilitação, sendo necessário a clarificação de outros papéis (*role clarification*), o que envolve assumir novos comportamentos, valores, sentimentos e objetivos.

Na linha do que foi referido, a mencionar a capacidade de visualizar a tomada de novos papéis (*role taking*), ou a assunção de novos papéis através da aprendizagem vicariante (observação), que tem os seus fundamentos em Bandura (1977), assim como o ensaio de papéis, ou seja a capacidade de internalizar, imaginar e interagir mentalmente novas formas de agir. Por outro lado, Meleis (2010b) confere grande importância aos grupos de referência<sup>11</sup>, e efetivamente se pensarmos em jovens com este tipo de

---

<sup>11</sup> Grupos sociais, com os quais o cliente de certa forma se identifica.

comportamentos, o *peer group* exerce uma influência e força gravitacional indelével e difícil de contrariar. É (também) neste ponto que surge a intervenção de enfermagem, que passa por esta suplementação de papéis, onde o objetivo final, será a mestria do novo papel pelo doente/cliente, que coincide com o fim do processo transitório. A noção base aqui subjacente, “insuficiências de papel”, pode ser comparável aos *deficits* em atividades de vida (Roper *et al.*, 1996), que Meleis de alguma forma faz refletir numa terminologia mais próxima da sociologia.

Importa concretizar as características base, comuns ao processo de transição, sendo evidente que existe um processo, e que envolve várias fases num sequenciamento temporal que é relativo, pode ser mais curto ou longo (e mais ou menos complexo), e assim implica diferenças de estados, onde existe necessariamente uma disrupção e um reorganizar do *self*. O objetivo é atingir um estado positivo<sup>12</sup>, melhorado, com maior estabilidade e solidez em termos de comportamentos (saudáveis), e neste sentido refere Chick e Meleis (2010, p. 26): “A conclusão de uma transição implica que a pessoa atingiu um período de maior estabilidade em relação ao estado anterior.”. Ou seja, nas transições existe uma desconexão, uma perda de pontos de referência comuns, incongruências entre papéis anteriormente assumidos e suas expectativas atuais, e discrepâncias entre necessidades e os meios de satisfação destas.

Por outro lado, existem várias perceções dos clientes face ao seu processo de transição, que mais não são que os significados que estes atribuem (através de símbolos, i.e linguagem, que anteriormente se referiu) ao seu *status* atual, sendo que Chick e Meleis (2010, p. 27) dá o exemplo do sentido/significado que um doente após AVC (Acidente Vascular Cerebral) tem: “Eu sinto que tenho um cadáver na cama comigo” (N. Doolittler,

---

<sup>12</sup> Termo que a própria autora refere: o estado “positivo” que se diferencia do estado negativo associado à doença.

personal communication, to Transition Events February 1985)”, o que demonstra a especificidade e o sentido único que cada um tem face ao seu processo de transição.

Todo o processo de transição implica algum grau de consciência deste novo estado e das mudanças que ocorreram, não obstante possam existir processos conscientes ou inconscientes de rejeição e negação (p.27), se não o existir, estaremos perante uma fase de pré-transição. Também existem padrões de resposta, no processo transitório, uns mais manifestos que outros, que de certa forma permitem objetivar este período, sendo que Chick e Meleis (2010) referem a *desorientação* como correlacionado com mudanças no autoconceito, o *distress*<sup>13</sup> como relacionado com insuficiências ao nível da performance do “novo papel” ou irritabilidade como conexo com a autoestima (p.27). Quanto às dimensões do conceito, existe uma estrutura comum que consiste numa entrada, passagem e saída (p.27), e a autora dá exemplos destas dimensões, tais como: entrada e saída clara vs entrada e saída ambígua, temporário vs permanente, satisfatório vs insatisfatório, desejado vs indesejado, duração curta vs duração longa, entre outros.

O artigo de Meleis *et al.* (2000), ao congregar os resultados de cinco estudos diferentes sobre o conceito de transições, vem ampliar, refinar e trazer novos dados sobre os quais nos deteremos para melhor destringir e definir esta teoria. Desde logo, que este tipos de transições (referidos por nós no início) não são mutuamente exclusivos, já que muitos podem surgir discretamente ou em concomitância uns com os outros. Por outro lado, não ter consciência de que se está num processo de transição (referido anteriormente), não implica que efetivamente este (processo) não esteja a decorrer, e em última análise que este tenha o seu fim. Por outro lado, são discutidas propriedades/componentes do processo de transição, entre os quais o *engagement*, ou seja

---

<sup>13</sup> De acordo com o Merriam-Webster (2022) significa: “infelicidade ou dor: sofrimento que afeta a mente ou o corpo”.

a predisposição do indivíduo para adotar comportamentos em linha com os seus novos papéis, como procura ativa de informação, adotando uma dieta mais saudável, exercício físico, entre outros.

Com efeito, o nível de motivação para adotar certo tipo de comportamentos é crucial nos comportamentos aditivos, e objeto de avaliação nas entrevistas (ensino clínico II). Também é referido que o nível de perceção ou consciência, precede e potencia a motivação (*engagement*) para estes novos comportamentos. Por outro lado, importa referir a distinção entre mudança, um conceito mais vasto, e transição, pois, por exemplo, a informação de um diagnóstico pode implicar mudanças (em abstrato), mas não necessariamente que se compreenda, assimila e engaje em comportamentos e papéis característicos do processo de transição. Ou seja, o processo de transição tem um carácter mais concreto e micro sustentado, que implica a conjugação de vários componentes aqui em discussão.

Relativamente ao tempo das transições, poderá ser contraproduativo apontar um “fim” concreto do processo de transição, ou este nem ser vislumbrado, sendo que se pode prolongar, sem que isso signifique que exista a todo o momento uma sensação de disrupção ou mudança. Portanto, em experiências mais longas e complexas de transição, há que considerar que não existem propriamente metas e uma cronologia bem definida. Em quase todos os processos de transição é possível distinguir pontos e eventos críticos, como o início abrupto de uma doença. No livro de Maté (2009), e também Herie e Skinner (2014) referem “pontos tão baixos”, que muitas vezes são o ponto de partida para tomadas de consciência para transições de comportamentos aditivos para outros mais adequados e menos autodestrutivos<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Sem que, obviamente, tal constitua uma observação presente em todos os casos desta natureza.

Porém, existem transições em que estes pontos críticos são mais discretos, assim como podem vir a existir em fases finais do processo de transição. Por outro lado, existem condições pessoais e contextuais que podem facilitar ou obstaculizar o processo de transições. Quanto às condições pessoais, a relevar os significados que os clientes lhes dão, a narrativa interior pode ser de internalizar a situação e ultrapassá-la, como pode ser, para outros, mais difícil. Estes significados pessoais, encontram-se também eles conexos com atitudes e crenças culturais, e de forma mais ampla da própria sociedade. Por exemplo, se existe estigma no que concerne à doença mental, obviamente que impactará em algum grau, na assunção dessa problemática quer para o cliente\doente, quer para os seus mais próximos. Por outro lado, podem existir jovens que vivendo em bolsas familiares\culturais em que os consumos, nomeadamente de THC (Tetrahydrocannabinol), são de algum modo percecionados como menos nocivos, pelo que tolerar, aceitar e até normalizar estes consumos, poderá, por estas atitudes e aspetos, dificultar uma transição para o abandono dos consumos. O contrário também é verdade, o interesse dos pais, e a adoção de estilos de parentalidade Baumrind (1966), mais autoritativos<sup>15</sup> pode facilitar, sobremaneira, o processo de transição<sup>16</sup> e a adopção de narrativas interiores adequadas e sustentadas - o que efetivamente aconteceu num dos casos relatados neste relatório.

Noutra vertente, também o *status* sócio-económico, pode inibir ou facilitar certos comportamentos, regra geral indivíduos pertencentes a *status* mais elevados, tendem a ter maior acesso a cuidados de saúde, e a adotar estilos de vida mais saudáveis. Outro item é a preparação e conhecimento, pois quanto mais preparação e conhecimento existir sobre uma determinada situação, mais facilitado fica o processo de transição – o que está na base da linha psicoeducativa descrita aquando do ensino clínico II. Também os recursos

---

<sup>15</sup> Ao invés de estratégias parentais facilitistas ou autoritárias.

<sup>16</sup> Em rigor, não se analisaram as estratégias parentais dos pais, em todo o caso, no relato do ensino clínico II, tiram-se algumas conclusões sobre este aspeto com base nos dados recolhidos.

da comunidade, se estes estiverem disponíveis, pois mais facilmente será possível, por exemplo, obter aconselhamento e orientação sobre comportamentos aditivos<sup>17</sup>.

Quanto a indicadores ou padrões de resposta que caracterizam as transições vivenciadas, Meleis *et al.* (2000) refere a conexão e interação com familiares ou amigos, ou com os profissionais de saúde como sendo crucial, pois criar e interagir com redes e estruturas de apoio, irá criar condições para que o sentimento de solidão seja de algum modo atenuado. O ser humano é gregário por natureza, e sabe-se que o isolamento, independentemente da causa da transição, acaba por impactar negativamente no resultado deste processo. Do mesmo modo, é importante sentir-se situado (tempo, espaço, outros significantes), sendo que se pensarmos nos comportamentos aditivos é importante dar espaço à narrativa da pessoa, que verse sobre o passado, o presente e se projete no futuro de forma crítica, sentindo-se apoiado e com confiança naqueles que lhe são mais significantes (dos quais, no caso do adolescente, destacaríamos a família).

Outro indicador é o desenvolvimento de confiança e *coping*<sup>18</sup>, seja através de mais informação, ou da partilha de experiências, acaba por ser fator atenuador dos pontos críticos referidos anteriormente. Já se tinha referido a mestria em novos papéis como objetivo último, e os autores referidos anteriormente, destacam a mestria como essencial ao processo de transição, por norma observável nas fases finais deste processo. Os autores referem também que as identidades fluidas e integrativas como sendo preditores de um processo de transição mais facilitado, e em certas transições existe de facto quase uma nova identidade que se constrói. O indivíduo com comportamentos aditivos percebe-se,

---

<sup>17</sup> Neste concreto a destacar o papel e função do CRI (ensino clínico II).

<sup>18</sup> Relativamente às estratégias de *coping*, caberá, em grande medida, ao profissional desenvolvê-las e adaptá-las ao caso concreto.



tem uma imagem de si que indelevelmente transporta todas essas vivências e traços de personalidade.

Haverá pois a necessidade de uma (re)ivenção do *self*, com outros hábitos, comportamentos, outros interesses, e conseqüentemente uma (re)conceptualização do próprio. Im (2014), sustentando-se em Schumacher e Meleis (1994), refere-se ainda ao conceito de *terapêutica*, no original *nursing therapeutics*, ou seja, três ações a serem implementadas durante o processo de transição. Existirá algum paralelo entre este conceito e o processo de enfermagem, e nesse sentido é referido uma primeira fase de preparação, onde é descrita e mapeada a situação assim como os recursos, seguido da preparação para a transição, fase onde a educação e a disponibilização de informação têm lugar<sup>19</sup>, e, por fim, a suplementação de papel por parte do enfermeiro – como por nós descrito anteriormente.

Por fim, referir que a noção de “movimento” e mudanças em padrões de comportamento, relacionais, identitários e papéis estará presente em todos os indivíduos que se encontram num processo de transição. Deste modo, será fácil sobrepor estas noções base a um variadíssimo leque de situações objeto de cuidados de saúde. Por outro lado, trata-se de uma teoria que acaba por elencar todas ou quase todas as variáveis que influem no processo saúde-doença, o que faz dela, quanto a nós, uma teoria muito completa. Deste modo, relativamente aos critérios referidos por Fawcett (2005) para avaliar uma teoria, em termos de significância, consistência interna e testabilidade pensamos que a teoria é explícita, assenta em conceitos já testados e trabalhados pela sociologia (e.g papéis), e no seu todo, conjugados todas as suas componentes, descortinamos um sentido global. O seu pragmatismo, portanto a adequação à enfermagem, como se referiu, é bastante amplo pois

---

<sup>19</sup> Será nesta fase que a linha da psicoeducação, seguida no ensino clínico II tem lugar.

qualquer indivíduo objeto de cuidados de saúde está numa fase de transição. Nesta teoria elencam-se quase todas as manifestações comportamentais e fatores que influem no processo transitório. Por outro lado, existem vários estudos que comprovam empiricamente a sua adequabilidade (Meleis *et al.*, 2000), ainda que no que se refere a comportamentos aditivos possam existir poucos estudos.

### **Relação de Ajuda: o *core* das competências em ESMP**

Neste capítulo, procura-se definir e traçar as características base da Relação de Ajuda, já que esta pode ser entendida como um enquadramento onde se encontram as competências do EESMP. Primeiramente alude-se ao constructo e aos seus pressupostos, para depois enunciar algumas técnicas/noções com maior especificidade que, em maior ou menor medida, encontram-se conexas com a RAP (Relação de Ajuda Profissional), e que julgamos ser importante compreender e aplicar na prática clínica. Como afirma Coelho *et al.* (2020), o conceito de relação de ajuda pode ser interpretado de diversas formas, nomeadamente como interação entre duas pessoas, enquanto relação terapêutica ou como relação de ajuda que pode ser formal ou informal. Os mesmos autores referem também por vezes a confusão que se estabelece com outros conceitos, tais como psicoterapia, aconselhamento, relações interpessoais ou cuidar do outro, sendo que enquadram a RAP como uma intervenção de enfermagem.

Se seguirmos Soriano (2005), este destriça a relação de ajuda das psicoterapias por estas se enquadrarem na linha de construções teóricas e respetivas técnicas específicas, não obstante a relação de ajuda se fundamente em algumas premissas base comuns a todas as formas de psicoterapia. Este autor define a relação de ajuda como um encontro pessoal, entre uma pessoa que se predispõe a ajudar e uma outra que pede ajuda para modificar alguns aspetos do seu modo de pensar, sentir e atuar, dentro de um contexto adequado (p.82). Segundo Mendes (2006) a “relação de ajuda pode ser considerado um instrumento no processo de cuidados de enfermagem” (p.71), sendo que

o instrumento é o próprio enfermeiro. Por outro lado, adiantamos o seguinte trecho de Corey (2009), que embora se refira ao aconselhamento, a definição que este apresenta vai muito ao encontro do que também constitui a RAP: “o papel do conselheiro é criar um clima no qual os clientes possam examinar seus pensamentos, sentimentos e ações e, eventualmente, chegar a soluções que sejam melhores para eles.” (p.23). Existirá então um posicionamento do Enfermeiro face ao Outro em crise, num processo relacional que visa a identificação e modificação de comportamentos/pensamentos mal-adaptativos, que, *grosso modo*, têm por base distorções cognitivas. Objetiva-se criar um clima de partilha, e colaborativamente chegar a soluções que se revelem as mais adequadas para o cliente.

Genericamente, podemos afirmar que a relação de ajuda consiste na adoção de um papel, em que o enfermeiro identifica, analisa e procura solucionar/atenuar problemáticas dos utentes que se encontram ao seu cuidado, objetivando melhorias ao nível do seu bem-estar. Nas palavras de Phaneuf (2016, p. 172):

A relação de ajuda é uma mudança para as palavras verbais e não verbais, que vai além da comunicações habituais, e permitem criar o clima, para fornecer o suporte que o cliente precisa durante um certo período... Pela escuta, respeito, uma consideração positiva, em especial um confronto gentil e empatia; uma relação de ajuda acompanha o cliente na abordagem para recuperar as forças para superar a provação da doença e o seu tratamento...

Esta autora, destaca o papel da escuta activa, a consideração positiva, a confrontação empática para precisamente “ajudar” o cliente a atravessar uma transição Meleis (2010b), decorrente de um processo de saúde-doença. Phaneuf faz uma distinção entre relação de civilidade, funcional, de confiança e finalmente a relação de ajuda.

Os pressupostos teóricos vêm na linha do que refere Rogers (1985), e destaca-se a importância da aceitação, respeito e empatia. Desta forma, esta relação, sempre colaborativa, acaba por ter princípios basilares sendo estes a aceitação, escuta ativa, tolerância, empatia e, em última análise, o respeito pela dignidade da pessoa humana. Como refere Botelho (2017): “a dignidade é a “raiz” de todos os direitos fundamentais, estando por isso posicionada “à cabeça da Constituição” (p.73). Assim, o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana postula o seu “direito originário a ter direitos” (*original right to have rights*)”.

De facto, aceitar o utente, apesar das suas diferenças, complexidades e idiossincrasias é essencial e demonstra esse respeito em integrar na abordagem terapêutica um mundo diferente, que se intenta trabalhar e melhorar. Já quanto à empatia, é provavelmente a ferramenta mais importante no processo terapêutico e implica uma imersão no mundo do doente para melhor o compreender. Por outro lado, nesta relação Townsend (2015, p.124) refere:

O uso de *Self* de forma terapêutica exige que o enfermeiro tenha muita autoconsciência e auto-compreensão, tendo chegado a uma crença filosófica sobre a vida, a morte e a condição humana em geral. A enfermeira (o) deve entender que a capacidade e a extensão com que uma pessoa pode efetivamente ajudar os outros em momentos de necessidade, é fortemente influenciada por esse sistema interno de valores – uma combinação de intelecto e emoções.

Portanto, os princípios da RAP, assentes em Rogers (1985), não existem só como uma constelação externa que o enfermeiro deve seguir, terá que existir uma trajetória interior a ser palmilhada, que se faz de atitudes, decisões e experiências. Com efeito, o Merriam-Webster (2022) define o *self* como: “a união de elementos (como o corpo, emoções, pensamentos e sensações) que constituem a individualidade e identidade de uma pessoa.”,

ou seja, o *self* será a soma e a concatenação de aspetos emocionais, pensamentos, sensações e experiências que traduzem a idiossincrasia de cada indivíduo. Para existir o desiderato terapêutico, e mobilizar o *self*, tem que existir uma análise pessoal, uma introspeção que permita ao enfermeiro chegar a um entendimento, filosófico, humano, social, sobre questões por vezes fraturantes, mas que desembocam no que se pode designar como a condição humana.

Ora entender, de modo pleno aquilo que é a condição humana, implica uma mescla de conhecimentos teóricos, de experiência de vida, assim como uma auto-reflexão para que a pessoa se posicione e adote um conjunto de valores que internaliza. Este processo, é diferente do ato ou dever, ético, deontológico, em seguir uma estrutura valorativa ou teórica que se impõe de fora para dentro. Mas é esta trajetória, este processo interno, que permite depois a utilização do *self*, usar-se a si mesmo, o que vai encontro do refere Pereira e Botelho (2014, p. 67): “As relações terapêuticas são influenciadas pelos anos de experiência mas também pelas atitudes e personalidade dos enfermeiros...”. É este todo (atitudes, experiência, personalidade, emoções) que funciona como instrumento, e neste sentido, uma das competências *core* do EESMP é precisamente a relação de ajuda, mobilizando-se a si mesmo como recurso terapêutico, como refere o Regulamento n.º 515 de Competências Específicas do EESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Subjacente ao regulamento anteriormente referido, encontram-se competências do EESMP que Coelho *et al* (2020, p.69) resumem da seguinte forma: “as competências no domínio da comunicação verbal e não-verbal, o respeito, a compreensão, a empatia, e a capacidade de não julgar o outro, exigindo assim uma grande capacidade de aceitação da pessoa e do seu problema”. Por um lado, as competências no domínio da comunicação podem ser aprimoradas, mas as outras, como aqui se advoga, resultam do encontro deste processo interno que se referiu, com os princípios que se impõem de forma externa, até

deontológica. Ora, se existe esta mobilização dos recursos internos, de Si, como instrumento terapêutico, descortinamos uma outra característica da RAP, sendo esta a da intencionalidade.

A relação de ajuda pressupõe esta *inclinação empática*, entendendo o cliente na sua plenitude – aceitando-o sem julgamentos - levando consigo essa trajetória interna que se referiu. A finalidade última é facilitar a fase transitória em que o cliente se encontra, mas para isso contará com a disponibilidade ou como referimos a *inclinação empática* por parte do enfermeiro, e por outro, de um certo entendimento deste processo e do que ele significa por parte do cliente. Deste modo, podemos referir que a RAP é sempre um processo colaborativo, em que são delineados objetivos, aceites reciprocamente, e um conjunto de valores que enquadram e guiarão todo o processo.

Com base em Travelbee (1963), que trabalhou o conceito de *rapport*<sup>20</sup> e, desde logo, a autora refere aquilo que *rapport* não é, nomeadamente uma “relação harmoniosa”, “sentimentos pelos doentes” ou “mera simpatia”. A autora refere que *rapport* é um processo, uma experiência entre duas pessoas, que consiste num “cluster inter-relacionado” de pensamentos e sentimentos: interesse, confiança, empatia, compaixão e simpatia, respeito e uma atitude que não tende a julgar os outros. Portanto, para esta autora, o conceito de *rapport* traduz muito do que é suposto ter numa relação com o doente/cliente, mas o artigo prossegue clarificando alguns destes elementos. Neste sentido, desmistifica a questão dos sentimentos em ambiente profissional, pois em certa medida, o investimento no cliente pressupõe essa vertente. De facto, como a autora bem explica, trata-se de aceder aos sentimentos e fazer a sua gestão controlada, pois só com

---

<sup>20</sup> O Merriam-Webster (2022), traduz como: um relacionamento caracterizado por acordo, compreensão mútua ou empatia que torna a comunicação possível ou fácil.

eles se consegue verdadeiro interesse no cliente e uma verdadeira relação empática. Mas como definir empatia? Como refere Corey (2009):

A empatia é uma compreensão profunda e subjetiva do cliente com o cliente. Empatia não é simpatia, ou sentir pena de um cliente. Os terapeutas são capazes de compartilhar o mundo subjetivo do cliente sintonizando seus próprios sentimentos que são como os sentimentos do cliente. No entanto, os terapeutas não devem perder sua própria distância (p.175)”.

Ou seja, existem subjetividades que se encontram e se “compreendem”, até certo ponto, sobretudo por parte do Enfermeiro, pois é essencial ter alguma noção do que o utente sofre, o que implica “sentir” e colocar-se no outro papel. Não obstante, terá que existir sempre uma separação e capacidade de distanciamento terapêutico entre os dois, sendo que este processo não é mera simpatia, nem o sentir sentimentos de culpa/pena pelos clientes.

A empatia sentida pelo cliente, define em grande medida a eficácia do processo terapêutico, pois só assim se compreendem pensamentos, emoções, contextos e comportamentos, aos quais é preciso chegar, e os quais são, em certa medida, subjetivos por natureza. Evidentemente que terá que existir distância terapêutica, mas trazer as emoções para a relação enfermeiro-doente, numa gestão controlada (como refere Travelbee, 1963), permitirá potenciar a *inclinação empática*. Para existir empatia, tem que existir aceitação do cliente e da sua plenitude, o que implica ter uma atitude de não julgamento, colocar em suspensão o mundo associativo, valorativo e comparativo que no nosso quotidiano todos fazemos.

Para além destas características, podemos entender a RAP como um processo formal, em que podemos distinguir várias fases. Neste aspeto o primeiro contributo veio



de Peplau (1991), que desenvolve a sua teoria em três fases. A primeira é a orientação (I), a identificação (II), a fase da exploração (II), em que o doente faz uso pleno dos serviços/relação prestados pelos enfermeiros (a); e a fase da resolução (III), em que existirá o término da relação, coincidente com uma maior autonomia do doente. Na mesma linha, Townsend (2015), refere a fase da pré-orientação, a fim de explorar perceções e estabelecer confiança; a orientação, onde se formulará contrato terapêutico; a fase do “trabalho” (numa tradução literal) onde o intuito é promover a mudança, e por fim a fase da terminação, onde existe a avaliação do percurso alcançado. Por sua vez, Lopes (2005) refere três fases sequenciais: “Princípio da relação”, “Corpo da relação” e “Fim da relação”, que genericamente correspondem ao diagnóstico da situação, às intervenções focadas na problemática (implica uso de sessões formais e técnicas específicas), e ao término da relação. Existe assim, uma estrutura formal na RAP, não se pode intervir no abstrato, em conversas informais sem um objetivo, sem finalidade terapêutica, sem uma estrutura pré-definida.

Tendo sido delineados os aspetos fundamentais da RAP, enquanto definição, e o seu enquadramento e princípios sobre os quais se sustenta, importa também descer ao nível da aplicabilidade de certas técnicas, de formas linguísticas e comportamentais que devem ser objeto de aprendizagem, procurando refinar-se com a experiência adquirida. Neste sentido, Townsend (2015, p.140), refere uma série de técnicas terapêuticas vs técnicas não terapêuticas, que devem ser utilizadas sobretudo no contexto da enfermagem psiquiátrica. Quanto às primeiras, a referir o uso do silêncio (promove a auto-reflexão), aceitação, reconhecimento, disponibilizar o *self*, fazer questões ou afirmações abertas, que induzam à reflexão, contextualizar a intervenção em termos de sequência temporal (aludindo às suas fases), realizar observações e encorajar a descrição de perceções e

sentimentos (exploração), fazendo uso da reiteração, reformulação, elucidação e sintetizar algumas afirmações do cliente.

Concretizando, com base em Chalifour (2008), os reflexos (reiteração, reformulação, elucidação), *grosso modo*, consistem em destacar e espelhar alguns aspetos do discurso, refletindo para o cliente o que ele próprio disse, objetivando que o cliente aprofunde e reflita sobre certas questões. Com base em Townsend (2015), a referir que também se deve procurar clarificar e validar o conteúdo por vezes implícito do que é verbalizado, e apresentar a realidade, se existe um total oposto expresso pelo cliente, mas nunca em doentes psicóticos, assim como formular um plano de ação. Seguindo a autora antedita, existem também algumas técnicas não terapêuticas que constituem em assegurar ou dar garantias sobre algo, rejeitar, aprovar ou desaprovar, dar conselhos, insistir num determinado tópico quando o cliente não o expressa espontaneamente, pedir explicações, atribuir\valorizar a influência de fatores exteriores (só vai potenciar o *locus* de controlo externo<sup>21</sup>), minorizar, negar ou interpretar o que é referido pelo cliente, e por fim desviar o tópico intencionalmente.

Por outro lado, é também crucial a distinção clara entre a Pessoa e os seus Comportamentos. Se existe mentalmente esta divisão, mesmo não se concordando com os comportamentos, evita-se julgar a Pessoa, o que está em linha com o quadro valorativo a que se fez referência e que deve guiar a RAP. No contexto da Saúde Mental e Psiquiatria serão inúmeros os episódios em que esta distinção tem que ficar clara, pois ao lidar quotidianamente com comportamentos desadequados, desorganizados, posturas conflituosas, e por vezes, agressões verbais, é necessário ter sempre presente esta

---

<sup>21</sup> Conceito cunhado por Rotter (1975), que consiste em atribuir a causas exteriores a “culpa” dos seus comportamentos/problemática. Ao invés, um indivíduo com um elevado *locus* de controlo interno, pensa poder (e conseguir) agir, mobilizando recursos internos, para modificar as problemáticas com que se depara.

separação. Relativamente a casos mais específicos, nomeadamente a depressão, as estratégias com base no que refere Beck (1972), são também bastante úteis em várias situações, porque regra geral os doentes partem de uma perceção de Si, do Mundo e do Futuro<sup>22</sup> bastante negativa, entrando num *loop* que Beck apelida de pensamentos automáticos. Importa interromper estes pensamentos automáticos e existem várias estratégias nesse sentido, sempre adaptadas ao caso concreto (e.g distração, desenvolver a autoconsciência do *loop*).

Não é raro serem identificadas várias distorções cognitivas que Beck enuncia, das quais se destaca o catastrofismo que, como refere Sá e Batista (2018): “a partir de uma situação a pessoa procede, por um conjunto de associações, levando-a a pensar nas piores consequências...” (p.163). É muito frequente no quotidiano da prática clínica procurar (re) construir estes esquemas mentais, para atingir maiores níveis de bem-estar e funcionalidade. Por regra, existe um sobredimensionamento da problemática ou questões com ela conexas, e importa, em certas situações, recorrer ao que Lopes (2005) refere por “desmistificação”, ou seja, procurar retirar a carga excessiva da questão, recentrando-a numa certa linha mais realista. Assim, torna-se crucial a aplicação destas técnicas, calibrando-as aos casos e pessoas concretas. Em certas patologias como a ansiedade, a linha de análise será predominantemente a identificação dos *triggers* e dos estados emocionais a eles associados (o que nem sempre é evidente), assim como a identificação e desenvolvimento progressivo dos mecanismos de *coping*. O objetivo é de um modo geral conseguir a reestruturação cognitiva ou a resignificação para crenças e comportamentos mais ajustados, adequados e saudáveis. O reforço de um *locus* de

---

<sup>22</sup> Designada precisamente como a tríade de Beck.

controlo interno (Rotter, 1975), em detrimento do externo, é também uma intervenção crucial.

Em certa medida, Phaneuf (2016) entende a relação de ajuda como sendo sobretudo um processo de comunicação. Neste sentido, a autora refere: “Tudo o que emana de nós é comunicação. Assim, a nossa expressão facial, gestos, palavras, silêncios, a própria indumentária, posturas e atitudes revelam o que somos e, às vezes, o que pensamos e sentimos.” (p.8). Neste sentido, importa determo-nos sobre as questões da paralinguística, fundamentais no processo de comunicação e daí decorrente na RAP. De facto, estas noções estão sempre presentes na análise clínica, sendo, evidentemente, referidas e discutidas por vários autores (Phaneuf, 2016, Coelho *et al*, 2020, Townsend, 2015), e neste sentido nota Saez, Rodriguez e Trinidad (2018, p.2015): “Escuta ativa, linguagem, comunicação não verbal e proximidade no relacionamento são chaves para uma comunicação eficaz”. Por sua vez, Townsend (2015, p.138), com base em Khan (2009), refere que 70 a 80% de toda a comunicação efetiva é não verbal. Neste concreto, a comunicação não-verbal consiste na comunicação tácita que (in)conscientemente se transmite, em maior ou menor medida, e que influencia respostas por parte do utente, tendo um impacto significativo na relação terapêutica.

Já Guest (2016), refere o modelo SOLER (*Sit, Open, Lean, Eye, Relax*), em que a forma como o enfermeiro se senta, de forma “aberta” para a outra pessoa, transmite a ideia de recetividade, por sua vez, cruzar os braços produz o seu inverso, transmitindo uma mensagem de defesa\recusa. O inclinar-se para a pessoa e manter um contacto visual “confortável”, assim como no geral demonstrar uma postura de relaxamento, são posturas essenciais para facilitar a RAP. Segundo Chalifour (2008), o toque encontra-se no âmbito

da comunicação não verbal, e também pode ter um intuito terapêutico, o seu significado pode ser de interesse, proteção ou simplesmente para tranquilizar<sup>23</sup>.

Inicialmente referimos que a RAP se distingue das psicoterapias, não só porque estas têm um corpo teórico e técnicas diferentes, mas também porque as *skills* envolvidas são também de outra natureza. Não obstante, cremos ser útil o reconhecimento de certas atitudes nos clientes, que podemos distinguir e caracterizar recorrendo à teoria de Freud (1920). A teoria de Freud funda-se na divisão tripartida da mente em id, o inconsciente dominando pelas pulsões e o princípio do prazer, o ego que através do princípio da realidade procura regular as pulsões ou desejos do id, e o superego, que atua como bússola moral para o ego. Freud também distingue vários mecanismos de defesa do ego, que existem como forma de proteção, sendo a identificação destas manifestações úteis ao processo terapêutico<sup>24</sup> – à semelhança do que se fez com o catastrofismo - sem que isso signifique, que de algum modo se entra no domínio ou em intervenções mais em linha com esta (ou outra) psicoterapia em particular. O mais frequente destes mecanismos é talvez a negação, em que o cliente recusa aceitar certas realidades no contexto do processo saúde-doença que experiencia. No âmbito dos comportamentos aditivos, é bastante comum existirem pessoas que ainda não aceitaram que têm um problema relacionado com a adição, o que *a priori* inviabiliza qualquer tipo de intervenção.

A racionalização é outro destes mecanismos, em que o cliente procura razões, uma lógica, para justificar o seu comportamento, pensamentos ou emoções. Por exemplo, nos comportamentos aditivos, pode significar que uma pessoa encontra lógica nos seus comportamentos, por norma relativiza e procura justificar os riscos dos consumos. No

---

<sup>23</sup> Dependendo do caso concreto, poderá evidentemente existir utentes que considerarão o toque como demasiado invasivo, o que em certa medida depende do estado da relação e da avaliação que se realiza no momento.

<sup>24</sup> Das quais não fazemos uma discussão exaustiva.

deslocamento, existe a transferência do impulso para outro alvo considerado mais aceitável ou menos ameaçador. A projeção consiste em atribuir características censuráveis a outros, o que traduz uma dificuldade de aceitação dos seus próprios comportamentos ou emocionalidade. A formação reativa reflete-se na preponderância do superego, ao verbalizar, por exemplo, discursos excessivamente moralistas, que podem refletir o seu contrário, ao nível dos impulsos do id. Por fim a repressão, que consiste que não assumir ao nível consciente emoções, pensamentos ou sentimentos, pois se assumidos conscientemente iriam acarretar sofrimento psíquico. A questão da transferência e contra-transferência, originária desta teoria, também nos parece ser relevante, mas deixamos a sua discussão para outros capítulos.

Por outro lado, é fundamental a integração do utente no seu *background* cultural, e entendê-lo sempre a partir desse ponto, e neste sentido Corey (2009) refere que: “O aconselhamento multicultural é aprimorado quando os profissionais usam métodos e estratégias e definem metas consistentes com as experiências de vida e os valores culturais de seus clientes.” (p.26). Na prática clínica são inúmeros os casos de comportamentos que tendo bases culturais, estas podem e devem ser compreendidas, para, em última análise, explicar certos tipos de comportamentos. O enfermeiro (a) deve assim compreender as idiossincrasias culturais dos clientes, porque existindo esta sensibilização (cultural), o *rapport*, e a transmissão da mensagem, serão facilitados, além de se poder evitar conclusões ou interpretações erróneas. A sensibilidade cultural implicará em certos casos, também uma flexibilidade discursiva visando a compreensão da mensagem por parte do interlocutor. Este aspeto é também crucial, não só pensando em diferentes culturas, mas por exemplo em diferentes faixas etárias, ou indivíduos que não se encaixam no que é considerado o *mainstream*.

Importa também ter a noção de que existe uma certa relação de poder (entre enfermeiro e utente), em que o Outro (i.e cliente) se encontra em situação de maior suscetibilidade, e assim deve-se transmitir os elementos essenciais para o processo decisório, respeitando a sua autonomia, mas de forma alguma influenciar decisões. Como refere Corey (2009): “Sua função como conselheiro não é convencer os clientes do curso adequado a seguir, mas ajudá-los a avaliar seu comportamento para que possam determinar o grau em que está funcionando para eles.” (p.23). No limite, será aceitar decisões que se possam até perceber que não são as melhores para o utente. Este ponto, em parte, liga-se com o conceito de confrontação, aludido por Coelho *et al* (2020), cuja semântica, *a priori*, nos leva a um sentido mais rígido (e talvez crítico), quando neste contexto significa expor as inconsistências comportamentais, emocionais, cognitivas que possam ter impacto negativo, objetivando que o utente tome delas consciência e as altere.

Em jeito de conclusão, a RAP é uma intervenção de enfermagem, cujos objetivos são terapêuticos e que obedece a uma estrutura sequencial, diferenciando-se de um diálogo casual ou social. Esta obedece a uma série de princípios que guiam o processo, e que se mesclam no âmbito das competências específicas do EESMP. Existirá uma dimensão mais individual, de características próprias, fruto das experiências, mas também de uma aprendizagem nesta área, que são se vão aprimorando, para “esculpir” o *self* que se mobiliza e é instrumento terapêutico num determinado contexto e relação. Por exemplo, até certo ponto, uma característica individual pode ser benéfica no contexto da RAP, contudo, *per se*, não será terapêutica, mas sobreposta a conhecimentos, técnicas e objetivos específicos, já revela técnica e intencionalidade, sendo algo que se constrói e aprende a utilizar e mobilizar quando necessário<sup>25</sup>. Assim, existe um acervo de

---

<sup>25</sup> O contrário também será verdade, características individuais menos próximas do que seria o ideal no contexto da RAP, podem ser trabalhadas e não têm que necessariamente ser evidentes ou vertidas no contexto da RAP, daí a importância do autoconhecimento e a noção do crescimento, adaptação e de

conhecimentos teóricos e de técnicas que são ferramentas que devem ser interiorizadas e utilizadas, o que traduz uma das características essenciais da RAP – a intencionalidade terapêutica. Por isso, a RAP, entendida na sua globalidade, foi por nós utilizada no percurso que se realizou no âmbito dos dois ensinamentos clínicos em discussão neste relatório, e surge como um ponto fulcral, concatenando e entrecruzando em si as competências do EESMP.

---

esculpir o *self*, tendo em conta o contexto e as necessidades que este exige. Neste ponto, diferimos do que refere Pereira e Botelho (2014), não na substância mas na tonalidade.



### **Ensino clínico I (contexto hospitalar): análise retrospectiva**

Parte-se para este capítulo com uma análise crítico-reflexiva de quatro anos de experiência numa unidade de internamento de psiquiatria, que serviram de equivalência ao ensino clínico I deste mestrado. Seria impossível descrever todas as atividades\intervenção com detalhe, como porventura se poderá realizar aquando de um estágio de um mês, ou o foco num ou noutra doente recorrendo à análise de estudo de caso. Deste modo, opta-se por desenvolver uma discussão em redor de alguns pontos críticos, aqueles que mais retemos na memória, mesclados com a necessária fundamentação teórica. Tendo que observar, em rigor estrito, o sigilo profissional e a anonimização, por se discutirem episódios que potencialmente poderiam ser identificados, optou-se por não referir o nome e a localização desta unidade de internamento<sup>26</sup>, não obstante não sejam referidos quaisquer nomes (e se o fossem seriam fictícios) ou outros dados identificativos de pessoas. Iniciamos com uma descrição física do *setting*, noções de psicofarmacologia, avaliação do estado mental, intervenções no doente agitado, discussão de casos e de conceitos chave (e.g internamento compulsivo, contra-transferência), com destaque para a sintomatologia da linha psicótica e quadros depressivos.

---

<sup>26</sup> O mesmo raciocínio se aplica ao ensino clínico II.

Ao nível dos recursos humanos, o serviço tem 17 enfermeiros nos cuidados diretos e 8 psiquiatras. O serviço conta com 16 vagas, sendo que este número tem sido ora reduzido, ora aumentado ligeiramente em função das camas disponíveis. O serviço tem a configuração igual à da maior parte das enfermarias, ou seja, um corredor onde quer de um lado, quer de outro, encontram-se dispostas as salas/gabinetes. Existem dois quartos de isolamento, uma sala de convívio (com biblioteca e televisão), logo à entrada à direita, e contígua a esta uma sala de fumo. Através da sala de convívio podemos ainda ter acesso a uma sala multiúso. Existem, como não poderia deixar de ser algumas medidas de segurança, nomeadamente vidros inquebráveis, duas portas de entrada/saída com acesso mediante código numérico, assim como a proibição do uso de telemóvel/computador por parte dos utentes, salvo em casos devidamente autorizados<sup>27</sup>. O serviço tem ainda duas salas de consulta, uma sala de tratamentos, gabinete de enfermagem, copa e refeitório (no final da enfermaria, à esquerda e direita, respetivamente), e logo à entrada à esquerda um balcão administrativo atrás do qual ficam um gabinete médico e um de enfermagem. Existe ainda um elevador de serviço para acesso dos carrinhos da copa. Todas as portas, exceto a sala de convívio e as das enfermarias são fechadas à chave. Existe uma câmara de filmar no corredor e outras duas para cada sala de isolamento. Em termos de rotinas também não fogem ao que é habitual numa enfermaria de outra especialidade, nomeadamente as passagens de turno, as higiènes (no turno da manhã), preparação de medicação e a administração desta aquando das refeições.

Relativamente às atividades desenvolvidas e que eram efetuadas com os doentes, a referir o passeio terapêutico, que consistia num passeio (supervisionado) dentro do perímetro do hospital, permitindo aos doentes saírem do serviço. A mencionar também a reunião comunitária, sessões de biblioterapia, estas duas últimas tidas em grupo, ou jogos

---

<sup>27</sup> Não obstante, os doentes podem utilizar o telefone do serviço para contactar as famílias.

didáticos (e.g ping pong, cartas, dominó), que eram todas efetuadas na sala de convívio, entre utentes ou entre estes e os enfermeiros. Também existe uma técnica de saúde ocupacional que exercia treino de competências com certos doentes, já numa fase menos aguda, objetivando reabilitar os doentes visando a sua integração na sociedade. Aos AO (Assistentes Operacionais) por norma são delegados algumas funções, nomeadamente a colaboração nas AVD, guarda de objetos pessoais dos utentes, incluindo o telemóvel, e a gestão do tabaco (por norma fornecido de hora a hora). Também a referir uma reunião semanal multidisciplinar, em que existia a discussão de casos.

### **Psicofarmacologia, internamento compulsivo e *insight***

Relativamente à área da psicofarmacologia, importará realizar um quadro geral da medicação utilizada com maior frequência nesta unidade de internamento, nomeadamente a classe dos antipsicóticos, benzodiazepinas e antidepressivos. Desde logo, neste contexto, a destacar a classe dos antipsicóticos, que segundo Taylor *et al.* (2015) teve a sua origem com a clorpromazina, e mais tarde com a introdução do haloperidol, benzamidas ou o pimozide. Com base nos autores supracitados, existe uma classificação, entre antipsicóticos de 1º geração (também classificados como típicos), e os de 2.º geração, classificados como atípicos, dos quais fazem parte a clozapina, quetiapina, risperidona, paliperidona, paripiprazol ou a olanzapina, entre outros. Ambas as classes bloqueiam recetores de dopamina, contudo os antipsicóticos de 2.ª geração são mais seletivos nestes receptores e têm menor risco de causar efeitos extra-piramidais, que

consistem em discinesia (movimentos involuntários), distonia (espasmos musculares), tremores, acatisia (impossibilidade de ficar quieto).

Por sua vez, sustentando-nos em Correll e Schoole (2020, p.2) importa também distinguir sintomas positivos dos negativos na psicose, e mais concretamente na esquizofrenia:

Embora os sintomas positivos reflitam um excesso ou distorção da função normal (por exemplo, ilusões, alucinações, comportamento desorganizado), os sintomas negativos referem-se a uma diminuição ou ausência de comportamentos normais relacionados com motivação e interesse (por exemplo, avolição, anedonia, associalidade) ou expressão (e.g, embotamento afetivo, alogia) (p.2).

Deste modo, sintomas como delírios, alucinações, comportamento desorganizado ou distúrbios do movimento constituem-se como sintomas positivos, já os sintomas negativos encontram-se associados a ausência de resposta emocional, avolia ou discurso lentificado. As indicações dos antipsicóticos (Infarmed, 2020) são essencialmente a estabilização do humor e diminuição dos sintomas positivos e negativos na esquizofrenia - caracterizada por psicose. Alguns dos efeitos secundários mais comuns dos antipsicóticos são náuseas, tonturas, sonolência, palpitações, acatisia, discinesia tardia, prolongamento do intervalo QT e aumento do peso. Neste concreto, a referir o síndrome maligno dos neurolépticos, que Taylor *et al.* (2015) descrevem como um síndrome raro (cerca de 1% dos doentes sob antipsicóticos convencionais), mas potencialmente fatal, como o mais sério dos efeitos adversos dos neurolépticos. Os sinais e sintomas mais comuns são a hipertermia, diaforese, rigidez, confusão, taquicardia e ao nível das alterações analíticas a destacar o aumento da CK (*Creatine Phosphokinase*).

Com base nos autores supracitados, os fatores de risco são sobretudo o uso de doses elevadas de antipsicóticos típicos, redução ou aumento abrupto das dosagens, sendo que o tratamento consiste na retirada dos antipsicóticos, (re)hidratação via endovenosa, administração de benzodiazepinas, entre outros. Durante os anos de experiência no internamento desta ala de agudos, observámos e tivemos contacto com um caso de síndrome maligno dos neurolépticos, em que num primeiro momento a agitação e a rigidez eram os sintomas que se destacavam, e mais tarde a hipertermia, tendo sido necessário transferir o doente para o SU (Serviço de Urgência). Por outro lado, ainda relativamente aos antipsicóticos, não obstante se saiba que os genéricos têm a mesma substância ativa que o original (Infarmed, 2016), empiricamente existem diferenças significantes em termos de eficácia, sobretudo na olanzapina e clozapina, sendo que muitas vezes, se o medicamento “de marca” estava disponível, era este que era administrado aos doentes.

Relativamente às benzodiazepinas, segundo o Infarmed (2016) têm a indicação para ser utilizadas em estados de ansiedade, tratamento de insónia, sintomas da abstinência de álcool, espasmo muscular, tensão, dor de cabeça, transtorno do pânico, tremores e alguns dos seus efeitos secundários são a sonolência, tonturas e confusão. Segundo Taylor *et al.* (2015), encontram-se divididos em hipnóticos (curta-meia-vida) e ansiolíticos (longa meia-vida), sendo que a meia-vida consiste num parâmetro farmacocinético em que uma substância diminui a sua concentração no plasma para metade. Conforme refere Griffin *et al.* (2013), o mecanismo de ação encontra-se ligado à modulação do neurotransmissor GABA (Ácido gama-aminobutírico), que em linhas gerais têm um efeito inibitório da excitabilidade dos neurónios e assim produz um efeito calmante sobre o cérebro.

Nesta classe de medicamentos, se sob o efeito destas substâncias, a referir especial precaução na condução assim como o facto de causarem dependência. Neste sentido, Taylor *et al.* (2015, p.343) referem: “Embora útil no tratamento de curto prazo do transtorno de ansiedade generalizada... sozinho ou para aumentar os SSRI, os benzodiazepínicos são claramente viciantes”. Por outro lado, também impactam negativamente na memória, de modo que testes que visem avaliar a parte cognitiva, *a priori* estão enviesados se o sujeito estiver sob o efeito de benzodiazepinas. A referir também o uso de substâncias *benzodiazepine like* como o zolpidem (em rigor não uma benzodiazepina), um hipnótico, para induzir o sono, não obstante para o tratamento da insónia a preferência recaia em substâncias como a trazadona (um antidepressivo) em dosagens menores (50-100mg), ou outro tipo de medicação.

Quanto aos antidepressivos têm a sua indicação terapêutica para o tratamento da depressão, uma patologia que segundo a APA<sup>28</sup> (2013) é caracterizada, entre outros, por humor depressivo, avolia, baixa auto-estima, insónia, dificuldade de concentração, com ou sem ideação suicida. Como refere Taylor *et al.* (2015), existe uma diferença entre os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da enzima MAO (*Monoamine Oxidase Inhibitors*), estes com mais efeitos secundários por comparação aos primeiros e aos mais recentes fármacos denominados SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors*). Como refere Wong *et al.* (2005), estes últimos (SSRI) tiveram o seu advento com a fluoxetina – cujo nome comercial mais comum é o prozac® – e atuam como inibidores seletivos da recaptação de serotonina, ou seja, agem diminuindo a taxa de remoção da serotonina da fenda sináptica, local onde este neurotransmissor exerce suas ações, aumentando assim os níveis deste neurotransmissor.

---

<sup>28</sup> American Psychological Association.

Existirá um certo mito que estas substâncias demoram semanas a fazer efeito, quando na verdade têm uma ação mais visível nas primeiras duas semanas e menor na quarta à sexta semana de tratamento, e neste sentido refere Taylor *et al.* (2015, p. 233): “É amplamente aceite que os antidepressivos não exercem seus efeitos por 2 a 4 semanas. Isso é um mito. Todos os antidepressivos mostram um padrão de resposta em que a taxa de melhora é mais alta durante a primeira e segunda semana, e mais baixa durante a quarta e sexta semanas”. Como nota, a referir, em certos esquemas terapêuticos, a combinação de antidepressivos com o metilfenidato, nome comercial ritalina®, estruturalmente relacionado com as anfetaminas, que em casos de depressão com avolia e anedonia marcada, pode ter efeitos benéficos e potenciar a eficácia do tratamento.

A referir que existia um protocolo no serviço que permitia a administração de vários fármacos consoante alguns critérios, tais como o lorazepam em casos de ansiedade, olanzapina mais conexo com as patologias psicóticas, e também muito comum em casos de agitação marcada, a administração do haloperidol IM (Intra-Muscular) juntamente com a prometazina (anti-histamínico) que tinha efeitos tranquilizantes mais imediatos. Por outro lado, em certos casos, sobretudo de transtorno bipolar, a mencionar o tratamento com lítio (cujos valores plasmáticos devem ser monitorizado devido aos seus efeitos adversos ao nível neurológico e renal), ou do ácido valpróico (estabilizadores do humor). Evidentemente que nos esquemas terapêuticos no contexto psiquiátrico, frequentemente existe uma combinação de várias classes de medicamentos, por exemplo as benzodiazepinas associadas a antidepressivos e antipsicóticos.

A maior parte dos internamentos na unidade de agudos psiquiátricos provém das urgências, embora casos residuais possam vir das consultas externas de psiquiatria. Estes internamentos são voluntários ou compulsivos, e é a esta última tipologia que nos iremos referir por ser uma noção central neste contexto. Segundo a Lei de Saúde Mental

(Assembleia da República, 1998), no seu artigo 7.º, alínea a), o internamento compulsivo define-se como: “internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica grave” (p.3545), sendo que os seus critérios encontram-se explanados no artigo 12º, a saber:

1 - O portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado. 2 - Pode ainda ser internado o portador de anomalia psíquica grave que não possua o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriore de forma acentuada o seu estado. (Assembleia da República, 1998, p.3546)

Por outras palavras, existirá critério para internamento compulsivo se se verificar que o doente constitua perigo para si ou terceiros, sendo que este critério deverá estar fundamentado por avaliação psiquiátrica, tendo em consideração os sintomas e o comportamento recente do doente. Frequentemente, os doentes psiquiátricos em fase aguda e com sintomatologia da linha psicótica, têm falta de *insight* (ou auto-crítica) sobre a doença, o que torna mais difícil o seu internamento e tratamento. Segundo Raffard *et al.* (2008), o *insight* pode ser definido como a falta de consciência sobre a patologia, e se na doença bipolar o *insight* está relacionado com a sintomatologia mais aguda da doença, já na esquizofrenia este pode ser considerado uma característica da doença já que entre 50% a 80% dos doentes acredita não sofrer desta patologia. Ora, se o doente em fase aguda tende a não ter *insight*, dificilmente irá aceitar o seu internamento, pelo que se torna essencial recorrer à figura jurídica do internamento compulsivo. O grau de *insight* é um conceito crucial em psiquiatria, e um parâmetro avaliado aquando da avaliação do estado mental.



O *insight* é um sintoma ou característica da fase aguda da doença, e à avaliação psiquiátrica sobrepõe-se a avaliação jurídica, cujo enquadramento, neste concreto, está baseado no perigo para si ou terceiros. A questão central num internamento compulsivo é a coartação dos direitos fundamentais previsto na Constituição (Canotilho e Moreira, 2007), nomeadamente ao nível da liberdade e obrigatoriedade de cumprir com o tratamento. Daí que, aquando do internamento esta medida tenha que ser validada por um magistrado judicial no prazo de 48h, e depois é revista periodicamente. De acordo com o n.º 3, do artigo 8º, da Lei de Saúde Mental (Assembleia da República, 2018), sempre que possível, esta medida é transposta para tratamento em ambulatório, com a obrigatoriedade de comparecer às consultas e tratamento (e.g administração de injetáveis). A respeito desta temática, internamento compulsivo, a referir que no dia 16 de Maio de 2016 participámos na ação de formação em contexto hospitalar sob o título “Lei da saúde mental – internamento compulsivo.”.

O principal papel (e competência) do enfermeiro especialista em contexto de saúde mental e psiquiatria é o de estabelecer uma relação terapêutica com os utentes, o que implica estabelecimento de *rapport* e relação de confiança, sendo que em algumas patologias psiquiátricas (psicóticos), a desconfiança face a outros e ao seu redor é um sintoma da própria doença, o que torna esta relação ainda mais desafiante. Neste sentido, refere Townsend (2015, p. 127):

Estabelecer contacto e *rapport* é a principal tarefa no desenvolvimento de relações.

*Rapport* implica sentimentos especiais por parte do cliente e da enfermeira (o) com base na aceitação, calor, simpatia, interesse comum, um sentimento de confiança, e uma atitude sem julgamento.

É sempre possível estabelecer estas pontes, derrubando certas dissonâncias cognitivas, ganhando a sua confiança e agindo com o outro, com um passo de cada de vez,

objetivando a alteração de comportamentos. As noções e atitudes de não julgamento, aceitação e confiança, cruciais na relação de ajuda, têm neste concreto o seu ápice ao nível da sua aplicabilidade na práxis clínica.

Como é possível imaginar, ao longo de quatro anos este tipo de relação foi conseguida em muitas situações, e obviamente menos conseguida noutras, mas nos casos em que se “convence”<sup>29</sup> um doente psiquiátrico em fase aguda, muitas vezes desconfiado, que deve agir desta ou daquela forma, mas que seja levado apenas pela relação de confiança, é efetivamente difícil, mas possível. Estes são, como todas as relações no processo saúde-doença, situações de transição (Chick e Meleis, 2010), e onde o relevo da relação interpessoal dado por Peplau (1991) é crucial, sendo que Townsend (2015), precisamente, releva a importância da teoria de Peplau no contexto psiquiátrico.

### **Avaliação do estado mental e sintomatologia da linha psicótica**

Uma das mais importantes funções realizadas pelo enfermeiro neste contexto é a avaliação do estado mental (Martin, 1990; Soltan e Girguis, 2017; Taylor, 1981), seja aquando da admissão, seja ao longo do internamento para verificar a sua progressão. De seguida faremos uma adaptação do que é suposto avaliar no exame do estado mental, com

---

<sup>29</sup> Utiliza-se o termo “convencer” no sentido em que, nalguns casos, sobretudo em doentes compulsivos com sintomatologia da linha psicótica em fase aguda, por vezes, manifestam pensamentos/comportamentos desadequados para os quais é necessário alguma orientação através do diálogo terapêutico (e.g tentativas de suicídio, agressões, aceitação da doença/internamento), sobre os quais refletimos neste capítulo. Não implica, nunca o entenderíamos assim, qualquer subtração à esfera da autonomia do doente e/ou confrontação de ideias delirantes.

base nos autores anteriormente referidos, não em detalhe mas captando os aspetos essenciais. A referir também, que este é um dos reflexos do normativo das competências do EESMP previstas no Regulamento n.º 515 (Ordem dos Enfermeiros, 2018), nomeadamente o estabelecer diagnósticos de saúde mental e respetivo plano de cuidados, utilizando-se a si mesmo como recurso na relação terapêutica.

Desde logo, é importante considerar a aparência, onde se destacam itens como cicatrizes (que podem indiciar auto-mutilação), o vestuário (adequado ou não), higiene pessoal, que indicia o seu nível de auto-cuidado, objetos que tem consigo, e se tem o peso aproximado ao IMC<sup>30</sup> (se não for possível utilizar uma escala), que fornece sinais/indícios sobre, por exemplo, distúrbios alimentares. Também importante será notar, já ao nível da análise comportamental, o olhar, direto ou não, e a expressão facial e logo por estes dois itens é possível inferir, por exemplo, a timidez ou fúria que revela irritabilidade, agressividade ou angústia. Por outro lado, a linguagem comportamental, também comporta outros itens como, maneirismos, tiques, tremores, acatisia, aproximação exagerada ao entrevistador, ou o completo oposto, sentado com as mãos a cobrir a cara.

A timidez, posturas inadequadas ou estados de agitação, entre tantos outros, têm, de forma mais ou menos evidente, “reflexos” comportamentais, daí que a observação seja crucial neste contexto. Neste sentido, Townsend (2015) refere:

A forma como um indivíduo posiciona o seu corpo comunica mensagens sobre autoestima, identidade de género, estatuto e calor ou frieza interpessoal. O indivíduo cuja postura está caída, com a cabeça e os olhos apontados para baixo, transmite uma mensagem de baixa autoestima. (p.138)

---

<sup>30</sup> Índice de Massa Corporal

Portanto, olhar para baixo, com uma postura caída, não ereta, entre outras, reflete indícios ao nível comportamental de baixa autoestima, presente, por exemplo em quadros depressivos.

O estado de humor, um dos mais importantes aspetos na avaliação do estado mental, que consiste em disposições ou estados ao nível emocional, também se afere via concorrência de aspetos comportamentais, como os referidos anteriormente, e não apenas por aspetos formais ou de conteúdo do discurso (embora o conteúdo do discurso seja preponderante). A distância também é um fator importante e Hall (1966) citado por Townsend (2015), refere ao nível da proxémica, a distância íntima, em que dois indivíduos estão muito próximos, a cerca de 1/2 metro, a distância pessoal a cerca de um metro, que inclui conversas entre colegas e amigos, e para além disso a distância social que inclui conversas com estranhos. Demasiada aproximação, dentro da distância íntima, pode fazer com que os utentes/profissionais se sintam desconfortáveis.

Quanto ao discurso, existem aspetos formais relevantes para a análise, tom altissonante por exemplo, o débito reduzido que se encontra relacionado com estados depressivos, e débito maior em estados maníacos, assim como se este é lógico e tem encadeamento. Frequentemente em doentes em estados maníacos ou com esquizofrenia, existe fuga de ideias, ou seja, o discurso muda rapidamente de tema e é dificilmente acompanhado pelo entrevistador. Também é comum encontrar o discurso circunstanciado, em que são fornecidos muitos detalhes irrelevantes para a pergunta, tangencial, em que há um claro desvio da pergunta com outras associações secundárias e irrelevantes, bloqueio de pensamento, quando o utente não consegue desenvolver uma resposta e, por fim, os neologismos, presentes sobretudo na esquizofrenia em que é proferida um termo ininteligível para o entrevistador.

Por outro lado, será crucial analisar o conteúdo do discurso, ou seja, aquilo que é efetivamente verbalizado e proceder à respetiva análise. Pela observação comportamental e conteúdo do discurso, por vezes até logo nas fases iniciais do contacto, é possível discernir o estado de humor, se deprimido, elacionado ou eutímico, este último caracterizado como calmo, tranquilo e normal. Em doentes psicóticos analisar o conteúdo do pensamento é a única forma de aferir distúrbios como o delírio ou mesmo alucinações. Um delírio é definido por Kiran e Chaudhury (2009) como:

Um delírio é uma crença que é claramente falsa e que indica uma anormalidade no conteúdo do pensamento da pessoa afetada. A falsa crença não é contabilizada pelo passado cultural ou religioso da pessoa, ou pelo seu nível de inteligência. (p.2)

Deste modo, o delírio, é uma crença inabalável numa premissa que é falsa independentemente do *background* cultural/inteligência. Com efeito, no internamento foi possível observar vários tipos de delírios em doentes psicóticos, como o delírio que certos carros “vermelhos” o perseguem, andar sempre de branco, ou que existem câmaras ou *chips* implantados que vigiam o doente constantemente (delírio persecutório).

Também existem delírios grandiosos, como acreditar que se tem determinadas capacidades sobre-humanas, embora existam mais subtipos de delírios como o ciúme (e.g que a mulher anda a trair o parceiro com x) – referimos estes tipos porque tivemos contacto com todos. Os delírios psicóticos são apresentados pelo doente como um fenómeno “normal”, tendo o cliente fraco *insight* para o entender como uma distorção da realidade. Com efeito, presenciámos o caso de um indivíduo que acreditava firmemente poder viajar no tempo, e neste caso em particular esta crença prolongou-se por vários meses. No delírio, encontra-se muitas vezes presente uma certa estrutura, assim como uma sensação de incredibilidade (do entrevistador), descontando fatores culturais. Os delírios persecutórios são talvez os mais comuns, e neste concreto a destacar um utente

que acreditava que os pais lhe punham câmaras no quarto e em vários outros sítios para o vigiar. Quais as intervenções mais comuns e cruciais nestes casos? Se a crença é inabalável, perguntar de forma direta se o doente acredita de facto nessa premissa, no fundo testando o grau de contacto com a realidade.

De referir que não devemos insistir em contra-argumentações, o que seria contraproducente pois o delírio por definição é irrefutável. Porém, nem sempre existe o mesmo grau de crença, nota-se que o doente ao longo do tempo não o refere com a mesma convicção, nem aborda o assunto com tanto despudor, o que indicará um certo desvanecimento da convicção. Houve um caso, em que o doente acreditava ter chips implantados no corpo, e em que um médico decidiu tirar um RX (Raio X), onde este dizia ter o *chip*, tendo-lhe mostrado o RX como prova de que a crença é infundada. Por norma, este tipo de abordagens é contra-indicada, pois existe o risco de desestabilizar o doente ou comprometer a relação de confiança. Em todo o caso, à medida que a medicação antipsicótica faz efeito, e já numa fase de maior permeabilidade, este tipo de abordagens pode ser tida em consideração – sempre, diríamos, feito por especialistas e após discussão do caso na equipa multidisciplinar.

Como se referiu, o doente psicótico em fase aguda, pela desconstrução da realidade que vive, aborda estes assuntos de forma muito cândida, porém à medida que o tempo passa e sob os efeitos da medicação, existe progressivamente essa maior permeabilidade. A permeabilidade ou desvanecimento do delírio, tem subjacente uma maior aproximação ao princípio da realidade (Júnior, 2008), para utilizar uma terminologia freudiana, e é importante fazer esta avaliação ao longo do tempo, que como muitas das abordagens em saúde mental e psiquiátrica exige sensibilidade. Nem sempre existem estados muito dicotómicos de branco e preto, e a existirem estão mais presentes nas fases agudas e iniciais da doença. Se bem que a ocultação deste fenómeno (delírio)

por parte do doente é mais difícil pelos próprios processos de pensamento, por exemplo, por comparação à ocultação da ideação suicida, onde existe logicidade e diferenciação exata da realidade vs fantasioso, ela é possível.

De facto, há que tornar a análise mais fina, ao distinguir ideias sobrevalorizadas de delírios (Mullen e Linscott, 2010), sendo que segundo estes autores as ideias sobrevalorizadas são mais graduais, permeáveis à opinião de outros, mas podem manter um grau de convicção próximo dos delírios, o que faz a sua distinção por vezes ser difícil e subjetiva. Também Arciniegas (2015), refere que existem configurações menos “intensas deste fenómeno”, em que a destriça daquilo que é “sobrevalorizado” e o fenómeno psicótico “puro” é difícil de discernir. Como refere Arciniegas (2015, p.720): “Os delírios contrastam com ideias sobrevalorizadas, que são crenças ou ideias irracionais que são mantidas com convicção forte, mas não delirante.”. Por exemplo, crenças assentes em bases culturais de quasi-religiões, onde certas mundivisões encontram encaixe, poderão ser limítrofes e muitas vezes fora do patológico, se forem tidos em conta os contextos culturais onde se inserem. Cremos que os critérios anteriormente referidos podem nortear a diferenciação mas de facto, até porque por vezes nota-se um regredir do delírio para fases mais permeáveis, à análise, estes configuram “ainda” delírio ou ideias sobrevalorizadas?

O embotamento afetivo, característico da esquizofrenia, poderá ajudar à análise, dado que uma menor ressonância afetiva, indicará menor importância conferida à opinião de outros. Descontar o fator cultura, se assim for pertinente, também é outro critério. Com efeito, neste concreto, destaca-se outro episódio, um utente referiu que um espírito o possuiu e que numa noite, já bastante alcoolizado, agrediu na mulher. Inicialmente havia componente psicótica, sem margem para dúvida, mas a certa altura, passado algum tempo, e com maior permeabilidade, percebeu-se que de facto existia a crença religiosa

nestas entidades. A cultura onde este indivíduo se inseria era a de conviver com estas crenças, que são legítimas como quaisquer outras. No limite, a convicção base podia ser a mesma ao longo do tempo, mas obviamente que influem fatores comportamentais, a estrutura, aspetos formais e de conteúdo do discurso, que servem como critério de diferenciação.

Pode-se referir que para quem está experimentado a avaliar doentes psicóticos esta avaliação se torna intuitiva e mais fácil. Mas a intuição tem sempre subjacente os critérios referidos, numa mescla de experiências anteriores que depois forma raciocínios clínicos mais refinados, que congregam clínica e teoria, aprimorando-se com o tempo, tal como refere Benner (1982, p. 407):

Como é descrito neste modelo, a experiência não é a mera passagem do tempo ou longevidade; é o refinamento de noções e teoria, encontrando muitas situações práticas reais que adicionam nuances ou tons de diferenças à teoria. (p.407)

Com doentes psicóticos ainda a referir a inserção de pensamento, ou seja, a convicção que alguém inseriu pensamentos ou ideias na sua consciência, e os casos de niilismo associados a depressões psicóticas. Estes casos, que nos lembremos, foram mais raros, assim como de depressões catatónicas – apenas um caso diagnosticado – que se revelou num internamento muito longo e resistente a vários fármacos, com melhoras ligeiras ao longo do tempo, por exemplo, dar vários passos numa direção, por oposição ao estado anterior em que o utente permanecia sentado. A referir que também é bastante comum alterações da percepção na forma de alucinações auditivas no doente psicótico, e com menor frequência as visuais. A alucinação distingue-se facilmente do delírio porque estão envolvidos órgãos sensoriais, numa falsa percepção “fora da caixa”, ou seja, o doente ouve de facto vozes que mais ninguém ouve, ou vê coisas que mais ninguém vê.



Como no delírio, a pergunta pode ser direta: “Você ouviu vozes que mais ninguém parece ouvir?”, porém nunca contra-argumentar. A referir um caso de desrealização (e ideação suicida), portanto a noção que o mundo não era real, em que o doente referia, tanto quanto a memória nos permite lembrar, que só pondo fim à sua vida é que tinha a certeza de que o mundo era ou não real. E a frase perdura no pensamento, e arrisca-se a melhor citação que a memória permite: “Como é que vocês sabem que o mundo é real? Só se me matar é que eu sei”. Portanto, nesta fase, vemos claramente a distorção da realidade, e o despudor nesta interrogação, sem filtros, sem se importar com a opinião dos outros (o critério anteriormente referido), quase como se fosse normal esta afirmação.

### **Imprevisibilidade comportamental: estratégias**

Redirecionando esta discussão para outro tópico, importa referir que no contexto do internamento de agudos de psiquiatria, existe um maior potencial para comportamentos agitados e no limite até agressividade, e neste sentido refere Shives (2012): “Existe um potencial de violência em qualquer ambiente de cuidados de saúde. No entanto, estudos têm demonstrado que o risco é maior em instalações de cuidados psiquiátricos” (p.4). Na nossa experiência, constituem obviamente uma ínfima parte de todos os contactos, mas são de facto mais frequentes do que à partida se possa imaginar. Houve casos de agitação exacerbada, assim como existiram casos de agressividade dirigida aos profissionais de saúde, nalguns episódios este tipo de comportamentos pode ser controlada pela equipa, noutros teve que existir mesmo a intervenção da polícia.

Num caso, um doente, começa por recusar a medicação e inicia uma postura agressiva para com um dos profissionais, tiveram que ser separados e a polícia teve que vir ao serviço. Nestes casos mais extremos, raramente o doente é cooperante ou permeável ao diálogo. Mais tarde soube-se que o doente tinha “inserido” o profissional no seu delírio. Neste caso, houve necessidade de recorrer à contenção física e mecânica, assim como a estratégias farmacológicas. Porque é que estes exemplos são importantes discutir? Existia a noção, a falsa noção, por nós tida no início das funções em psiquiatria que o “colete farmacológico” prevenia toda e qualquer situação de agitação mais exacerbada e no limite quadros de agressividade.

O que é facto, ademais com doentes compulsivos, é que estas situações, embora raras no cômputo geral, tendem de tempos a tempos a acontecer. A intervenção neste tipo de comportamentos é sobretudo de cariz preventivo, detetar sintomas de agitação (mais intensa e duradoura), que difere de inquietude (mesmo exacerbada) nos estágios iniciais e agir sobre eles prevenindo a escalada de comportamentos. Algumas vezes, dada a imprevisibilidade dos comportamentos, não é possível conter estes comportamentos, pelo que se tem que optar por estratégias a montante ou de índole reativa – o que se tenta evitar a todo o custo.

Não obstante, com o conhecimento particular que existe sobre doentes que têm este risco, e a própria avaliação de que ao longo dos turnos se vai realizando, é possível, pelo menos nalguns casos, preveni-los. Por isso, julgámos ser pertinente a apresentação de uma ação de formação no serviço que teve lugar no dia 27 de Junho de 2019, em que fomos preletores, com o título “Intervenção no Doente Agitado”. Existiu da nossa parte especial atenção ao facto de ser necessário conhecer a história clínica do doente, nomeadamente os antecedentes, episódios relevantes no internamento e evolução clínica. Por outro lado, é importante ter a noção de certas técnicas de (des) escalação de conflitos

como as referidas por Townsend (2015), tais como um tom de voz calmo, expressar preocupação, mãos abertas e postura de não intimidação, ou ações mais concretas tais como oferecer um copo de água (p.265). Por sua vez, Mantovani *et al.* (2010, p.99), refere a importância de criar distância de segurança, evitar movimentos abruptos, e não confrontar.

Por outro lado, deve-se observar atentamente o comportamento, partir para uma avaliação do risco, e neste sentido Townsend (2015) refere:

Definir limites (verbalmente) ao comportamento...De forma inequívoca, delinear as consequências de uma expressão inadequada da raiva...Procurar (des) escalar, diga: "John, parece muito zangado. Vamos para o seu quarto e falar sobre isso... Observe o cliente para a escalada da raiva (chamada síndrome pródromo): aumento da atividade motora, bater, postura tensa, efeito desafiador, dentes e punhos cerrados, argumentando, exigente e desafiando ou ameaçando o pessoal (p.266, 267).

Deste modo, ao nível das intervenções destacam-se o diálogo terapêutico e apoio emocional, contenção ambiental, ou seja, retirar o doente do sitio onde está, indo por exemplo para o quarto, uso de estratégias farmacológicas e em último recurso, se absolutamente necessário, proceder à contenção física.

No que se refere à contenção física, o enquadramento legal encontra-se na orientação n.º 021 (Direção Geral de Saúde, 2011) e no parecer n.º 226 (Ordem dos Enfermeiros, 2009) do Conselho de Enfermagem, sendo que também Townsend (2015, p. 268) o prevê: "Se não for possível convencer verbalmente o cliente a moderar o seu comportamento, ou através de medicação, pode ser necessário o uso de restrições mecânicas e/ou reclusão. Certifique-se de ter pessoal suficiente disponível para ajudar", e a mesma autora providencia uma imagem de duas pessoas a agarrar pelos braços, uma

de cada lado, um doente. Neste sentido a contenção física é definida como: “Situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco” (Direção Geral de Saúde, 2011, p.3). A supervisão do doente em espaços temporais curtos, assim como manter o uso deste tipo de restrições apenas quando estritamente necessário, são intervenções\orientações que o enfermeiro deve seguir.

Existirá, na nossa opinião, um certo retraimento em discutir estas questões. Os motivos que levam a este receio são vários, desde logo tenderá a assumir-se que algo falhou ao nível da contenção farmacológica, e depois porque, eventualmente, algo falhou ao nível da competência relacional (na tentativa de adequar o comportamento), uma competência basilar no EESMP. A realidade é que ambas as assunções (ou preconceitos?) podem estar corretas, mas também podem não se verificar, pois dada a imprevisibilidade de comportamentos, estas são situações que podem surgir. É necessário discutir abertamente estas questões, com foco nas técnicas de (des)escalada do comportamento agitado (que por norma precede casos de agressividade), mas assumir que estas, podem acontecer em qualquer altura.

Com efeito, a nossa noção antes de iniciarmos funções na ala de agudos da psiquiatria, era a de estas situações dificilmente aconteceriam, e havia um certo alinhamento da nossa parte, ético, até ideológico se quisermos, no que se refere à contenção física, de que esta embora possível e enquadrada, constituiria uma imagem\intervenção difícil de compreender (e executar), até à luz de princípios fundamentais. Neste sentido, Flammer *et al.* (2021) referem que uma decisão do tribunal constitucional alemão de 23 de Junho de 2018 veio limitar o uso de medidas coercivas, nomeadamente que o uso da contenção mecânica em contexto psiquiátrico por mais de 30 minutos requer uma decisão imediata de um magistrado judicial, e concluem que o

uso de medidas coercivas (contenção física e mecânica) “por rotina” (p.1) diminuiu significativamente. Ora, o uso destas medidas nunca deverá ser tomada sem um quadro clínico e jurídico que de facto o permita, e, obviamente, que nunca podem ser decisões “por rotina”, serão sempre uma *ultima ratio*. A legislação portuguesa não será tão restritiva, porém o uso em situações limite (perigo para o próprio ou terceiros), dentro de um quadro compulsivo, sob supervisão e apenas durante o tempo necessário, encontram-se espelhadas no normativo que enquadra esta questão – o que lhe confere, quanto a nós, proporcionalidade.

Em decorrência de alguns casos (e raros), como o que se descreveu, progressivamente abandonámos uma perspectiva (idílica?) de ser desnecessário e eticamente questionável o uso destas medidas, para uma que concebe a adoção destas medidas, em casos estritamente necessários. Caso contrário, como controlar, em última análise, o comportamento de um doente agitado/agressivo<sup>31</sup> senão recorrer – obviamente como último recurso – à contenção física, farmacológica e mecânica? Por outro lado, referir que esta tríade, tem uma ordem específica, ou seja, caso seja necessário imobilizar um doente recorrendo à contenção física, na maioria dos casos, é necessário a contenção mecânica, e já imobilizado, é necessário administrar terapêutica IM em SOS<sup>32</sup> (e.g haldol e prometazina).

---

<sup>31</sup> Entenda-se, doente compulsivo, em estados de marcada agitação/agressividade, incapaz de se controlar por outros meios.

<sup>32</sup> Sempre que Necessário.

### **Quadros depressivos, contra-transferência e evolução clínica**

Evidentemente que a avaliação do estado mental se faz a qualquer patologia do foro psiquiátrico, e se os casos de sintomatologia da linha psicótica são predominantes no internamento de agudos, estes, evidentemente, não excluem outras patologias. Caberá então uma menção aos quadros depressivos (sem sintomas psicóticos), e neste sentido a WHO (2022) refere que:

A depressão é uma doença comum em todo o mundo, com mais de 264 milhões de pessoas afetadas(1). A depressão é diferente das flutuações de humor habituais e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida quotidiana. Principalmente quando de longa duração e de intensidade moderada ou grave, a depressão pode-se tornar um grave problema de saúde. Pode fazer com que a pessoa afetada sofra muito e funcione inadequadamente no trabalho, na escola e na família. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio.

Portanto, trata-se de uma patologia comum, caracterizada por humor depressivo e anedonia como os principais sintomas, além de avolia, lentificação psicomotora, insónia (ou hipersónia), sentimentos de culpa, vazio, inutilidade, indecisão, dificuldade em concentração, perda ou ganho significativo de peso. Esta sintomatologia vai além das flutuações de humor normais, e caracteriza-se por ter matizes de teor negativo de forma persistente.

Por sua vez, a APA (2013, p.162), em relação ao quadro depressivo major refere que: "A característica essencial de um episódio depressivo maior é um período de pelo menos duas semanas durante as quais há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades". Como refere a WHO (2021), esta doença tem implicações na funcionalidade dos indivíduos afetados em várias esferas, nomeadamente no trabalho, com elevadas taxas de absentismo, na dimensão académica e na vida familiar. Por outro lado, esta patologia encontra-se associada a um risco acrescido de suicídio, pelo que avaliar a ideação suicida, mormente se existe plano, no doente depressivo é crucial.

Como fatores predisponentes, existem desde logo os genéticos, mas deve-se relevar sobretudo os *life events* negativos que, a somarem-se, e não trabalhados, podem definir com maior ou menor grau, certas características da psique do indivíduo, e contribuir para o eclodir de quadros depressivos. Neste sentido, Van Krugten *et al.* (2017) referem que altos níveis de *locus* de controlo (externo), neuroticismo, introversão, hipervigilância, compromisso da autonomia, desconexão e rejeição como fatores que estão na base ou agudizam síndromes depressivos. Existem então características da personalidade, mas esta molda-se e forma-se em torno das experiências ao longo dos ciclos de vida (Erikson, 1982), e sobretudo da narrativa interior e dos significados que se atribuem aos eventos críticos.

As intervenções nos quadros depressivos assentam muito na combinação de estratégias farmacológicas (e.g antidepressivos, ansiolíticos) e de terapias cognitivo-comportamentais. No que respeita a estas últimas, importa referir o trabalho pioneiro de Beck (1972), "pai" da teoria cognitiva, que refere que pessoas deprimidas têm uma distorção cognitiva em três áreas, crenças negativas sobre si mesmas, o seu futuro e o mundo, pelo que a avaliação do estado mental procurará inevitavelmente abordar estes três eixos. De certo modo, por comparação com psicóticos com sintomas positivos, os

quadros depressivos permitem uma maior área de manobra para estratégias não farmacológicas. A intervenção com estes doentes assenta muito na desconstrução da tríade de Beck anteriormente referida, reforço positivo, identificação de pensamentos negativos automáticos, trabalhar aspetos conexos com a auto-estima, estratégias de *coping*, tolerância à frustração, assim como reforçar a importância de estilos de vida saudáveis como o exercício físico, que cada vez mais a literatura<sup>33</sup> aponta ser crucial (sobretudo na depressão), além de outros temas como higiene dos sonos ou alimentação racional.

Como se referiu, na patologia depressiva encontram-se subjacentes *life events* negativos tais como o luto (patológico ou não), problemas de saúde, económicos, etc. Muitas das vezes o episódio depressivo diz-se reativo a certos episódios, se houver e for identificável correlação entre eventos negativos e o quadro depressivo, por oposição a quadros mais perenes e duradouros sem que esta relação seja tão evidente. Como refere Townsend (2015, p. 280): “Eventos de vida adversos em combinação com outros fatores de risco, como a depressão, podem levar ao suicídio”. Talvez a mais importante intervenção de enfermagem – em qualquer patologia – neste contexto seja a de vigiar o comportamento, mas nestes casos assume-se como ainda mais importante. Por exemplo, existiram casos, nestes quatro anos de experiência neste contexto, de tentativas de suicídio e automutilação<sup>34</sup>, estas últimas com lâminas de afiadeira que o utente dissimuladamente retirou quando se encontravam na sala de convívio a pintar, o que diz muito da necessidade de observação quer dos comportamentos, quer das questões relacionadas com a segurança.

---

<sup>33</sup> E.g, Amorosi (2014) e Takács (2014).

<sup>34</sup> Entendidos como múltiplos, pequenos cortes, usualmente nos braços, por forma a aliviar o sofrimento psíquico.



Em rigor, automutilação e tentativas de suicídio diferem desde logo no grau, intensidade e intencionalidade do ato, mas ambos têm no seu âmago a tentativa de aliviar o sofrimento intra-psíquico que estes doentes têm. Internamentos em contexto de agudos no quadro de uma depressão, quase invariavelmente são acompanhados de ideação suicida. Como se referiu, há diferenças entre pensar no suicídio em abstrato, ou pensar num plano estruturado para pôr termo à vida, daí que na avaliação do estado mental em doentes com ideação suicida seja crucial que se pergunte acerca deste aspeto. E é difícil, até por sentimentos de vergonha ou culpabilização, e o próprio ensimesmamento característico desta doença, admitir esta questão, pelo que se torna decisivo o estabelecimento de *rapport* e da relação de confiança. Neste sentido refere Townsend (2015, p. 215):

Quão séria é a intenção? A pessoa tem um plano? Se sim, tem os meios? Quão letais são os meios? O indivíduo já tentou suicidar-se antes? Estas são todas as questões que devem ser respondidas pela pessoa que está a realizar a avaliação do cliente suicida.

Houve casos de suicídio com que lidámos, seja ideação suicida com ou sem plano e pessoas que efetivamente se suicidaram. Estes quadros, por vezes, são psicóticos, mas aqui a autorreflexão foi muito no sentido de três pontos: a autoculpabilização, o paradoxo, e a inevitabilidade. É desejável empatia com o utente, mas também é necessário distanciamento terapêutico, não obstante, em maior ou menor medida, há sempre envolvimento e em desfechos mais trágicos, deve-se afastar sentimentos de autoculpabilização.

A questão é quase sempre apenas uma: O que poderia ter sido feito? O doente verbalizou? Havia indícios de que tal pudesse acontecer? Nalguns casos, o doente ocultou a sua intenção, pelo que se tornou muito difícil prever este tipo de comportamentos. No caso dos atos suicidas, se de facto existe essa intenção bem cimentada, pode ser inevitável

impedir o desfecho mais trágico, e tem que existir distanciamento suficiente para se analisar as intervenções, os dados disponíveis, e por vezes concluir que não era de todo possível impedir o ato suicida. Por outro lado, se existem circunstâncias de vida muito complicadas, e percebe-se a correlação entre estes *life events* negativos e o quadro depressivo, não menos é verdade que também existem os casos paradoxais, e há que percebê-los precisamente na complexidade interior do ser humano. Por exemplo, casos *affluent youth like*, remetendo para outras discussões se é um diagnóstico ou não, aquilo que é inquestionável é que eles existem. O que faz com que um jovem (ou adulto) que aparentemente tem tudo, em que não existem os *life events* negativos, decida pôr termo à vida?

Luthar (2003), refere o isolamento e pressões para corresponder às expectativas como fatores que estão na base destes comportamentos (neste perfil específico), ao invés de critérios de risco mais clássicos, nomeadamente os *life events* negativos ou o baixo *status* sócio-económico. Lidar com casos de suicídio (com atos de suicídio que foram efetivamente cometidos), não é apenas lidar com a morte “de perto”, isso em serviços de internamento (e.g cirurgia, medicina<sup>35</sup>) pode de facto acontecer (e acontece), mas aí existe como que uma relação causal (doença-desfecho), maior definição, no sentido que existe uma causa facilmente identificada (e.g infeção, patologia de base), ao passo que nestes casos, existe indefinição, falta de causas por vezes diretamente relacionadas e porventura mais envolvimento da componente relação humana, afinal esta é a principal “técnica” utilizada em saúde mental.

Mas estas são situações limite, e como foi referido, constituem casos raros. Uma ala de psiquiatria de agudos, é de algum modo paradoxal, pois se existem situações em

---

<sup>35</sup> Referem-se estes serviços pois foram aqueles onde exercemos funções.

pode ser necessário a contenção física e mecânica, por outro lado, noutras situações a melhor das intervenções pode efetivamente ser não intervir. Acontece a todos os profissionais terem intervenções menos conseguidas, mas o raciocínio de não intervenção nem sempre está presente. Esquecemos muitas das vezes que não intervir, a opção, consciente, de não intervir naquele momento, e com aquele doente em particular, revela, paradoxalmente, ela própria uma intervenção – e por vezes a mais adequada - e uma consciência de si, que, por vezes, é difícil atingir. Assim, por vezes, não intervir com ações concretas, mantendo distância e observando o comportamento, tem um valor igual ou superior à mais conseguida das intervenções.

É este um dos pontos distintivos da relação terapêutica em psiquiatria, já que como enfermeiros somos muito impelidos pela vontade de ajudar o outro, pela prática de procedimentos, e como refere Townsend (2015, p. 124):

As relações terapêuticas são orientadas para os objetivos. Idealmente, o enfermeiro (a) e o cliente decidem em conjunto qual será o objetivo da relação. Na maioria das vezes, o objetivo é o de aprendizagem e promoção de crescimento, num esforço para trazer algum tipo de mudança na vida do cliente.

A questão é, com doentes com sintomas psicóticos positivos, ou depressões graves, algumas vezes não se consegue atingir este tipo de relação, com objetivos definidos, partilhados, objetivando alterar o comportamento da pessoa. Aqui ganha especial relevo a consciência do enfermeiro para, em certos casos, não ter capacidade terapêutica, ou que esta é difícil, pelo que outras intervenções, seguindo Johnson *et al* (2012), são tão ou mais importantes, tais como vigiar o comportamento e manter um ambiente seguro. Para além das intervenções “clássicas”, tais como administrar a terapêutica, um turno inteiro numa ala de agudos de psiquiatria pode ser passado a observar comportamentos, o que é em si bastante complexo e às vezes incompreendido.

Em parte relacionado com o que se referiu, pensamos que neste contexto ganham especial relevo as questões relacionadas com a contra-transferência, ou seja dirigir sentimentos e atitudes para o doente, muitas vezes a nível subconsciente. Neste sentido Townsend (2015, p.130) refere: “A transferência ocorre quando o cliente desloca inconscientemente (ou transfere) para os sentimentos de enfermeira (o) formados em direção a uma pessoa do seu passado (Sadock e Sadock, 2007) ... Contra-transferência refere-se à resposta comportamental e emocional da enfermeira (o) ao cliente”. Ou seja, na relação terapêutica existem sentimentos ou emoções transferíveis do enfermeiro para o cliente e vice-versa, seja por um processo de identificação de características ou problemáticas de um passado que se atualizam e personificam no outro, ou de certas manifestações ou atitudes decorrentes da relação terapêutica. Em parte, a noção de contra-transferência vai ao encontro do que refere a alínea a), do artigo n.º 4 do Regulamento n.º 515: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427).

A questão (ou risco), neste ponto, será sempre a perda de objetividade, e neste sentido, Corey (2009) refere: “É fundamental que os terapeutas tenham conhecimento da contra-transferência para que as suas reações aos clientes não interfiram com a sua objetividade. (p.73).”. Por sua vez, Townsend (2015, p. 130) refere: “Não é fácil abster-se de ficar zangado quando o cliente é constantemente antagónico, sentir-se lisonjeado quando repleto de afetos e atenção pelo cliente, ou mesmo sentir-se bastante poderoso quando o cliente exhibe dependência excessiva.”. A contra-transferência é um conceito crucial a ter em conta na relação terapêutica, mais comum do que se possa imaginar, e não é suficientemente discutido, até porque muitas vezes não se tem consciência do facto. O mais frequente, diríamos, tendo em consideração o perfil de doentes neste contexto, é

existir uma perfeita noção (e consciência) das emoções ligadas a uma contra-transferência, porque é comum lidar com doentes que têm um comportamento antagonista, como refere Townsend, muitas vezes com baixa tolerância à frustração, o que torna por vezes difícil que estes sigam as mais simples indicações.

É inevitável chegar ao final de um turno e não sentir este reflexo na nossa própria interioridade. Por outro lado, pode existir uma sobre-identificação com a problemática do utente, e encetar comportamentos que visam mais do análises objetivas e um processo de ajuda com algum distanciamento, procura-se “salvar” (termo referido por Townsend, 2015, p.130) o doente. Assim, neste tipo de relações mais envolventes, é necessário esta consciência autorreflexiva, trazer os sentimentos e emoções à análise, tendo noção do distanciamento terapêutico e da natureza da patologia. Porém, os sentimentos de frustração estão lá, quando se passa o turno, quando lidamos com comportamentos e respostas verbais difíceis – pensamos nós, os mais comuns. Como refere Townsend (2015), não tem que existir, quer na transferência, quer na contra-transferência, terminação da relação, mas devemos manter vigilância interior, sobre estes aspetos, e ter a noção quando estes ultrapassam certas barreiras, que no limite, só o próprio profissional os conhecerá. Por outro lado, fazer uso consciente quer da transferência quer da contra-transferência, pode permitir ganhos ao nível do *rapport* e da relação empática e de confiança que se estabelece, portanto pode também ser uma ferramenta útil na relação terapêutica.

No concreto da contra-transferência, existe também algum receio ou dificuldade em admitir abertamente estas questões, porque o objetivo é partir para análises objetivas do estado mental dos doentes, e porque admitir\discutir estas questões, *a priori*, pode implicar perda de objetividade ou dificuldade do próprio enfermeiro em lidar com este tipo de emoções. Neste sentido, pensamos que seria importante promover uma cultura de

abertura no seio das equipas e “normalizar” esta expressão de preocupações e vigilância interior, talvez apontando, mesmo formalmente, um elemento da equipa com mais experiência como referência para discutir estas e outras questões referidas anteriormente. Caso contrário, porventura, estes são pontos que ficam largamente ao critério individual, que são compartimentalizadas, fechadas até, por existir, em certa medida, algum receio em admiti-las, discuti-las, interiorizá-las e integrá-las de forma a otimizar o processo terapêutico. Este elemento teria a função de conduzir a gestão destas preocupações, e de a dois, numa análise fina, perceber os aspetos que causam compromisso no *self*, na relação terapêutica, e aqueles que devidamente conscientes, podem ser ferramentas úteis para a relação terapêutica.

Por outro lado, como já se referiu, as melhorias em termos comportamentais, quase sempre são pouco tangíveis, e por vezes existe até regressão, pelo que ter a noção de que se caminha devagar, numa relação a dois, é evidente mas por vezes difícil de interiorizar. Por comparação, por exemplo, a um serviço de cirurgia, os doentes têm fraturas ou luxações, ou outros problemas como infeções, e nestes casos, há de facto a definição que anteriormente referíamos de A+B, em que A designa uma série de intervenções no âmbito da medicina e enfermagem, sendo que B significa, na grande maioria dos casos, que a situação foi resolvida e o doente tem alta, tudo em prazos muito curtos que se medem em dias. Em psiquiatria estas melhorias são menos visíveis, menos evidentes, em muitos casos não existe esta relação causal A+B em que nos habituamos a pensar, e os internamentos, por vezes, podem durar meses.

O maior envolvimento da componente relacional, que está presente em todos os contextos, mas diríamos que com maior relevância neste contexto, exige maior detalhe e técnica nas componentes da relação de ajuda, e maior interiorização de ganhos por vezes quase intangíveis. Assim, neste contexto, é necessário compreender que não existe

necessariamente uma evolução clínica nos traços de uma progressão geométrica, nem muitas vezes relações definidas, causais até, no processo saúde-doença. Neste sentido, Meleis *et al* (2000) refere transições mais longas, e por vezes, como se referiu no enquadramento conceptual, sem propriamente existir uma linearidade temporal, o que neste contexto e pelo que se referiu, é uma premissa que faz todo o sentido.

## **Ensino clínico II (contexto comunitário): comportamentos aditivos**

Começamos por referir que este campo de estágio tem o seu foco nos cuidados de saúde ao nível comunitário no âmbito da saúde mental e psiquiátrica num CRI (Centro de Respostas Integradas). Mais especificamente, irão ocupar lugar central os comportamentos aditivos e, neste concreto, importa definir este tipo de comportamentos. Se seguirmos o DSM-V (APA, 2013), a terminologia utilizada é transtornos relacionados a substâncias ou não (e.g o jogo) e, *grosso modo*, subsumidos os seus critérios, podemos referir o reduzido auto-controlo, a ativação dos mecanismos de recompensa cerebrais e o uso continuado, não obstante o compromisso na vida social, familiar, material e no emprego. Por sua vez, parafraseando Maté (2009), os comportamentos aditivos envolvem um comportamento repetitivo, relacionado com substâncias ou não, que persiste não obstante o seu impacto negativo.

O mesmo autor define critérios para este comportamento, nomeadamente uma envolvimento compulsiva e *deficit* de controlo sobre o mesmo, insatisfação, irritabilidade ou um *craving* intenso quando o objeto não se encontra imediatamente disponível. Trata-se de viver o quotidiano nortado por uma preocupação, um objetivo, que é o de satisfazer essa necessidade, pelo que são comportamentos caracterizados por uma tonalidade imediatista. Este é um fenómeno multifacetado e em que no seu *core*, seguindo autores como Maté (2009) ou Mirlashari, Jahanbani e Begjani (2020), existem, quase



invariavelmente, trajetórias de vida matizados por *life events* negativos, que promovem desestruturação, marginalização e isolamento, sendo que ao transtorno da psique e características da personalidade (Von der Heiden e Egloff, 2021), existem causas sociais e culturais (Herie e Skinner, 2014) que importa relevar.

Torna-se necessário explicitar e discutir alguns conceitos mais específicos conexos com a abordagem aos comportamentos aditivos. O primeiro destes conceitos, *locus* de controlo externo foi cunhado por Rotter (1975), em que existe uma conceção, tendencialmente externa do indivíduo sobre as causas e circunstâncias que controlam aspetos da sua vida. Ao invés, um *locus* de controlo interno, é tido como uma perceção intrínseca ao indivíduo, sobre o qual ele age e controla, existe de certo modo uma crença em si, nas suas capacidades, possibilitando alterar aspetos do seu comportamento – afastando uma “culpabilização” externa.

Por outras palavras, um indivíduo com um *locus* de controle interno, tende a agir e a modificar aspetos do seu comportamento que possa percecionar como erróneos, *a contrario sensu*, um indivíduo com um *locus* de controlo externo tenderá a fazer recair o controlo sobre o seu comportamento em causas externas. Como refere Maté (2009):

As pessoas são suscetíveis ao processo aditivo se tiverem uma necessidade constante de preencher as suas mentes ou corpos com fontes externas de conforto, sejam elas físicas ou emocionais. Essa necessidade expressa uma falha de autorregulação, uma incapacidade de manter uma atmosfera emocional interna razoavelmente estável.”  
(p.216)

Relacionado com o conceito de *locus* de controle surge a auto-eficácia, conceito cunhado por Bandura (1982), que diz respeito à crença que cada um tem na sua capacidade de *problem-solving*, que em linhas gerais deverá estar em par com as competências. A noção

de auto-eficácia é crucial, porque sem ela é impossível ter capacidade para solucionar, resolver e implementar tarefas, das mais simples às mais complexas. A pessoa com transtorno de adição tende a focar-se no seu objeto (a substância), assim como terá incapacidade de auto-regulação e de se focar e resolver, por vezes, simples tarefas mundanas e quotidianas pelo que haverá um *deficit* de auto-eficácia.

Como exemplo do anteriormente referido, destaca-se o diálogo de Serena com Maté (2009, p. 60): “Tentei prová-lo a mim mesmo, e falhei.”, ficando evidente que a falta de crença em si, é notória. Não é só a falta de auto-eficácia e um *locus* de controlo externo que este breve excerto com um toxicodependente reflete, existe também uma dissonância cognitiva, um conceito cunhado por Festinger *et al.*, (1956). Ou seja, qualquer tentativa de alterar estes padrões de comportamento, esbarram em crenças mentais de que só com objetos externos se alcança uma certa satisfação, e a inerente coerência que, muitas das vezes, (in) conscientemente se procura manter: “Normalmente, sinto-me em baixo.” refere Aubrey, “Eu tomo coca, e sou uma pessoa totalmente diferente. Podia falar-te muito melhor agora se estivesse *high*<sup>36</sup> com cocaína.” (Maté, 2009, p. 49). A conjugação destes conceitos, aliada a fatores de cariz sociológico, alguns abordados por Meleis (2010b), reflete o quão difícil é mudar este tipo de comportamentos.

No relato anterior de Aubrey em diálogo com Maté (2009), fica patente um mecanismo subjacente a quase todas as drogas com efeitos psicotrópicos (e.g cocaína, heroína), que é o de influenciar o sistema dopaminérgico, como refere Wise e Robble (2020). A dopamina é um neurotransmissor responsável pela sensação de bem-estar, prazer e motivação. Como referem os autores anteriormente citados, como consequência da toma habitual de drogas psicotrópicas, os recetores de dopamina expressos decrescem

---

<sup>36</sup> Tradução literal “elevado” sob o efeito de substâncias psicotrópicas, existindo vários termos em linguagem informal (e.g *trip*, *mocado*) para descrever este estado, pelo que se mantém o original.

reduzindo assim a motivação em atividades sem este mecanismo de recompensa imediata. Forma-se um *loop*, em que a busca do prazer via substância psicotrópica é cada vez maior, mas também a tolerância à própria substância, o que provoca uma busca eterna pelo primeiro *hit*<sup>37</sup> – ainda que continue a existir ativação da dopamina, ele é tendencialmente menor.

Por outro lado, Maté (2009) traz-nos uma perspectiva da psicobiologia, diríamos, mais desenvolvimental, referindo-se ao neurodarwinismo, em que conexões entre as sinapses são reforçadas, assim tenham o estímulo adequado, sobretudo nos estágios de desenvolvimento do cérebro (infância e adolescência), e outras são inutilizadas num processo de competição – daí o termo neurodarwinismo. Partindo do pressuposto que a trajetória de vida de muitas pessoas com esta problemática reflete *life events* negativos desde muito cedo, como amplamente sustentado por Maté (2009), temos que os circuitos que regulam a impulsividade, a auto-regulação emocional, encontram-se indelevelmente marcados, e assim a sua predisposição para comportamentos de risco é significativamente maior. Embora Maté (2009) rejeite um determinismo impresso nos genes, esta perspectiva desenvolvimental pode ser descrita em palavras que refletem esta realidade dramática, e a dificuldade de alterar este tipo de comportamentos, palavras que titulam um dos capítulos do livro: “Os seus cérebros nunca tiveram hipótese.”.

Não obstante, a mudança é possível e neste sentido parece-nos importante uma referência ao modelo transteórico de mudança de comportamentos de Prochaska e Velicer (1997). Este modelo baseia-se em diferentes teorias de intervenção em várias etapas numa dimensão temporal linear, por exemplo a consciencialização, característica da teoria Freudiana, a componente relacional da teoria Rogeriana, ou a contingência da teoria de

---

<sup>37</sup> Querendo significar a sensação da primeira vez que se esteve sob o efeito da substância.

Skinner: daí a designação transteórico. Este modelo permite intervenções com maior eficácia, por se adaptarem aos estágios (sequenciais) em que cada indivíduo se encontra. A primeira fase é a da pré-contemplação, em que as pessoas não pretendem ter nenhuma ação concreta nos primeiros seis meses. É uma etapa em que os indivíduos são resistentes à mudança, e deste modo não estão preparados para terapia ou para programas de promoção da saúde. A fase da contemplação é caracterizada por as pessoas se encontrarem ambivalentes entre os riscos e benefícios.

Já na etapa da preparação os clientes pretendem tomar uma ação num futuro próximo, usualmente no mês seguinte, e assim encontram-se abertos à mudança e devem ser recrutados e beneficiar de programas de intervenção. Por sua vez, a etapa da ação é definida por mudanças comportamentais no sentido de evitar riscos para a saúde nos últimos seis meses. A mudança tem que ser observável e mensurável, por exemplo a mudança para pastilhas de nicotina no caso dos fumadores ou redução no número de cigarros (se bem que o objetivo significativo seja a abstinência), ou no caso das dietas, a redução de 30% das calorias ingeridas e por exemplo não ingerir *fast food*.

A manutenção é definida como a fase em que os indivíduos procuram evitar a recaída, encontrando-se cada vez mais confiantes, e segundo os autores anteriormente citados dura entre seis meses e cinco anos. No caso do tabagismo, a percentagem de recaídas após um ano era de 43% e após cinco anos de 7%. A recaída, segundo os autores, não deve ser entendido como um estágio separado, mas sim como uma regressão a um estágio anterior. Por um lado, mais negativo, esta recaída ocorre na maioria das mudanças comportamentais em linha com estilos de vida mais saudáveis, e de forma mais positiva, a referir que no caso do tabagismo ou do exercício físico, apenas 15% das pessoas regridem até à fase da pré-contemplação - a maioria regride para a fase de contemplação. No estágio final, as pessoas, independentemente das suas emoções ou estado de humor

(e.g. ansiedade, depressão, irritados, stress), já não têm tentações (relativas à substância) e têm 100% de auto-eficácia. No caso de ex-fumadores e alcoólicos, menos de 20% chegou a esta fase.

Em algumas situações (muitas?) que configuram um processo transitório está subjacente a formação de novos hábitos. Como refere Wood e Neal (2007, p.843): “Hábitos são disposições aprendidas para repetir respostas passadas.”, portanto trata-se de adquirir automatismos com base em experiências passadas. Os mesmos autores referem que numa perspetiva histórica começou-se por entender os hábitos na linha da corrente behaviorista, considerando o binómio estímulo-resposta, para depois entender estes comportamentos como mais complexos, numa linha cognitiva, que implicam uma fase de aprendizagem. Parece ser consensual na literatura que os hábitos se formam através objetivos inicialmente traçados, que pela repetição geram respostas mais automatizadas sem grande dispêndio de energia cognitiva. Se a motivação para mudar, os *triggers*<sup>38</sup> e o contexto forem favoráveis, o hábito forma-se mais rapidamente, e depois de “impresso”, mesmo em condições mais adversas, porque se encontra ao nível das respostas de tipo associativo, é mais difícil que exista recaída.

Em todo o caso, quanto tempo dura a formação de um hábito? Wood e Rüniger (2016) com base no estudo de Lally *et al.* (2010), referem que para o hábito de caminhar após o jantar se formar são necessários entre 18 a 254 dias. Os mesmos autores, com base Kaushal e Rhodes (2015), referem que o hábito de ir ao ginásio se tornaria automático ao fim de 6 semanas. Existe, portanto, uma grande variabilidade nestes números, e depende em grande medida do indivíduo e da sua capacidade de auto-regulação. Na adição, sobretudo em substâncias que influenciam o sistema dopaminérgico, existe inicialmente

---

<sup>38</sup> Tradução literal “gatilhos”, todos os factores externos que impelem ao consumo de substâncias.

o papel da libertação de serotonina e dos prazeres a ela associados, mas depois de o hábito se formar, são respostas essencialmente automatizadas, e neste sentido Wood e Rüniger (2016, p. 14) referem: “Fenomenologicamente, o viciado já não gosta da droga, mas usa-a compulsivamente, muitas vezes apesar das intenções de desistir. A insensibilidade do resultado da droga é promovida ainda mais à medida que as exposições repetidas aumentam a tolerância aos efeitos gratificantes da substância”. Ou seja, a insensibilidade à substância advém da tolerância, portanto são respostas adquiridas (i.e hábitos) que em última análise guiam estes comportamentos. A questão da pressão dos pares referida por Meleis (2010), cremos que é um fator deveras importante neste contexto, como o serão outras variáveis como os traços de personalidade da pessoa.

Assim, para mudar um hábito há que inibir respostas automáticas, e num primeiro momento fazer uso da motivação (que Meleis também refere) e força de vontade para que paulatinamente se gerem respostas com menos gasto de energia cognitiva, e assim perdurem no tempo, independentemente de estados emocionais ou contextos mais adversos. Neste primeiro momento, será também necessário controlar os “gatilhos” que levam a certo tipo de respostas. Por sua vez, Clear (2018) destaca que o caminho mais fácil para a formação de hábitos é através de pequenos incrementos, o que vai ao encontro de muita literatura que refere que os objetivos não devem ser inalcançáveis, antes devem-se dividir em pequenas etapas de forma progressiva. Este autor também enfatiza, em última análise, a preferência pelo que designa como hábitos identitários em detrimento dos hábitos regidos por objetivos, o que vai ao encontro do que anteriormente se referiu acerca de Meleis (2010), em que em certas transições, estão em curso verdadeiras mudanças estruturais, que alteram a própria identidade da pessoa.

Por fim, parece-nos importante o conceito de capital de recuperação, que tem as suas bases na teoria de Bourdieu (1977), que desenvolve o constructo de capital social,

sublinhando que não é apenas o capital económico aquele que se encontra subjacente às relações sociais. Assim, olhando este conceito de forma global, o autor admite que o *status*, as relações, a influência e a cultura que certos indivíduos podem ter, configuram outras formas de poder, tão ou mais importantes que o poder económico, e que influenciam, sobremaneira, as relações sociais. Os autores Herie e Skinner (2014), baseando-se em Granfield e Cloud (1999), utilizam o conceito de capital noutra aceção, nomeadamente identificam-no como os recursos internos e externos dos quais podemos partir para iniciar e sustentar um processo de intervenção, nomeadamente em comportamentos aditivos. Desde logo, existe o mérito de esta ser uma perspetiva de entender esta problemática como não focada numa doença, mas sim direcionada para um processo transitório (Meleis, 2010), em que os indivíduos irão recuperar.

Segundo Herie e Skinner (2014), White e Cloud (2008) dividem este conceito em capital pessoal (e.g. *engagement*, *skills*<sup>39</sup>, auto-narrativas), capital familiar (estruturação familiar, qualidade relações), capital comunitário (recursos comunitários disponíveis, políticas) e capital cultural, que se encontra conexo com sentimentos de pertença, valores e integração a certos grupos de referência que sejam positivos para este processo. O conceito parece-nos muito pragmático, no sentido em que podem ser mapeados inicialmente os recursos de um certo indivíduo, concatenando informação sobre todos os recursos que podem influenciar o processo transitório. Por último, referir que utilizamos preferencialmente a designação comportamentos aditivos, que tem um sentido mais lato, em detrimento de transtorno ou dependências, porque estes últimos correspondem a diagnósticos e/ou têm por isso uma conotação mais marcada e estrita.

---

<sup>39</sup> *Engagement* no sentido de motivação, e *skills* entendidas como competências.

### **Descrição e enquadramento do CRI**

Com o decreto-lei n.º 124 (Ministério da Saúde, 2011), foi criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), que por sua vez está na dependência das Administrações Regionais de Saúde (ARS). O Decreto-lei n.º 17 (Ordem dos Enfermeiros, 2012), no seu artigo 2º, refere que o SICAD tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências. Por sua vez, os CRI encontram-se organicamente na dependência do SICAD e ARS, e constituem-se como:

Estruturas locais de cariz operativo, constituídas por equipas técnicas multidisciplinares ...que executam programas de intervenção local no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, bem como prestam cuidados integrados e globais a pessoas com comportamentos aditivos e dependências, em regime ambulatorio, seguindo intervenções terapêuticas baseadas em evidência científica, com vista ao tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção destes doentes (SNS<sup>40</sup>, 2016)

Deste modo, os CRI atuam ao nível da prevenção de comportamentos aditivos na comunidade (e.g escolas, IPDJ<sup>41</sup>), assim como recorrem a diversos programas específicos de tratamento, reabilitação e reinserção.

---

<sup>40</sup> Serviço Nacional de Saúde.

<sup>41</sup> Instituto Português do Desporto e da Juventude.



Este ensino clínico decorreu num CRI, pelo que importa descrever esta estrutura ao nível do seu espaço físico e recursos humanos. Quanto à primeira, a referir que este é um edifício recente, de dois andares, onde existem vários gabinetes ocupados por médicos, psicólogos, assistentes sociais, uma sala de tratamento, uma de enfermagem, uma pequena biblioteca, copa e sala de formação. Relativamente aos recursos humanos, o CRI dispõe de uma equipa multidisciplinar, composta por: enfermeiros, médicos, psicólogos, técnicos de serviço social, administrativos, assistente operacional e motorista. Importa referir que não obstante o nosso foco, no âmbito deste ensino clínico, tenha sido a consulta do adolescente, participámos em várias reuniões multidisciplinares do CRI. Deste logo, sobressai uma certa cultura nesta unidade, visível nas reuniões onde todos participam, debatem e discutem casos, inclusivamente os administrativos e AO. Parece não existir o *status* habitual que se pode encontrar em contexto hospitalar, de uma certa separação entre profissões: médicos, enfermeiros e AO.

A título de exemplo, presenciámos no CRI, a apresentação de vários casos para toda a equipa, realizada por um administrativo, que mantém um conhecimento profundo dos utentes desta estrutura. A área de intervenção do CRI engloba todos os concelhos do distrito, podendo recorrer aos seus serviços todo o cidadão com problemáticas ao nível dos comportamentos aditivos. Por outro lado, podem surgir casos que são referenciados por outras entidades/serviços afetos ao SNS, ou referenciados pela Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT). Atualmente existem consultas de cessação tabágica (que tem lugar às sextas), a consulta do adolescente (que funciona no IPDJ às quartas e sextas), várias consultas de acompanhamento individual envolvendo os técnicos do CRI (e.g psicólogos, médicos), assim como os programas de tratamento de substituição opiáceos por metadona ou buprenorfina. Por sua vez, este ensino clínico

incidiu no âmbito da consulta do adolescente, onde pudemos acompanhar vários jovens com comportamentos aditivos.

Não obstante, a referir que também tivemos a oportunidade de participar na administração de metadona a vários utentes que se deslocam ao CRI diariamente, assim como participámos na entrega de doses de metadona a vários centros de saúde do concelho, que por sua vez os distribuem aos utentes da sua área. Existe uma relação de muita proximidade entre esta população e os técnicos do CRI, mormente os enfermeiros, que têm um conhecimento profundo dos problemas de cada um, o seu ambiente familiar, as tentativas e recaídas, o seu *life path*. É uma população difícil, com trajetórias de vida marcadas por *life events* negativos, alguns com alguma proximidade à marginalidade, famílias disfuncionais, mas não menos é verdade que muitos conseguem ter uma relativa estabilidade, mantendo emprego e família, algo a que não será alheia a intervenção dos técnicos do CRI. Neste contexto, também efetuamos vários testes de despiste de consumos<sup>42</sup>, o diálogo foi sempre cordial, sincero tanto quanto pudemos aferir, e nota-se que estes técnicos estabeleceram laços de confiança com indivíduos, que na sua maioria, diríamos, são fugidios, desconfiados por natureza, ensimesmados no seu mundo. Não obstante, a supervisão tem que ser incisiva, porque também existem os que tentam manipular e dissimular aquando das análises - existe inclusivamente uma câmara de filmar no WC (*Water Closet*) que utilizam aquando da colheita de amostras de urina.

No programa de metadona existem dois grupos distintos: indivíduos que levam várias doses para consumirem em casa durante x tempo, e os que diariamente tomam a metadona no CRI. Não tivemos apenas contacto com o programa de substituição de metadona, também observámos várias consultas médicas e de enfermagem no âmbito da

---

<sup>42</sup> Para quem se encontra inserido no programa de metadona, são proibidos consumos de outras substâncias.

consulta de cessação tabágica. O elemento chave nestas consultas é a motivação para deixar de fumar (algo a que Meleis 2010, faz referência), e o discurso do enfermeiro é focado neste aspeto, além de orientações quanto a aspetos como a alimentação racional, a importância do exercício físico, entre outras. Os parâmetros avaliados são o peso e a TA, porque podem existir variações nestes indicadores durante o período de abstinência. Considerando o modelo transteórico de Prochaska e Velicer (1997) a que já nos referimos, na sua grande maioria, os indivíduos que se encontram em acompanhamento nesta consulta encontram-se na fase de preparação.

De certa forma, a peça legislativa que está na base de uma mudança significativa ao nível dos comportamentos aditivos foi a Lei nº 30 (Assembleia da República, 2000), vulgo lei de descriminalização das drogas, que operou uma viragem ao nível das políticas nesta área. Com efeito, até então, a política – assim o podemos dizer – baseava-se na penalização dos consumidores de substâncias ilícitas, como a canábica, heroína ou cocaína. Ou seja, o consumo de substâncias ilícitas era crime, pelo que os consumidores eram alvo de processo-crime e no limite poderiam ser aplicadas penas de prisão efetivas. Portanto, o quadro legislativo em vigor até ao ano 2000 assentava na repressão, perspetivando os consumidores destas substâncias, assim tenha transitado em julgado, como criminosos. Com esta lei, sendo retirada a exigência do processo penal para consumidores de estupefacientes, iniciou-se uma mudança de paradigma, em que estes consumidores são perspetivados como indivíduos com um problema de adição, sendo encaminhados para estruturas com competências para os acompanhar, e objeto de cuidados de saúde através de programas específicos que assentam na prevenção e reabilitação.

Importa referir, a nível conceptual, que não se operacionalizou uma liberalização do consumo de psicotrópicos, retirou-se o ónus do processo penal e construíram-se respostas não repressivas, na linha da prevenção e reabilitação. As substâncias continuam

a ser ilícitas, e o tráfico continua a ser punido, evidentemente, em contexto de processo-crime. Neste sentido, as autoridades policiais podem e devem agir sobre o consumidor de estupefacientes, porém encontrando-se na sua posse quantidades mínimas (no caso da canábis são 5g), estes indivíduos são considerados consumidores e encaminhados para as CDT, a quem cabe decidir a sanção, que assenta, em linhas gerais, na obrigatoriedade de estes serem acompanhados em programas específicos.

Em decorrência deste quadro, impõe-se a pergunta: que mudanças advieram desta nova política? Assistiu-se a um aumento dos consumos e de toda a envolvente relacionada com estes? A resposta é que este novo paradigma obteve excelentes resultados, em toda a linha, e Portugal, neste concreto, é visto por outros países como um *case study*. Neste sentido, com base em Slade (2021), podemos referir que a partir do ano 2000, foi possível observar uma queda drástica das mortes relacionadas com o consumo de estupefacientes, e este número tem permanecido abaixo da média europeia. Nesta esteira, a população prisional com crimes relacionados com o consumo de estupefacientes caiu de 40% para 15%, e os níveis de consumo têm permanecido abaixo da média europeia. Outro ganho evidente, está no facto de a marginalização e o estigma destes indivíduos ter sido em grande medida afastado, sobretudo (mas não só) se considerarmos que existiu a passagem, estrutural diríamos, do epíteto “criminoso” para pessoa com comportamentos aditivos, e por isso objeto de cuidados de saúde. Estes resultados demonstram inequivocamente que esta mudança de paradigma trouxe excelentes resultados em várias dimensões.

Em Portugal, para além dos programas de substituição de opiáceos por metadona – a que já nos referimos - são fornecidas gratuitamente seringas nas farmácias para consumidores de opiáceos via endovenosa, assim como existem diversas comunidades terapêuticas para onde podem ser encaminhados. Estas e outras medidas, a jusante da Lei nº30 (2000), encontram-se obviamente relacionadas com os resultados anteriormente

referidos por Slade (2021), e se estas políticas foram inovadoras, como Slade afirma, a interrogação é saber se Portugal continuará a construir para além destas políticas. A questão que se encontra subjacente seria, por exemplo, a venda de canábis ser autorizada e regulada e, neste concreto, Slade dá como exemplos alguns estados dos EUA ou Canadá. Os argumentos dividem-se, por um lado este tipo de medidas seriam as únicas verdadeiramente eficazes contra o tráfico de estupefacientes, e permitiria segurança no consumo destas substâncias, sabendo-se que muitas das vezes estas são adulteradas, por outro, poderiam incentivar o consumo e enviar à sociedade não uma mensagem de dissuasão, mas de relativização dos seus efeitos nocivos.

De facto, se seguirmos a meta-análise de Marconi *et al.* (2016), existe um *link* (não causal) bem sustentado entre o consumo de altas doses de canábis e a psicose, portanto haverá uma certa imagem, até propalada pelos *mass media*, de ausência de efeitos nocivos, quando a realidade é outra. Por outro lado, os seus efeitos nocivos são comparáveis com outras substâncias legais e socialmente aceites, como os cigarros ou o álcool? Não nos cabe aqui responder em definitivo, até porque mesmo recorrendo ao maior nível de evidência científica (meta-análise), a discussão seria sempre superficial, mas sim apenas traçar os principais argumentos pró e contra que envolvem esta questão. O raciocínio anterior tem por base a premissa de que os consumos ocorrem na idade adulta, sendo certo que o consumo de psicotrópicos por adolescentes, independentemente da substância em causa e se estes são ocasionais, moderados ou frequentes (diários), indubitavelmente acarreta malefícios para a saúde. O que fica, porém, ao nível das políticas de saúde e que se quer destacar, sendo factual e indesmentível, são os resultados positivos da política que Portugal seguiu nesta área – com a qual concordamos em absoluto.

### **Metodologia: critérios e objetivos**

Quanto a aspetos de índole metodológica, o nosso objetivo foi a integração em projetos e atividades em curso no CRI, que terão a tónica na prevenção, não obstante a fase de reabilitação possa e deva estar incluída. Foi realizada uma revisão da literatura considerada relevante tendo em consideração o objeto de estudo que consiste, como já se referiu, na análise (e estratégias a ter) ao nível dos comportamentos aditivos. Importa realçar que não terá que existir necessariamente uma componente relacionada com a substância, e de facto muita da literatura mais recente tem enfoque em “novas” formas de adição, nomeadamente acerca do uso da internet, o jogo ou sexo (Zou *et al.*, 2017). Não obstante, cremos que o foco nas adições conexas com substâncias psicotrópicas (e.g *binge drinking*, canábis), tem bastante prevalência pelo que, preferencialmente, iremos focarmo-nos nestas últimas, conquanto, sem excluir as primeiras. Por outro lado, o nosso público-alvo recairá nos jovens (adolescentes, jovens adultos), uma opção que se justifica pelo que refere Herie e Skinner (2014,p.14): “Problemas conexas com comportamentos aditivos manifestam-se geralmente na adolescência e nos primeiros anos da vida adulta, dos 16 aos 24 anos...”, assim como pelos projetos (e.g consulta do adolescente) em curso no CRI, visando mitigar estes comportamentos.

Importa referir que esta população, se tivermos como base o que refere Erikson (1982), se encontra entre duas fases dicotómicas, (Identidade vs Confusão de Papéis), que se situam, *grosso modo*, entre os 13-19 anos. Esta ambivalência decorre de um processo

de estruturação, logo não completo, em que se constrói a identidade e deste modo os papéis sociais (a que Meleis, 2010, também se refere), ainda não se encontram devidamente cimentados e solidificados. Ora, a interferência de fatores, digamos nocivos e externos, num processo de estruturação com estas especificidades, só contribuí para aumentar a “confusão identitária” a vários níveis, pelo que as intervenções nesta população se revelam de extrema importância. O foco, a intervenção de base, consiste na psicoeducação no âmbito de consultas de enfermagem ao adolescente. O recrutamento foi realizado a partir de jovens que sejam referenciados para a consulta do adolescente do CRI. A referenciação pode ser via CPCJ (Comissões de Proteção de Crianças e Jovens), CDT, escolas, entre outras entidades, ou a pedido do próprio/tutores legais.

Embora, em rigor, não se trate de um estudo qualitativo, em termos de abordagem metodológica podemos referir que este segue, *grosso modo*, as linhas orientadoras do paradigma qualitativo <sup>43</sup>(Denzin e Lincoln, 2005), e porque seguimos vários adolescentes, numa abordagem mais profunda trata-se de uma abordagem de casos múltiplos (ver, Guerra, 2006, para mais detalhes). O estudo de caso pretende uma análise profunda, naturalística, um recorte de uma realidade que seja dela representativo, por sua vez, os casos múltiplos permite uma análise mais aturada pela triangulação do material empírico, tal como refere Carneiro (2018):

Outro ponto importante foi a escolha de casos múltiplos e não únicos em nossa pesquisa. Justamente por usar a teoria psicanalítica num contexto estendido, ou melhor, por não se tratar de um contexto clínico clássico, acreditamos que mais casos

---

<sup>43</sup> Por exemplo, recorrendo a uma pergunta de partida, definição de objetivos, e as próprias entrevistas a vários adolescentes, não obstante sejam de natureza terapêutica e não com o propósito de desenvolver um estudo desta natureza.

forneceriam mais situações comparativas de análise contribuindo, assim, para incrementar a confiabilidade na triangulação do material produzido. (p.316)

Carneiro (2018), faz um apontamento, talvez melhor, uma reflexão metodológica, que é também discutida nos manuais sobre metodologia qualitativa sobre o estudo de caso, nomeadamente o facto de que se este pode ser entendido ou focado numa pessoa, não menos é verdade que ao colhermos e analisarmos um recorte múltiplo, e no fundo da mesma realidade - no concreto adolescentes que são seguidos no CRI - não estaremos também assim a analisar algo único. Tem fundamento metodológico esta reflexão, mas preferimos a designação de casos múltiplos, porque haverá comparação de diferentes recortes empíricos, ainda que admitamos que, no limite, exista uma (única) realidade macro que se analisa – estratégias no que concerne aos comportamentos aditivos nos adolescentes.

Deste modo, importa referir os critérios de elegibilidade, que consistem em ser adolescente, na correspondência das idades (13-19) insertos no estágio descrito por Erikson (1982), ser seguido na consulta do adolescente do CRI e ter efetivamente ou potencialmente uma problemática de adição. A avaliação das competências foca-se nas entrevistas clínicas e nos resultados obtidos sob supervisão clínica. Neste concreto, diremos que estas intervenções, baseadas na relação de ajuda, apontam para que esta emerja como um ponto fulcral, concatenando e entrecruzando em si as competências do EESMP, nomeadamente a utilização do *self* como instrumento terapêutico.

Relativamente aos instrumentos de avaliação, a mencionar que talvez a noção mais em voga na literatura seja a aplicação de escalas para avaliar a literacia em saúde de adolescentes (Rosa, 2018, Rolim, 2017). Não obstante, esta perspetiva já tinha sido realizada no estágio anterior (por outros alunos). Por outro lado, sendo a literacia em saúde dos adolescentes um aspeto importante, em termos de práxis clínica dos



comportamentos aditivos, haverá, quanto a nós, um elemento ainda mais central. Deste modo, a métrica que fará mais sentido avaliar no âmbito destas consultas é a motivação para a mudança, porque condiciona e em última análise serve de critério de exclusão das intervenções que se intentam aplicar<sup>44</sup>. Neste sentido, a referir que no formulário de inscrição do CRI, indaga-se o utente sobre a sua disponibilidade para a mudança numa escala de 0 a 10. Deste modo, decidimos seguir este instrumento, já utilizado, e desta forma poder aferir (periodicamente) a motivação para a mudança de comportamentos nas consultas. A pergunta de partida que nos guia é: Que estratégias podem ser utilizadas na consulta de enfermagem do adolescente?

Neste concreto, como instrumento norteador, elaboramos uma *checklist*<sup>45</sup> (em anexo), que prevê, de um modo geral, as fases e as intervenções a implementar na consulta do adolescente. Neste instrumento podemos discernir duas fases distintas, primeiro uma tentativa de redução dos consumos, e numa segunda fase, objetivar a abstinência. O racional por trás desta abordagem reside no facto de existir uma relação entre dose-resposta, e esta relação está presente nos padrões de consumo do álcool (Chung *et al.*, 2018), assim como com a canábica, tal como refere Simpson e Magid (2016):

O uso prolongado/pesado de canábica tem sido associado ao desenvolvimento de dependência à substância, psicose e declínio significativo no desenvolvimento cognitivo... Num estudo de coorte conduzido por Meier *et al.*, quanto maior for a frequência e a duração do uso a longo prazo, maior o declínio nos pontos de QI; em comparação, os indivíduos que não consumiram canábica evidenciaram um ligeiro aumento no ponto de QI. (p.433)

---

<sup>44</sup> Daí a nossa referência ao modelo transteórico e a Meleis (2010) e, de um modo geral, ao papel do conceito de motivação neste relatório.

<sup>45</sup> Por necessidade do serviço e sugestão da supervisão.

Portanto, a redução do consumo de canábis ou de álcool acarreta redução dos riscos, e desse modo Johnson *et al.* (2012, p.82) referem o seguinte resultado (NOC<sup>46</sup>): “Controlo de risco: Uso de drogas. Definição: consistem em ações pessoais para prevenir, eliminar ou reduzir o uso de drogas que representem uma ameaça à saúde”, o que se encontra associado ao diagnóstico “*coping* ineficaz”, e entre outras intervenções destacam-se: otimização das estratégias de *coping* e prevenção do uso de substâncias.

Por outro lado, nas consultas de cessão tabágica a que pudemos assistir aquando do estágio no CRI, é de algum modo seguido este figurino, ou seja, é dada a possibilidade de existir uma redução, até ao objetivo último da total abstinência. Ainda sobre este ponto, a referir as novas perspetivas face ao consumo do álcool, que implicam a rejeição do dogma da abstinência e direcionar a terapia para o autocontrolo. Neste sentido, vem Cottencin (2018, p.4) referir que:

Apesar das controvérsias que existem entre a abstinência e a gestão controlada do consumo, a verdadeira questão que se coloca aos dependentes de álcool é essencialmente a de conseguirem libertar-se da impossibilidade de controlar o seu consumo. Noutras palavras, a verdadeira cura seria recuperar o controle (ou seja, “poder beber como todo mundo”).

Portanto, se seguirmos a CIPE (2015), as intervenções/ações “gerir” e “diminuir” fazem todo o sentido em termos de comportamentos aditivos, sobretudo em fases iniciais, por oposição a perspetivas de carácter absoluto de consumo vs abstinência – uma visão dualista que iria certamente comprometer os resultados. Esta abordagem, de pequenos passos visando a redução numa primeira fase, fará ainda mais sentido quando se trata de adolescentes, pois propor objetivos absolutos, terá *a priori*, maior resistência neste tipo

---

<sup>46</sup> *Nursing Outcomes Classification.*

de população<sup>47</sup>. A *checklist* elaborada tem a vantagem de servir de quadro orientador, onde são estipuladas as fases e intervenções mais relevantes, conquanto, não deverá ser lido como uma ordem predefinida a seguir de forma estrita. Nada o será, sobretudo no contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, existe sempre uma abordagem específica em cada caso. Neste sentido, existiu sempre uma planificação prévia de cada consulta, com os temas a abordar e intervenções a implementar. Evidentemente que mudar comportamentos neste contexto, encontra-se indissociável de uma relação de ajuda eficaz, criar empatia, atuar ao nível da psicoeducação, e assim procurar elevar os índices motivacionais.

De facto, a relação de ajuda é a base de todo o enquadramento terapêutico, e sobre esta base, são construídos os objetivos, traçados casuisticamente, são trabalhadas várias questões em cada consulta, em parceria com o utente, numa relação de confiança, confidencial, e em que o que existe de mais íntimo em todo o ser humano, os pensamentos, as emoções e os comportamentos, são analisados para que, em última análise, se alterem comportamentos mal-adaptativos. No âmbito da consulta do adolescente os objetivos a serem atingidos consistem em:

Objetivos gerais:

- Identificar comportamentos de risco
- Tipificar os comportamentos aditivos desta faixa etária
- Aferir estratégias de *coping*

---

<sup>47</sup> Por exemplo, no caso das consultas de cessão tabágica, o racional de uma abstinência terá muito maior fundamento e aplicabilidade, pela natureza da substância em si, e do tipo de população que procura estas consultas.

Objetivos específicos:

- Compreender o grau de auto-crítica face a comportamentos aditivos
- Descrever causas e consequências dos comportamentos aditivos
- Identificar comportamentos em linha com um estilo de vida saudável
- Avaliar a motivação e a disponibilidade para alterações comportamentais
- Descrever a importância da consulta de enfermagem do adolescente

Por fim, cabe referir que todos os nomes são fictícios e, para além desse aspeto, existiu o cuidado em anonimizar outros dados. Todos os clientes objeto de análise consentiram verbalmente com as intervenções, tendo sido facultado e explicada toda a informação relativa a este processo, esclarecidas dúvidas e dado o garante da confidencialidade. Existiu sempre um acompanhamento da supervisão, no planeamento, nas próprias consultas assim como na discussão dos casos.

### **Entrevistas clínicas: descrição e análise**

Primeiramente, importa tecer uma breve consideração sobre dois utentes que não cumpriram os critérios de inclusão, mas que em todo o caso seguimos numa fase inicial durante algum tempo, por falta de indivíduos que cumprissem o enquadramento definido. O primeiro, indivíduo, sexo masculino, a frequentar o 9.º ano de um curso profissional, detido pelas autoridades com 2 g de haxixe. Como antecedentes pessoais refere ter tido gonorreia e ser alérgico ao pólen e canela – não tem medicação prescrita. A linha

interventiva assentou na identificação dos riscos e incentivou-se o utente a iniciar atividade desportiva. Este interrompeu os consumos e iniciou prática de desporto (ginásio), tendo sido realizadas orientações neste concreto. Não obstante, este utente acabou por abandonar as consultas, tudo leva a crer, por uma questão de contra transferência (um ponto a que já nos referimos neste relatório), em relação a um profissional que o acompanhava. O segundo caso, não traduz propriamente uma problemática de adição, antes sim um diagnóstico de TDAH (Transtorno do *Déficit* de Atenção com Hiperatividade) que, tudo leva a crer, terá traços psicóticos, mas ainda não formalmente diagnosticado devido à idade.

Trata-se de um indivíduo do sexo masculino, que frequenta o 9.º ano, e encontra-se medicado com um antipsicótico (paliperidona®). Em eutimia, o discurso é tendencialmente acelerado, mas não propriamente verborreico, sem sintomatologia evidente da linha psicótica. Refere numa das consultas que a professora de português lhe deu negativa num trabalho oral “porque falei muito depressa” sic. Notou-se, porém, em decorrência do esquema terapêutico atual, no global, que este se encontra mais calmo e com menor pressão discursiva. Tem namorada, mas a relação ainda é muito infantilizada, e foi notório, na última consulta o isolamento social que este sofre: “fui às aulas um dia...tenho lá amigos, mas no intervalo eles parece que desaparecem. Não os vejo. Não falam comigo.”sic. Não referiu pensamentos de índole negativa, conquanto verbalizou por diversas vezes que não se “sentia bem com muitas pessoas”, e sobretudo na sala de aula. O acompanhamento ao nível de necessidades especiais para este utente é algo que estava a ser equacionado. Dos diagnósticos de enfermagem encontrados no primeiro caso, encontra-se o risco de comportamentos aditivos e risco de comportamentos sexuais de risco, no segundo, destaca-se o isolamento social.

Relativamente aos casos que preencheram os critérios de inclusão e que acompanhámos com maior proximidade, desde logo mencionamos o Eduardo, que foi detido pelas autoridades policiais com 5,02g de haxixe, portanto acima do valor legal permitido, tendo sido referenciado à consulta do adolescente do CRI pela CPCJ da sua área de residência. Não refere patologias prévias, nem se encontra medicado e ao nível do humor este caracteriza-se como tendencialmente eutímico. Tem o 8.º ano e, o pai é trabalhador fabril, atualmente desempregado, a mãe com atividade na área da gestão, estando os dois separados. Coabitam com o Eduardo, mãe e irmão, e este encontra-se a frequentar um curso profissional. Não planeia voltar a estudar após o 12.º. Iniciou consumo de tabaco e haxixe aos 13 anos de idade, fuma cerca de 10 “charros<sup>48</sup>” por dia (portanto consumos pesados<sup>49</sup>), e bebe ocasionalmente (em festas) cerca de 10 cervejas. Refere inicialmente boa relação com progenitores e irmão, mas relação mais significativa é com o grupo de amigos. De facto, segundo Chung *et al.* (2018): “A mudança específica do adolescente da família para os pares como fontes importantes de influência, nas atitudes e comportamentos dos jovens, também pode contribuir para comportamentos de risco...(p.9)”.

Este utente tem uma aparência cuidada, discurso lógico e coerente, e não transparece estar ansioso com as entrevistas, embora seja parco nas palavras. Numa escala de 0-10 para aferir índices motivacionais, em que 0 reflete não ter motivação para deixar comportamentos aditivos e 10 traduz o valor máximo para abandono dos consumos, o utente refere que a sua motivação se situa no valor 6. Refere que pratica desporto, futebol de cinco (futsal), refere o convívio com os amigos como ocupação dos tempos livres e

---

<sup>48</sup> Linguagem informal, significando um cigarro, por norma enrolado manualmente, a que se adiciona a substância psicotrópica (THC) proveniente da planta da canábis.

<sup>49</sup> Do inglês “heavy”, que traduz a noção de consumos regulares e intensos quanto ao número de “charros” diários.

não tem namorada. As primeiras consultas objetivaram a criação de relação empática assim como numa linha de psicoeducação, foram referidos os riscos inerentes ao consumo de canábis. Tendo por base o padrão documental da Ordem dos Enfermeiros (2019b), o diagnóstico que se destaca é o comportamento aditivo. O comportamento é definido pela CIPE (2015, p.46) como um processo intencional baseado em ações. Relativamente à definição de comportamento aditivo, neste relatório já nos referimos à sua definição recorrendo a Maté (2009), e aos critérios enunciados pelo DSM V (APA, 2013), que traduzem uma relação com o objeto que impacta negativamente nas esferas social, familiar, material e/ou profissional, caracterizada por impulsividade e falta de autocontrolo – em que os *cravings* se encontram subjacentes na relação com a substância. Se tivermos como base Freud (1920), o comportamento será guiado pelo princípio do prazer, pelo Id, sem que o Ego exerça de forma efetiva o controlo deste tipo de vontade ou pulsões.

De uma perspetiva psicobiológica (a que também já nos referimos), estará em causa a ativação do sistema dopaminérgico, pelo que existe uma sensação de prazer conexas com a inalação da substância, no concreto a canábis. Quase invariavelmente, os adolescentes que consomem canábis são também fumadores de cigarros, porém o foco nestas consultas, evidentemente, será o consumo de canábis. Porém, um paralelo poderá ser estabelecido, nomeadamente relativamente aos *cravings* (presentes em qualquer dependência) e, seguindo Bowen e Marlatt (2009) a interiorização da noção de intensidade a curto prazo (minutos), e procurar distanciar-se da substância progressivamente (de minutos a horas) - *surfing the urge*<sup>50</sup> - parece ser uma estratégia eficaz que entendemos aplicar.

---

<sup>50</sup> A capacidade de tolerância à frustração, sobretudo em “picos de desconforto” (*urge*), aceitando emoções e sensações negativas como ondas que eventualmente irão desvanecer (*surfing*).

No caso do Eduardo, podemos também destacar outro foco, diríamos secundário, que é o facto de em festas, portanto ocasionalmente, preencher os critérios para um padrão de consumo de álcool muito comum em jovens: o *binge drinking*. O CDC<sup>51</sup> (2022), refere que o *binge drinking* está associado ao consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas (num curto espaço de tempo) e que é comum em jovens adultos com idades entre os 18 e os 34 anos. Por sua vez, Chung *et al* (2018) referem "valores maiores que 0,8 g/dL geralmente ocorrem em homens após consumirem cinco ou mais doses em cerca de 2 horas, e em mulheres após consumirem quatro ou mais doses. Isso é conhecido como a definição de "5+/4+".(p.5). Segundo o CDC (2022), este padrão de consumo está associado a certos riscos, tais como episódios de violência, danos intencionais, no próprio ou em terceiros, tais como acidentes de viação ou intoxicações etanólicas, maior risco de existirem relações sexuais desprotegidas, entre outras. Especificamente na adolescência, Chung *et al.* (2018) referem que nesta faixa etária pela formação e "afinamento" dos circuitos neurais, existirá mais sensibilidade aos efeitos de compensação via sistema dopaminérgico ("*rewarding effects*"), ao mesmo tempo que existe uma reduzida sensibilidade aos efeitos sedativos do álcool.

Os mesmos autores referem que ao nível das trajetórias, existirá maior risco de comportamentos desviantes, por comparação a indivíduos que não engajam neste tipo de comportamento, refletindo maiores níveis de auto-eficácia<sup>52</sup>. O facto de na adolescência os circuitos neuronais ainda se encontrarem em maturação, poderá ter consequências duradouras ao nível dos aspetos cognitivos: "Tendo em linha de conta a maturação cerebral contínua que ocorre na adolescência ... o consumo excessivo de álcool pode resultar em alterações neurais potencialmente duradouras ..." (Chung *et al.*, 2018, p.12).

---

<sup>51</sup> Centers for Disease Control and Prevention.

<sup>52</sup> Conceito já discutido e explanado neste relatório.



De modo genérico, no que se refere aos padrões e intervenções no campo do alcoolismo, importa referir as orientações de Gigliotti e Bessa (2004), que faz a distinção entre a dependência, que pressupõe síndrome de abstinência, consumos pesados, frequentes e compulsão, de um outro padrão que assenta no uso nocivo do álcool, com várias repercussões na vida do indivíduo, mas sem “dependência”. Assim, o Eduardo foi informado dos riscos deste tipo de comportamento, tendo, aparentemente demonstrado alguma receptividade ao que foi exposto.

Porém, o cerne das nossas intervenções baseou-se no consumo de canábis, que comporta riscos consideráveis, sobretudo no adolescente. Como refere Simpson e Magid (2016), tal como os padrões de consumo de álcool afetam o desenvolvimento neurocognitivo, no caso da canábis podemos afirmar o mesmo: “...o estágio da adolescência é o mais vulnerável no que concerne aos consumos de canábis. Durante esta fase de desenvolvimento, o cérebro sofre maturação neuronal e também uma reestruturação significativa” (p.433). Os mesmos autores referem compromissos ao nível da função executiva, memória, aprendizagem e velocidade de processamento cognitivo, assim como diminuição do QI (Quociente de Inteligência) em consumidores regulares e com maior intensidade (“heavy”). Os mesmos autores também descrevem outra sintomatologia, como o surgir de episódios psicóticos, sobretudo em indivíduos geneticamente suscetíveis.

Estes riscos colidem com a imagem de uma substância quase inofensiva, que fornece uma sensação de relaxamento, e até associada a certos valores, ideologias ou ao *show biz*. Por exemplo, segundo o *Pew Research Center* (2021), nove em cada dez cidadãos dos EUA são a favor da legalização da canábis, e tem-se assistido a uma

legalização deste psicotrópico em vários países<sup>53</sup>, mas independentemente de posições em termos de políticas globais de saúde, é indubitável que os consumos de álcool, canábis ou “simples” cigarros, acarretam para o adolescente maiores riscos que para o adulto.

Neste concreto, em termos de intervenções, de referir a intermediação cultural referida por Johnson e Moorhead (2012), associado ao diagnóstico “*coping* ineficaz”, que se refere precisamente a este papel de interprete do profissional, conexo com certos valores culturais, no caso concreto (des) construindo prenoções e referenciar os factos que a literatura suporta. A desconstrução destas imagens é difícilima no adolescente, se juntarmos a forte influência do grupo de pares, que nestes casos, também quase invariavelmente engaja neste tipo de comportamentos - daí a nossa referencia anterior ao conceito de dissonância cognitiva. A intervenção de enfermagem mais saliente consiste na facilitação do processo de decisão – uma decisão informada. Se seguirmos Johnson e Moorhead (2012), estes definem o *coping* ineficaz como: “decisões, identificação comprometida dos stressores e recursos inadequados” (p.80), e definem o processo de decisão como a “capacidade de fazer julgamentos e escolher entre duas ou mais alternativas” (p.81), a que associam as seguintes intervenções: “suporte à tomada de decisões e otimização de estratégias de enfrentamento”. Segundo estes autores, o diagnóstico “*coping* ineficaz” encontra-se associado ao resultado (NOC): “controlo de comportamentos impulsivos”, e às seguintes intervenções: “identificação de riscos, otimização de estratégias de enfrentamento, treino de controlo de impulsos, contrato terapêutico, prevenção do uso de substâncias, tratamento do uso de substâncias, facilitação de alteração de comportamentos, gestão/controlo do humor e estabelecimento mútuo de objetivos” (p.82).

---

<sup>53</sup> E.g Canadá, vários estados dos EUA, África do Sul, Uruguai ou a Holanda (onde existe uma política de tolerância e esta é descriminalizada, não legalizada).

Por sua vez, Johnson e Moorhead (2012) referem os seguintes resultados (NOC): “controle de risco: consumo de álcool e uso de substâncias”, que tem como principais intervenções (NIC<sup>54</sup>): “prevenção do consumo de substâncias, otimização de estratégias de *coping*, e alteração dos comportamentos” (p.82). Assim, tendo esta moldura de focos e intervenções, das quais escolhemos as mais significativas e as que efetivamente aplicámos na prática clínica, importa referir-nos ao caso concreto. Depois de informarmos o utente sobre riscos e procurarmos desmistificar uma certa noção da canábis como substância inócua, objetivou-se a modificação progressiva de comportamentos, nomeadamente por contraturalizar a redução dos níveis de consumo, que inicialmente se situava nos 10 “charros” por dia. Neste concreto, nas últimas consultas o Eduardo cumpriu com o acordo efetuado, e iniciou uma trajetória de redução dos consumos de canábis para 2/3 por dia. Para além das intervenções anteriormente descritas, a referir que periodicamente se fizeram testes de despiste de drogas, aos quais o Eduardo acusou positivo à canábis e negativo ao mdma<sup>55</sup>, heroína e cocaína.

Por vezes, certos indivíduos, não obstante afirmarem que consumiram canábis, testam negativo a esta substância, sendo que este resultado se encontra muitas vezes associado ao consumo de substâncias próximas molecularmente à canábis, canábis sintético – para o qual existe um teste específico - ou mesmo dada a mistura de variadíssimas outras substâncias no haxixe ou pólen, poderá efetivamente o THC nem se encontrar presente – o que só diz, bastante, acerca do perigo destes consumos. O Eduardo refere que consumia pólen, uma variedade de haxixe, por norma, com concentrações mais elevadas de THC (ver Wilson, Freeman e Mackie, 2018, para mais detalhes). Por outro lado, a canábis disponível atualmente tende a ter níveis mais elevados de THC, fruto de

---

<sup>54</sup> *Nursing Interventions Classification.*

<sup>55</sup> Metilenodioximetanfetamina.

estirpes geneticamente apuradas, o que evidentemente comporta mais riscos para o adolescente como refere, Wilson, Freeman e Mackie (2018):

Os mercados...são dominados por canábis de alta potência (alto em  $\Delta$ -9-tetrahydrocannabinol [THC] e baixo em canabidiol), com o teor de THC aumentando constantemente em todo o mundo. Em comparação com a canábis de baixa potência, a canábis de alta potência parece estar associada a um maior risco de sintomas psicóticos, depressão, ansiedade e dependência... (p.1)

Estes resultados vieram a ser comprovados recentemente por Petrilli *et al.* (2022), num artigo de revisão sistemática, que refere que os níveis de THC aumentaram a nível internacional, e que esta se encontra associada a um maior risco de psicose e dependência. Na linha interventiva da técnica do autocontrolo, é crucial referir aos utentes que estes com muita probabilidade irão sentir *cravings*, que estes são sentidos de forma intensa, mas durante pouco tempo, e resistindo a estes impulsos (com pouca duração), progressivamente, torna-se mais fácil o *imprint* de novos hábitos (conceito a que já nos referimos neste relatório).

Com efeito, no caso específico da canábis, a redução do número de “charros”, não se encontra associada apenas ao prazer que a substância fornece, mas também a certas ações (i.e hábitos) grupais (com alguma relevância sociológica) tais como queimar “a pedra”, “fazer uma sopa”, “enrolar o charro”, “partilhar com o grupo”, a “conversa” e obviamente que pesa toda a força gravitacional do grupo – não fumar significa, com maior ou menor medida, não pertencer ao grupo, sendo o sentimento de pertença ao grupo crucial na adolescência. Como diria Meleis (2010), existem novos papéis que importa aprender e assumir, e essa capacitação do indivíduo, algo que se estrutura com o tempo, é o papel e objetivo do enfermeiro(a). O Eduardo fumava tanto em grupo como sozinho, o que *a priori* traduz uma relação de maior dependência com a substância – precisa dela

mesmo sem a pressão do grupo de pares. Em todo o caso, conseguir uma redução de 10 para 2/3 “charros” diários é um progresso significativo e, neste sentido, optámos sempre por outra intervenção importante neste contexto: o reforço positivo. Com efeito, a força maior aqui em jogo é a motivação do próprio indivíduo, pelo que elevar os seus índices motivacionais é de extrema importância – a otimização da motivação é uma das abordagens terapêuticas referidas por Simpson e Magid (2016).

O Eduardo tinha outra questão conexa com a motivação, a qual procurámos utilizar nas nossas intervenções, que era o facto de estar iminente a sua ida a competições de futsal onde a testagem para substâncias dopantes era expectável. Procurámos numa das consultas, na linha das intervenções referidas, nomeadamente a ajuda ao processo de decisão, recorrer à imagem de uma balança em que de um lado se encontra o futsal e do outro o consumo de canábis, tendo o utente referido que o futebol era mais importante. Deste modo, não objetivámos logo procurar a abstinência total, mas informámos que o THC se associa ao tecido adiposo e que pode ser detetado no sistema cerca de um mês após os consumos – sendo que este valor varia consoante “n” variáveis e é diferente de indivíduo para indivíduo.

O que se procurou então implementar, após a redução significativa que este relatou, assim como o risco de perigar a sua continuação nesta atividade se vier a testar positivo, foi propor um dia sem consumos (contrato terapêutico, intervenção anteriormente referida). Esta nova proposta e acordo, serviria para tentar perceber a sua relação com a substância, a sua capacidade de distanciamento, de tolerância à frustração e, porventura, interiorizar que de facto é possível, progressivamente, proceder a um alargamento dos dias sem consumos. O utente foi recetivo a esta proposta e indicou um dos dias de treino de futebol como os mais indicados, porém, nas consultas subsequentes,

referiu não ter conseguido atingir este objetivo: “passei quase um dia...não fumei nada durante o dia e fumei só às dez da noite” sic.

Foi referido que era um passo positivo, mas que o objetivo continuava a ser o de passar 24 horas sem consumir canábis. A trajetória deste utente, após redução significativa, parece ter sido uma estagnação no consumo de 2/3 “charros” por dia e não conseguir passar à fase seguinte. Deste modo, na última consulta que tivemos com o utente, optámos por uma abordagem diferente, voltando ao exposto em consultas iniciais, relembrando os riscos (gerais) associados ao consumo de canábis, e no caso concreto relembrando o utente que a quantidade com que foi detido ultrapassava o limite legal e que a manter o comportamento, corria o risco de ser novamente detido. Neste cenário, as consequências legais poderiam ser maiores – alternando aqui, quase, para um reforço negativo, na linha psicoeducativa que sempre se seguiu. Voltou-se a aplicar escala de motivação, tendo o utente referido um valor de 6. Foi referido por outros profissionais (psicólogos) que o utente, embora não o tivesse exposto abertamente, teria alguns problemas familiares, algo que deveria ser explorado e que possivelmente teria relação com esta estagnação a que assistimos nas últimas consultas por nós efetuadas.

Fizemos também o acompanhamento de um utente (Amílcar), referenciado pela CPCJ da área de residência, que frequenta o 9.º ano de escolaridade. Os pais são separados e têm guarda partilhada, ambos exercem funções na área da restauração, sendo que o utente refere boa relação com ambos. Por norma, encontra-se durante a semana com o pai e aos fins de semana encontra-se na casa da mãe. Iniciou consumos de canábis (6/7 “charros” por dia) e tabaco com 15 anos de idade. Quanto ao humor, ao longo das consultas, este caracteriza-se como eutímico. Relativamente aos hábitos de consumo refere que é sempre acompanhado pelo grupo de amigos. Reflete uma aparência cuidada,

discurso lógico e coerente. Encontra-se medicado para o TDAH<sup>56</sup> e sem outros antecedentes pessoais. Sem registo de detenções pela polícia, e também a referir em nota da CPCJ que os pais assinaram cláusula (contrato terapêutico) com a CPCJ, em como se comprometiam a cumprir com o plano terapêutico/assiduidade que o CRI vier a traçar. Embora refira que não gosta de estudar, planeia vir a frequentar o curso profissional de mecatrónica. Refere já ter tido relações sexuais desprotegidas e tem atualmente “amiga colorida”<sup>57</sup>sic.

O Amílcar chegou à consulta e referiu que já não fuma canábis há cerca de 4 semanas, e efetivamente ao longo das consultas os testes para despiste desta e de outras substâncias deram negativo. Nas consultas o utente refere “ter vontade de fumar”, canábis entenda-se, sobretudo quando está com o grupo de amigos. Neste sentido optou-se numa primeira fase, na linha da psicoeducação pela identificação dos riscos e *triggers* dos consumos, assim como foi enfatizado/explicado o mecanismo de pressão do grupo. Numa das consultas realizou-se breve treino de assertividade recorrendo ao *role play*. A questão da pressão dos pares é fundamental na adolescência, é necessário expor o mecanismo social relativo à influência deste grupo social, para que o utente perceba e possa exercer controlo sobre este tipo de comportamentos. O utente mostrou-se recetivo a estas orientações. Na escala de motivação o Amílcar referiu ter um 8, admitindo que era o facto de não querer desiludir os pais que o fez tomar esta decisão.

Em certo sentido, há que saber encontrar estes fatores de elevação da motivação, se bem que, em rigor, idealmente, seria o reconhecimento dos riscos associados aos consumos que deveriam estar na base da mudança de comportamentos. Também

---

<sup>56</sup> Não soube especificar em concreto qual a substância.

<sup>57</sup> A questão dos riscos que possam ocorrer ao nível dos comportamentos sexuais, constituem um dos ensinamentos que paralelamente se efetuaram, para além dos comportamentos aditivos – a problemática central.

referimos algumas técnicas de distração, assim como propusemos que o utente voltasse a praticar equitação – referiu que não gosta de desporto, mas que em tempos praticou equitação. Não cumpriu com esta proposta, mas ao longo das consultas manteve-se sem consumos. O diagnóstico de enfermagem aqui subjacente, seguindo a Ordem dos Enfermeiros (2019b), é o “risco de comportamentos aditivos”. A intervenção mais importante tida com este (e outros utentes) foi a otimização de estratégias de *coping*. Outra questão que se revestiu de alguma preocupação e necessidade de monitoramento, são possíveis sintomas de abstinência. Com efeito, existirá também a (pré)noção de que a canábis apenas tem “efeito psicológico”, o que a literatura invalida pois conforme refere Simpson e Magid (2016 p.434):

Além disso, os indivíduos podem apresentar deficiências funcionais e exacerbação do transtorno de humor subjacente (ou seja, ansiedade e/ou depressão) durante a abstinência da canábis (11). Num estudo realizado por Greene e Kelly (11) com população adolescente que consome canábis, 90 indivíduos foram avaliados e acompanhados ao longo de 1 ano para aferir acerca da síndrome de abstinência específica da canábis. Ao longo deste estudo, 40% dos participantes adolescentes experimentaram sintomas de abstinência.

Deste modo, e com maior centralidade neste utente, porque de facto manteve-se em abstinência, foram monitorizadas com maior rigor possíveis sintomas de ansiedade, alterações de humor ou dos padrões do sono. O utente nunca demonstrou qualquer tipo de alteração nestes parâmetros. O objetivo, desde logo, era procurar que o utente se mantivesse abstémio, o que foi atingido.

Passamos a descrever outro caso, um utente (André), referenciado pela mãe. Iniciou consumo de tabaco aos 12 anos e de canábis aos 13 (2/3 “charros” por dia). Sem antecedentes pessoais. Os pais são separados, a mãe exerce funções como assistente



operacional e o pai é trabalhador da construção civil. Frequenta curso profissional, mas refere não gostar do curso e pretende mudar de área. Não tem ido às aulas, e não tem registo de detenções. Na escala de 0-10 de motivação para abandono de comportamentos aditivos refere um 3 e este valor manteve-se inalterado durante as consultas de *follow-up*. Coabitam com o utente a mãe, irmã e outro familiar. Bastante defensivo, usa quase sempre capuz, o discurso é lógico e coerente, mas sempre provocado, as respostas são sempre muito parcas. Inicialmente pensou-se que a postura defensiva derivava do facto de vir às consultas do adolescente contrariado (por imposição da mãe que descobriu consumos), o que não deixa de ser verdade. Porém, nas consultas seguintes o utente refere que tinha o avô hospitalizado e que, mais tarde, acabou por falecer. Quanto ao estado de humor, este manteve-se tendencialmente deprimido. O caso foi discutido com os psicólogos que o acompanhavam e concordaram nesta linha de avaliação. Nas últimas consultas referiu que continua a não ir às aulas, e que passa algum tempo em casa dos avós e com os amigos – estes últimos, com quem tem a relação mais significativa.

Procurou-se criar relação empática, mas este utente foi aquele com que sentimos mais dificuldade ao nível da relação. Em todo o caso, seguimos a linha de alertar e identificar os riscos para o consumo de canábis (no caso haxixe). Regra geral, e com o André não foi diferente, os adolescentes referem uma sensação de relaxamento aquando dos consumos, e é também essa fuga à realidade, sejam frustrações a nível escolar ou familiares que muitas vezes são fator preponderante para este tipo de comportamentos. Também a referir que abordámos com o utente as fases do luto (Kübler-Ross, 1969), e tanto quanto pudemos aferir o utente encontra-se na fase de raiva, sentindo frustração e ainda alguma incompreensão pela morte do avô. Procurou-se integrar estas fases numa trajetória, assim como reestruturar cognições relativamente a pensamentos de índole negativa. Nunca verbalizou intenção de abandono dos consumos, nem demonstrou

recetividade a uma redução, e manteve-se até à última consulta que pudemos acompanhar, com os mesmos hábitos de consumo (2/3 “charros” diários).

Um dos testes de despiste de substâncias acusou negativo, incluindo evidentemente ao THC, embora o utente tenha asseverado que manteve consumos. Neste caso, como já se referiu, ou o teste não é sensível às substâncias consumidas, ou efetivamente nem foi consumido THC. Com efeito, a mistura de substâncias que o haxixe contém, tem desde logo o perigo de não se saber exatamente a percentagem de THC consumido, mas ainda mais grave, é que se inalam substâncias potencialmente tóxicas – eventualmente até sem o THC presente – obtendo, não obstante, um efeito semelhante – a sensação de relaxamento. Se seguirmos a Ordem dos Enfermeiros (2019b), existirá ao nível dos diagnósticos, a manutenção do comportamento aditivo, portanto uma ação repetida, compulsória, que o sujeito não é capaz de controlar.

Ao nível das intervenções, destacamos a identificação dos riscos associados aos consumos, psicoeducação e escuta ativa. Se nos fundamentarmos em Taylor e Sparks (2012, p.663), existe *coping* ineficaz, definido como: “Incapacidade de formar uma avaliação válida dos fatores de stress, escolhas inadequadas em decorrência de respostas praticadas, e/ou incapacidade de usar os recursos disponíveis”, cujas características definidoras que destacamos são: “comportamentos de enfrentamento mal-adaptativos; comportamentos de risco; falta de comportamento direcionado a objetivos, como incapacidade de comparecer, dificuldade em organizar informações, falta de concentração e pouca capacidade de resolução de problemas.”.

Uma das características que notámos estar bastante presente neste utente, o que deriva do seu humor depressivo, é a falta de objetivos bem definidos a longo prazo, os dias são passados sem atividades que os preencham, e tanto quanto foi possível aferir existe, portanto, falta de motivação – no geral e evidentemente, no que concerne ao

abandono dos comportamentos aditivos. Importa distinguir que o humor depressivo, não é sinónimo de depressão, como patologia diagnosticada - já nos referimos à depressão enquanto diagnóstico anteriormente neste relatório. No caso concreto, a lentificação, a falta de motivação, de se projetar no futuro com alguma consolidação, assim como a indecisão estão presentes. Por exemplo o André refere querer mudar de escola e de curso, todavia, na nossa opinião, sem um plano concreto, sólido, que englobe as suas áreas de interesse e possível desempenho profissional no futuro. Procurámos também, na medida do possível, facilitar a tomada de decisão nesta questão, porém, o humor depressivo, em grande parte, impossibilita esta intervenção em particular, assim como um abandono dos consumos sustentado – pelo menos no imediato. Não resulta da avaliação efetuada que esteja presente o risco de suicídio, nem de alterações do padrão dos sonos.

Voltando a Taylor e Sparks (p. 672), diríamos que o diagnóstico de enfermagem de *hopelessness* (que optámos por traduzir por desesperança, não tanto desespero) definido como: “Estado subjetivo em que um indivíduo perspectiva poucas ou nenhuma alternativas disponíveis ou escolhas pessoais disponíveis, e é incapaz de mobilizar energia em seu próprio benefício” encontra-se presente pois das nove características definidoras referidas pelos autores, à nossa avaliação, encontram-se presentes sete, a saber: fechar os olhos (no caso olhar cabisbaixo); afeto diminuído; diminuição da resposta a estímulos; diminuição da verbalização; falta de iniciativa; passividade e distância do interlocutor. Das intervenções (NIC) sugeridas<sup>58</sup>, para além das que já referimos, destacamos duas: instilação de esperança, o que implementámos procurando, além de outras, inserir as fases do luto numa trajetória, até certo ponto “normal” e reativa face à situação.

---

<sup>58</sup> Seguindo os autores anteriormente referidos.

Outra intervenção, a gestão do humor, nomeadamente compreender e interiorizar que o humor depressivo, e tudo o que se encontra na sua orla, se integra numa fase, sendo que reconhecer este padrão é essencial para que se possam estabelecer estratégias de *coping* eficazes. Quanto aos resultados esperados (NOC), no caso concreto a relevar: “processo de tomada de decisão otimizado; autocontrolo da depressão<sup>59</sup>; esperança; equilíbrio do humor; maiores níveis de energia e qualidade de vida”. Evidentemente que estados de humor depressivo associam-se a uma baixa da auto-estima, e neste concreto, instilar positividade, procurar que o utente tenha uma perspetiva mais realista, com menor tonalidade negativa da realidade, é crucial. A prática de desporto também é essencial para melhorar a autoestima, porque eleva os níveis de humor<sup>60</sup>, mas o utente não se mostrou recetivo a estas sugestões.

Quanto ao último caso, trata-se de um utente (Pedro) que frequenta o 5.º ano de escolaridade. Foi referenciado pela CPCJ num quadro de violência doméstica, e o motivo que está na base da avaliação pelo CRI é uma adição ao ecrã (telemóvel). A mãe exerce funções no setor terciário e tem antecedentes de depressão, o pai é electricista, e o Pedro coabita com os dois progenitores. O utente denota aparência cuidada, discurso espontâneo, lógico e coerente entendido na sua globalidade, mas focando-se por vezes em detalhes irrelevantes. Alguma facilidade em saltar de tema para tema, sem que constitua em rigor fuga de ideias. Não aparenta dificuldades de socialização com os pares – revela interesse em andar de bicicleta com os amigos e em ler manga<sup>61</sup>. Refere insónias e alguma dificuldade em acordar de manhã para ir para as aulas, por estar ao telemóvel

---

<sup>59</sup> Face à tradução, entenda-se humor depressivo pois não existe diagnóstico.

<sup>60</sup> Por exemplo, Amorosi (2014), refere que a prática de desporto aumenta os níveis de endorfinas (responsáveis pela sensação de bem-estar), e, Takács (2014), refere que ensaios através de controlos randomizados referem relação causal (por oposição a correlacional) entre a prática de exercício e a redução da depressão.

<sup>61</sup> Estilo de banda desenhada cómica de origem japonesa.

até tarde. Numa das consultas refere assistir a séries de serial *killers*, e faz referências a Hitler. Este ponto foi objeto de exploração, sem que, no entanto, se tenham aferido conclusões relevantes. Nega estar ansioso nas consultas, mas o comportamento denota o contrário (frequentemente bate o pé, mexe com uma mão na outra). Numa das consultas, refere sentir ataques de pânico, “o coração a bater” sic, sobretudo ao ir para a escola. Discutiu-se, inicialmente, a hipótese de um transtorno do défice de atenção, e em termos de diagnósticos de enfermagem comportamento aditivo relativo ao telemóvel.

Tem tido algumas negativas a certas disciplinas, mas não chumbou nenhum ano, e refere problemas com a professora de português, porque algumas vezes chega atrasado à aula. Por vezes tem faltado a esta aula, referindo dificuldade em acordar ou os “ataques de pânico”. Os pais, por sua vez, alegam *bullying* por parte da professora, o que carece de validação. Este ponto em particular, motivou uma reunião entre a equipa de enfermagem, os psicólogos e os pais do Pedro, a que assistimos e intervimos. Essencialmente foi referido à família que as questões, a existirem, com a professora de português teriam que ser alvo de intervenção dos pais na escola. A família também referiu o tempo excessivo do Pedro ao telemóvel, sobretudo à noite, pelo que lhes foi dado a sugestão de desligarem o *router*. Ao longo das consultas, não ficou evidente que houvesse uma adição ao ecrã, e essa foi uma avaliação quer da equipa de enfermagem, quer da parte da equipa de psicologia. Uma relação, no limite, excessiva em certos períodos, mas que dificilmente preencheria os critérios de dependência. Também não existiram evidências, relatadas pelo Pedro, de violência doméstica. A questão com a professora de português, deixou de ser focada pelo próprio e pelos pais na consulta – presumivelmente, portanto, existiu melhorias nesta questão.

Nas últimas consultas, refere estar a aprender russo no telemóvel. Foi dado reforço positivo, mas com a ressalva que deveria focar-se nas temáticas escolares. Menos

relevante para a avaliação da problemática do Pedro é ter existido, segundo os pais e o próprio, um problema de obstipação que o impossibilitou de ir às aulas, tendo sido feito o respetivo ensino nesse aspeto. Relativamente aos ataques de pânico, subsistiriam algumas dúvidas, porém, existirá um estado de base ansioso do Pedro, desde logo, observável nas consultas. A mãe chega a referir que já pensou em “dar-lhe metade de um dos meus calmantes” – o que foi de imediato censurado pela equipa. As intervenções relativamente ao uso excessivo do telemóvel, tiveram por base um uso mais adequado e racional do telemóvel, tais como um tempo mais reduzido despendido em jogos ou na leitura de outro conteúdo (por vezes menos adequado ou importante).

As linhas orientadoras foram, na sua essência, as mesmas aplicadas a substâncias, nomeadamente a redução “do consumo”, no caso concreto sem objetivar abstinência dado que o telemóvel é no quotidiano das sociedades contemporâneas quase um bem essencial. Para podermos intervir num quadro de ansiedade importa conhecer as causas, e o Pedro relacionou a ansiedade com a escola e a professora de português em particular. Assim, neste caso, a linha interventiva assentou num duplo eixo, explicar ao Pedro a importância da escola, identificar emoções relacionadas com o estado ansioso e procurar atenuá-las, elevar os índices motivacionais e alguma tolerância a elementos frustrantes, ao mesmo tempo que se orientou os pais para ouvirem a versão da professora e tentarem resolver o ponto por eles relatado na escola. A questão do uso excessivo do telemóvel aparentemente resolveu-se, ou pelo menos atenuou-se, após a sugestão aos pais de algumas estratégias – como a restrição de horários. O diagnóstico subjacente é a ansiedade (Taylor e Ralph, 2011, p. 657) definida por estes autores como:

Sentimento vago e desconfortável de desconforto ou pavor acompanhado por uma resposta autonómica (a fonte geralmente não é específica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação do perigo; um sinal

de alerta que avisa sobre o perigo iminente e permite que o indivíduo tome medidas para lidar com a ameaça”. Algumas das características definidoras apontadas por estes autores, e que estão presentes no Pedro são: ”inquietação, preocupação, tremor, preocupações expressas..., nervosismo.

Várias hipóteses de exploração foram colocadas, desde pensamentos da linha psicótica, à questão da violência doméstica – que até ao momento foram excluídas – mas haverá contornos ainda não bem explorados e analisados neste utente. Em termos de resultados podemos afirmar que, no geral, a identificação dos riscos assim como estratégias de otimização de *coping* tiveram algum impacto positivo.

As consultas do adolescente têm por base estratégias de psicoeducação, e assim este foi o nosso foco principal. Dentro desta intervenção, destacamos a identificação dos riscos (e.g físicos, psicológicos, legais, dependência), assim como os mecanismos que de algum modo se encontram envolvidos neste tipo de comportamentos (e.g *peer pressure*, impulsos, hábitos, motivação), permitindo facilitar a decisão do utente no sentido do abandono de comportamentos aditivos. Ter noção destas questões, permite ao utente tomar uma decisão mais informada e fundamentada, pois alterar intrinsecamente o comportamento mal-adaptativo pressupõe de algum modo duas premissas: reconhecer os riscos gerais a que se está exposto e os aspetos negativos que especificamente são experienciados pelos utentes – tenham ou não consciência imediata deles.

Portanto, diríamos que este reflexo, a interiorização desta informação, em maior ou menor medida, foi no global atingida. Em prol destas orientações, existiram resultados tangíveis com o utente Eduardo, que procedeu à redução dos seus consumos de 10 para 2/3 “charros” diários, já uma transição (Meleis, 2010b) significativa, sendo que esta linha de intervenção será continuada pela supervisora, e gostávamos de crer que este utente viesse a atingir a abstinência. Por outro lado, com o utente Amílcar conseguiu-se

manter/continuar a transição para uma total abstinência. A referir que existiram intervenções mais específicas, casuísticas, de um modo geral com resultados menos tangíveis. Neste concreto englobamos as questões com o utente Pedro e André, embora, tenham sempre existido resultados positivos (parciais), em decorrência de melhor adaptação a *life events* negativos.

Por exemplo, no caso do utente Pedro, houve melhorias registadas ao nível do padrão de sono (e embora menos relevante para o que se discute, do trânsito intestinal), em parte, em decorrência das nossas orientações, e o conflito com a professora de português aparentemente foi mitigado. O caso deste utente, entendido na sua globalidade, merecerá melhor exploração, para perceber os contornos, quer do contexto, quer de possíveis diagnósticos, quer de questões pontuais que são objeto de intervenção nas consultas. Por exemplo, a ansiedade estará – indubitavelmente - relacionada com a professora de português, mas será apenas essa a causa? Por outro lado, existiu uma orientação ao nível de estratégias parentais, que nos parecem de pouca complexidade – no entanto, necessárias. Não obstante, encontra-se excluída uma dependência do telemóvel (também no sentido da opinião do psicólogo que o acompanha), e o nosso contributo – ainda que pequeno – para excluir hipóteses, resolução de outras questões, foi, diríamos positivo.

O caso do André é mais difícil avaliar, mas sem dúvida que os resultados são menos tangíveis, até porque em decorrência do luto, este faltou às últimas consultas. Entendido na sua globalidade, o caso também é mais complexo, não tendo este demonstrado qualquer intenção ou motivação para abandono dos consumos, e possivelmente a morte do avô veio agudizar o que já existia de base – um quadro depressivo. Se nos lembrarmos do modelo transteórico, a que já nos referimos, de facto, utentes que não demonstrem intenções (e motivação) de mudar, terão *a priori*, poucas



hipóteses de virem a ter algum sucesso. Outra questão que merece reflexão em termos de resultados, será o facto que os adolescentes que têm, ou melhor, aparentam ter (porque alguns casos carecem de exploração) problemáticas ao nível familiar são os mais propensos a terem comportamentos aditivos. Embora a amostra não seja representativa, nem estas questões devidamente analisadas, podemos afirmar que existem indícios de que a (menor) qualidade, assim posto, das relações parentais, influi sobremaneira na adoção de comportamentos mal-adaptativos. Partindo deste raciocínio, faria todo o sentido elaborar um projeto que tenha por base abordar estratégias ao nível das relações parentais a fim de prevenir/mitigar estas problemáticas.

Por outro lado, outro elo em comum, é que tendencialmente estes jovens/adolescentes frequentam o ensino profissional e, resulta dos dados colhidos, não existir uma relação forte e mais projetada no futuro com a escola. De facto, invariavelmente, todos referiram querer apenas terminar o ensino obrigatório, nenhum objetiva continuar os estudos e muitos referem “não gostar da escola” sic. Relativamente às competências do EESMP previstas no Regulamento n.º 515 (Ordem dos Enfermeiros, 2018) podemos destacar cinco eixos fundamentais, estabelecer uma relação terapêutica, diagnosticar e posteriormente utilizar uma planificação e técnicas adaptadas a cada caso, inclusive (e sobretudo) a mobilização de Si como recurso na relação.

No que foi explanado acerca dos casos que seguimos, cremos que fica patente a aplicação destas competências. Com efeito, cada caso mereceu um plano prévio discutido com a supervisão, que efetivamente atendeu às especificidades de cada consulta, fase e utente, onde, claro está, os diagnósticos e as problemáticas centrais teriam que estar assumidas de base. As consultas tiveram por base a psicoeducação, ou partiram sempre desta intervenção, para depois desenvolver paulatinamente uma ação mais fina e

direcionada, baseada nos pressupostos da relação de ajuda a que já nos referimos em detalhe em capítulo anterior.

Também como já referimos neste relatório (e não é demais enfatizar), na área da Saúde Mental, virtualmente por comparação a todas as outras, nem sempre existe uma progressão de A para B, visível, tangível e concreta. Muitas das vezes, tece-se uma relação muito fina, feita de pequenos progressos que existem na interioridade de cada um, o que evidentemente torna difícil avaliar os percursos. No caso concreto deste ensino clínico, efetivamente existiram progressos tangíveis, verificáveis, resultantes das competências que logramos atingir, pelo que de certa forma a demonstração do nosso percurso ficou mais facilitada. No geral, diríamos, que num curto espaço de tempo, dificilmente existirão mudanças radicais nas trajetórias de vida, embora possa acontecer, conquanto, a sensibilização e uma certa inclinação de comportamentos mal-adaptativos para outros de índole mais positiva, é já, diríamos, um resultado bastante satisfatório. Fará todo o sentido, se estas intervenções tiverem lugar em fases da vida mais moldáveis, prevenindo trajetórias com maior desvio e negativas, pelo que a consulta do adolescente tem um papel crucial na prevenção e reabilitação dos adolescentes com comportamentos aditivos. Outro ponto que mereceu reflexão relaciona-se com as causas mais, digamos, profundas e estruturantes, e fica-nos a impressão que existem problemáticas a montante, quer a nível familiar, psicológico, entre outras, que fazem direcionar os adolescentes para o comportamento aditivo.

É acima de tudo uma fuga, e parafraseando Maté (2009), devemos indagar sobre o sofrimento (psíquico) que levou à adição, porque nem toda a pessoa com passados, em maior ou menor medida, turbulentos, terá comportamentos aditivos (não há determinismo), mas quer significar que toda a pessoa com problemáticas de adição terá uma trajetória de vida, em maior ou menor medida, matizada por *life events* negativos.

Nesta questão em concreto, não podíamos estar mais de acordo com Maté (2009), e estes dados suportam esta perspetiva, pois de facto o único adolescente que não tem problemas familiares, e em que os pais se mostraram “interessados assinando cláusula com a CPCJ” foi o que obteve melhores resultados – e note-se, o próprio utente refere que a sua maior motivação é não desiludir os pais. Afinar estratégias parentais parece ser lógico, elevar o *engagement* dos pais, enveredar e enfatizar práticas parentais autoritativas (Baumrind, 1966) se existe inclinação excessiva para o autoritarismo ou facilitismo, porém, antes de tudo isso, os pais, a família, têm que estar envolvidos/interessados.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> Esta foi uma questão discutida com a supervisão, até na sequência de termos proposto um projeto que incidisse nestas competências parentais.

## Conclusão

Um relatório crítico desta natureza tem o propósito de descrever, espelhar e discutir o percurso efetuado para adquirir as competências de EESMP e, nesse sentido, este assenta em três eixos distintos, a parte teórica e o relato fundamentado do correspondente aos dois ensinamentos clínicos que são parte do curriculum. A discussão dos principais conceitos relativos à relação de ajuda, escolas de pensamento, ou outros com maior especificidade ao contexto do internamento de agudos de psiquiatria (ensino clínico I), ou aos comportamentos aditivos (ensino clínico II) foram explanados. Tendo estes pressupostos interiorizados, partiu-se para a descrição e discussão do percurso efetuado no âmbito dos ensinamentos clínicos na vertente comunitária e em contexto hospitalar. Se quisermos subsumir a plêiade de competências do EESMP em duas palavras, dispostas em normativo próprio, seriam talvez a capacidade de avaliação e intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que objetivamos que este relatório reflita.

Desde logo, caberá lugar primeiro uma menção aos princípios e atitudes terapêuticas estruturantes da relação de ajuda discutidos, nomeadamente a empatia, a confidencialidade, o respeito pelo princípio da dignidade humana, a confiança, entre outros, os quais ocupam lugar no vértice de todas as intervenções tidas no contexto da SMP (Saúde Mental e Psiquiátrica). Não que, evidentemente, não estejam presentes noutras áreas da Enfermagem, porque se esta é uma profissão de ajuda, necessariamente terá uma forte componente relacional, porém, pensamos que esta adquire especial relevo

na área da SMP. De facto, a relação entre enfermeiro-doente só se constrói e estabelece, desde logo como terapêutica, no respeito estrito destes princípios e atitudes, a que acrescem aspetos mais técnicos<sup>63</sup>, progressivamente afinados e desenvolvidos com a experiência. Em termos de escola de pensamento, optámos pelo conceito de transição que nos remete de imediato para um período específico, balizado no tempo, em que as intervenções de enfermagem efetuadas têm por (meta) objetivo facilitar a mudança de um estado clínico em que subiste algum *deficit*, para um outro, mais equilibrado e melhorado face ao anterior.

Por outro lado, foi descrito um outro nível conceptual, composto por conceitos que urge compreender pela sua relação inextrincável com os objetos/contextos em análise, tais como, o regime compulsivo ou a motivação. Só munidos desta estrutura (teórica, mas também atitudinal), poderemos efetivar avaliações e intervenções eficazes assim como compreender, na sua plenitude, o utente, integrá-lo e explicar os seus comportamentos à luz de várias perspectivas. Será todo esse corpus teórico, a que se acrescentam atitudes intencionais, posições filosóficas, experiências e trajetórias de vida ímpares que, em última análise, camada a camada, constroem uma linha coerente no nosso *self*, que nos permita (re) colocar perante a densidade do outro, e tentar compreendê-lo e ajudá-lo. A mobilização de Si pressupõe, quanto a nós, um acervo e reflexão aturada destas questões, que significa e implica também uma introspeção, para que efetivamente possamos estabelecer relações terapêuticas com significado e eficazes.

Na vertente clínica, no correspondente ao ensino clínico I, efetuou-se uma análise retrospectiva de alguns anos a exercer funções num serviço de internamento de psiquiatria em contexto hospitalar. O objetivo consistiu na análise e discussão dos aspetos essenciais

---

<sup>63</sup> Discutidos em detalhe no capítulo sobre Relação de Ajuda, dos quais destacamos a paralinguística, reflexos, entre outros.

desse percurso, nomeadamente conceitos conexos com o contexto, psicofarmacologia, assim como os casos e intervenções mais frequentes/ilustrativos em que intervimos neste contexto. Ganham relevo as avaliações do estado mental e as intervenções no âmbito da sintomatologia da linha psicótica, assim como os quadros depressivos. Também referimos e discutimos aspetos da componente relacional (eficácia e pressupostos terapêuticos), intervenções no doente agitado, assim como a contra-transferência, aspetos que julgamos ser da maior importância. Este contexto de prática conjuga-se e complementa-se com o ensino clínico II, focado na comunitária, onde desenvolvemos o nosso estágio no CRI, mais especificamente no âmbito da consulta de enfermagem do adolescente. Relativamente a diferenças entre os dois contextos, a mencionar que são dois perfis de doentes diferentes, o que exige outros conhecimentos e gera um processo avaliativo e de intervenções também ele diferente. Com efeito, em contexto hospitalar o internamento de psiquiatria tem o seu foco em doentes na fase aguda, e na consulta do adolescente a vertente do trabalho desenvolvido tem o seu enfoque nos adolescentes com problemáticas de adição.

No entanto ganha, de alguma forma, preponderância neste relatório o ensino clínico II, porque em termos temporais foi o maior, decorreu de forma síncrona com o ano letivo, foi objeto de supervisão, assim como exigiu o (re) alocar de recursos (teóricos, práticos, alinhados com a fase aguda) para uma outra realidade – os comportamentos aditivos. Integrando nós a consulta do adolescente no CRI, foram realizadas entrevistas clínicas a vários adolescentes seguidos nesta estrutura por efetivos ou potenciais comportamentos aditivos, na sua maioria, relacionados com o consumo de canábis. A base das intervenções teve uma linha psicoeducativa, para além de outras intervenções como testes de despistagem ou a vertente avaliativa ao nível do estado mental. Em termos

de acrescento, efetuou-se uma *checklist*<sup>64</sup> com o nosso figurino de intervenção, do qual destacamos duas fases: primeiro, a tentativa de controlo/redução do comportamento aditivo, e numa segunda fase a abstinência, procurando na fase intermediária, progressivamente, distanciar objeto e comportamento. Foram ainda sugeridas outras ideias que, por motivos vários, não foi possível implementar, tais como um espaço dirigido aos pais que contemplasse a otimização de estratégias parentais no que se refere a lidar com esta problemática em particular, ou uma consulta de enfermagem nos mesmos moldes para jovens adultos, entre outras.

Existe, virtualmente em todos os serviços de internamento de outras especialidades uma relação linear de A para B, que designamos como intervenções de reflexo imediato. Por exemplo, num serviço de cirurgia, punciona-se um utente para lhe colocar um analgésico endovenoso e a dor decresce, aumenta-se o aporte de O<sub>2</sub> (Oxigénio) para que a SPO<sub>2</sub> (Saturação Periférica de Oxigénio) suba, os doentes são intervencionados e têm alta poucos dias depois, avaliam-se os sinais vitais e existe um resultado, os doentes são algaliados por retenção e existirá um resultado tangível, colhe-se sangue para análise e há resultados ao fim de umas horas, administra-se um antibiótico e os parâmetros infecciosos, espera-se, são debelados. Evidentemente que existem imponderáveis ou situações com desfecho menos positivo, em todo o caso existirá uma dinâmica linear de A (intervenção) para B (resultado) num curto espaço de tempo, que tende a não acontecer na área da Saúde Mental e Psiquiátrica. Com efeito, os internamentos ou o acompanhamento de um utente é realizado tendencialmente em espaços de tempo mais dilatados, objetiva-se conhecer e compreender a interioridade do doente, sem dispositivos mediadores, através do *self* mobilizado para a relação

---

<sup>64</sup> E por sugestão da supervisão.

terapêutica. Existirá maior amplitude do raciocínio empírico e da “sensibilidade” da relação terapêutica.

E este encontro faz-se tendencialmente com outras técnicas, outro corpus teórico, é muitas vezes circular e com um reflexo mais demorado no tempo. Alterar pensamentos e comportamentos, por definição exige, motivação, autocrítica, confiança, empatia, técnica, permeabilidade, compreender crenças e esquemas de pensamento, entre outros, uma análise que necessariamente tende a prolongar-se no tempo. Mesmo na área da psicofarmacologia, com antidepressivos e antipsicóticos em casos de sintomatologia aguda, raramente podemos esperar reflexos imediatos. Esta é uma característica dos cuidados em ESMP, tecer minuciosamente, fio a fio, a complexa teia interior de cada um. No que se refere ao ensino clínico I, procurou-se discutir os conceitos e situações mais frequentes/emblemáticas de uma experiência nos cuidados em SMP em contexto hospitalar. Quanto aos desafios e especificidades, no internamento a referir que as intervenções têm por base uma precisa avaliação do estado mental, mas atuar em casos de doentes psicóticos em fase aguda, pressupõe quanto a nós, menor amplitude do espaço interventivo (enfermeiro-doente) relativo aos processos de pensamento alterados pois, regra geral, estes apresentam rigidez e pouca permeabilidade.

Neste contexto a avaliação (comportamental e do conteúdo do pensamento) é crucial, existem casos clinicamente mais complexos, assim como todas as rotinas<sup>65</sup>, *grosso modo*, ligadas a uma enfermaria; e se é difícil alterar esquemas e crenças, não menos é verdade que muitos atingem de facto, paulatinamente, algum grau de funcionalidade. A análise é retrospectiva, em todo o caso permitirá pela explanação, aferir conhecimentos, assim como o processo avaliativo e de intervenções que refletem as

---

<sup>65</sup> No sentido em que existem intervenções que são efetuadas todos os dias, tais como os cuidados de higiene e conforto, preparação e administração de terapêutica, entre outras.



competências do EESMP. Por sua vez, no âmbito dos comportamentos aditivos, o desafio maior é alterar comportamentos acerca de um objeto que, por definição, provoca compulsão ao qual o indivíduo, muitas vezes, não consegue escapar, não obstante as consequências negativas que acarreta. Por outro lado, trata-se de um grupo – indivíduos com problemáticas aditivas, não apenas adolescentes - algo reticente e até fugidio relativamente a intervenções desta natureza. A abordagem a estas problemáticas consiste na multidisciplinaridade, porque efetivamente um indivíduo com comportamentos aditivos tem associadas outras questões. Concretamente no caso dos adolescentes, a intervenção deve necessariamente ser curta no tempo, perceptível, cativante e casuística, o que de certa forma dificulta uma abordagem (também necessária) para intentar perceber as causas mais fundas e estruturantes do sofrimento/dor que em última análise está na base deste tipo de comportamentos.

No ensino clínico II, quanto aos principais fatores envolvidos destaca-se a cultura que de algum modo envolve o consumo de canábis, assim como os processos específicos de estruturação da própria idade, o facto de cumprirem uma obrigação (o que potencia uma certa vertente desafiante), a força gravitacional do grupo de pares, assim como a razão principal, diríamos, de qualquer indivíduo que engaje em comportamentos aditivos, nomeadamente a fuga da realidade e a busca da sensação de prazer. Neste recorte foi possível obter, relatar e discutir resultados atingidos neste percurso, sendo que o essencial das intervenções consistiu na psicoeducação, nomeadamente em sensibilizar e informar dos riscos associados ao consumo de canábis (com alguma ressonância), assim como a contribuição para a exclusão/inclusão de hipóteses de avaliação/diagnóstico, orientações quanto a questões mais específicas, e de forma mais quantificável, num caso conseguiu-se o decréscimo significativo dos consumos, e noutro a manutenção da abstinência. Intervir junto destas faixas etárias é crucial, e apontamos dois motivos chave.

O primeiro relaciona-se com a maior suscetibilidade do cérebro em maturação dos adolescentes a substâncias psicotrópicas, assim como, em segundo lugar, para que se inflita ou interrompa trajetos de vida e comportamentos mal-adaptativos, em prol de comportamentos mais positivos, melhorados e equilibrados. Relativamente aos objetivos gerais do relatório: descrever as atividades subjacentes ao percurso que se efetuou no âmbito do mestrado em SMP, analisar de forma crítico-reflexiva as atividades descritas, e compreender e integrar a trajetória percorrida no âmbito das competências do EESMP, assim como os objetivos específicos, consideram-se atingidos.

Portanto, o percurso efetuado, descrito e analisado neste relatório, abarca duas áreas, os cuidados em ESMP na vertente do internamento (agudos) e na dimensão comunitária, onde os comportamentos aditivos ocuparam lugar de relevo. O rol de casos, experiências e intervenções (mais do que resultados), a interiorização da literatura expostos neste relatório constitui, cremos, um recorte bastante alargado do que é a realidade da prestação de cuidados no contexto da ESMP. É este ganho de *insight*, através destas experiências (profissionais, académicas), que em última análise contribui para que possam existir profissionais mais sólidos, perspicazes na avaliação, finos nas intervenções e que nos faz sair de um estágio iniciático para um outro com maior segurança e qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, julgamos que o percurso descrito permite sustentar a transição que se objetiva, com a certeza absoluta que um profissional neste contexto precisa de um trajeto longo para crescer e solidificar.

## Apêndice I

### *Checklist da consulta de enfermagem do adolescente*

#### **Caracterização dos Comportamentos Aditivos**

- Tipo de objeto na relação de dependência (e.g substância, computador)
- Quantificar o número diário de consumos
- Quantificar o gasto mensal nos consumos
- Identificar a altura (hora, momento) em que são tidos os consumos
- Acessibilidade do objeto

#### **Perceções Relativas aos Consumos e Níveis de Compromisso**

- Identificar aspetos negativos dos consumos
- Avaliar perceção ao nível de compromisso social em decorrência dos consumos
- Avaliar perceção ao nível de compromisso familiar
- Avaliar perceção ao nível de compromisso material
- Avaliar perceção ao nível de compromisso escolar
- Avaliar perceção ao nível de compromisso psicológico

#### **Avaliação da Motivação para Mudança Comportamental**

- Escala de 0-10 (conforme formulário de acolhimento)

0 sem motivação, e 10 como o valor máximo de motivação para a mudança. Avaliar periodicamente.

- Identificação de motivos mais relevantes para abandono dos consumos (máx. 3)

#### **Alimentação**

- Avaliar conhecimentos gerais acerca de uma alimentação racional

- Hora em que habitualmente são tidas as refeições
- Número de refeições diárias
- Informar sobre benefícios de uma dieta variada

### **Sono**

- Aferir número de horas de sono por dia
- Horas a que habitualmente se costuma deitar e levantar
- Aferir perceção relativa à qualidade do sono
- Informar sobre importância e benefícios de horários regulares e qualidade do sono
- Propor estratégias para boa higiene do sono

### **Avaliação de comportamentos de risco ao nível da sexualidade**

- Avaliar conhecimentos gerais sobre doenças sexualmente transmissíveis
- Aferir se existiram relações sexuais desprotegidas
- Informar sobre riscos associados a doenças sexualmente desprotegidas
- Informar sobre estratégias a ter sobre comportamentos sexuais responsáveis

### **Avaliação da rede social/familiar**

- Aferir relações mais significantes
- Avaliar qualidade das relações
- Mapear rede social
- Construção de ecomapa

### **Estratégias a Utilizar no Âmbito dos Comportamentos Aditivos**

- Construir *rapport*
- Adaptar o discurso
- Atitude de não-julgamento

- Informar sobre confidencialidade
- Enfatizar a importância da decisão do próprio/consentimento informado
- Informar sobre riscos gerais
- Desconstruir (pré)noções sobre consumos de estupefacientes
- Aferir causas e consequências gerais conexas com os comportamentos aditivos
- Expor e associar aspetos negativos dos comportamentos aditivos
- Identificar e enumerar aspetos positivos associados à mudança de comportamentos
- Perceções ligadas ao prazer aquando dos consumos – desincentivar e canalizar para atividades saudáveis/produativas
- Referir os mecanismos inerentes aos consumos (impulsos, respostas\pensamentos imediatistas, *imprint* de construção de hábitos com o tempo)
- Propor estratégias gerais em linha com comportamentos saudáveis (exercício físico, alimentação)
- Procurar estruturar objetivos mais estruturantes vs comportamentos imediatistas
- Focar importância e aspetos positivos dos testes de controlo efetuados
- Efetuar testes de controlo
- Preencher formulário relativo aos testes de controlo
- Focar periodicamente os motivos referidos pelo próprio para a mudança de comportamentos
- Propor reflexão sobre comportamentos/temáticas abordadas
- Avaliar alterações de humor/comportamentais
- Avaliar outros sintomas/possíveis diagnósticos de enfermagem
- Avaliar e explicar o impacto da pressão dos pares
  - exposição teórica, influência de aspetos de índole social nos consumos
- Enfatizar a importância da escola (assiduidade, rendimento escolar)
- Enfatizar a importância das consultas do adolescente

- Se isolamento social, propor estratégias para potencializar socialização
- Se aspetos sociais forem identificados como potenciadores ou relacionados com comportamentos aditivos, propor estratégias apropriadas casuisticamente
- Se conflitos familiares/escolares, propor estratégias de mitigação de conflitos. Eventualmente articulação com outras partes/profissionais.
- Avaliar adesão ao esquema terapêutico
- Efetuar ensinamentos específicos sobre higiene dos sons
- Efetuar ensinamentos específicos sobre alimentação saudável
- Efetuar ensinamentos específicos sobre sexualidade
- Efetuar ensinamentos específicos sobre importância do exercício físico/outras atividades

#### **Fase distanciação progressiva objeto/comportamento**

Se índices motivacionais  $\geq 5$ , após no mínimo duas consultas

- Escala de 0-10 (conforme formulário de acolhimento)
- Propor redução progressiva (1.º fase)
- Propor estratégias
- Uso do reforço positivo face a progressos
- Não sendo observados progressos, procurar elevar índices motivacionais. Afastar eventuais sentimentos de culpa
- Propor dias específicos sem consumos (2.ª fase)
- Focar, em última análise, a importância da abstinência e estratégias de manutenção
- Encaminhar, se necessário, para outros profissionais

### Referências Bibliográficas

Alves, A., Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental, *Rev. Port. Saúde Pública*. 28(2), p.127-131

Amorosi M. (2014). Correlation between sport and depression. *Psychiatr Danub*. 26, Suppl 1:208-10. PMID: 25413542.

APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.). Artmed

APA (2022). *APA Style*. <https://apastyle.apa.org/>

Assembleia da República. (2000). “Lei n.º 30, Regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas”. Assembleia da República. Diário da República, I série A, n.º 276 (Novembro), p. 6829 – 6833.

Assembleia da República. (2018). “Lei n.º 36, Lei de Saúde Mental”. Diário da República, série I-A, n.º 169 (Julho), p.3544 – 3550.

Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. Continuum. *Behavioral Neurology and Neuropsychiatry*, vol.21(3),p.715-736.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), p. 122-147. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>

Beck, A. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press.

Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), p.402-407.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behavior. *Child development*. vol. 37, nº 4, p. 887-907.

Botelho, C. (2017). A dignidade da pessoa humana – Direito subjetivo ou princípio axial? *Revista jurídica portugalense*, n.º 21, p. 255-282

Bowen S, Marlatt A. (2009). Surfing the urge: brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychol Addict Behav*. Dec;23(4):666-71. doi: 10.1037/a0017127. PMID: 20025372.

Carneiro, C. (2018). O estudo de casos múltiplos: estratégia de pesquisa em psicanálise e educação, *Psicologia USP*, 29 (2), <https://doi.org/10.1590/0103-656420170151>

Canotilho, G., e Moreira, V. (2007). *Constituição Da República Portuguesa Anotada*. 4.<sup>a</sup> Edição, Vol. I, Coimbra: Coimbra Editora.

Centers for Disease Control and Prevention (2022). *Binge Drinking*. <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/binge-drinking.htm>

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M. L., & Merino, J. R. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, p.63-72. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602020000100009&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602020000100009&nrm=iso)

Clear, J. (2018). *Atomic Habits*. Penguin



Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*, vol. 1, Loures: Lusodidacta.

Chick N., Meleis A. (2010). *Transitions: a nursing concern*. In Meleis A. (Edit) *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (p.24-36). New York: Springer

Chung, T., Creswell, K. G., Bachrach, R., Clark, D. B., & Martin, C. S. (2018). Adolescent Binge Drinking. *Alcohol Res*, 39(1), p. 5–15.

Corey, G (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Eighth Edition, Thomson Brooks: Belmont CA

Correll, C. U., & Schooler, N. R. (2020). Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, p.519–534.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>

Direção Geral de Saúde. (2011). Orientação n.º 021, Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente, n.º 021 (Julho), p. 1-4. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx>

Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. Norton & Company.

Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory, *Nursing Science Quarterly*, 18(2), p. 131-135. <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>

Freud, S. (1920). *A General Introduction to Psychoanalysis*. New York: G. Stanley Hall.

Festinger, L.; Riecken, H.; Schachter, S. (1956). *When Prophecy Fails: A Social and Psychological Study of a Modern Group that Predicted the Destruction of the World*.

University of Minnesota Press. ISBN 1-59147-727-1. Reissued 2008 by Pinter & Martin.  
ISBN 978-1-905177-19-6

Forchuk, C. (1995). Uniqueness Within the Nurse-Client Relationship. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. IX, nr. 1, p. 34-39

Flammer, E, Hirsch, S., Steinert, T, (2021). Effect of the introduction of immediate judge's decisions in 2018 on the use of coercive measures in psychiatric hospitals in Germany: a population-based study, *The Lancet Regional Health - Europe* 11. p.1-6  
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100233>

Luthar, S. S. (2003). The culture of affluence: psychological costs of material wealth. *Child Development*, 74(6), p. 1581–1593. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00625.x>

Guest, M. (2016). How to introduce yourself to patients. *Nursing Standard*. 30, 41, p. 36-38.

Griffin, C. E., Kaye, A. M., Bueno, F. R., & Kaye, A. D. (2013). Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. *The Ochsner journal*, 13(2), p.214-223. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23789008>

Gigliotti, A., & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios e diagnósticos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, p. 11-13.

Herie, M, Skinner, W. (2014). Biopsychosocial Plus: A Practical Approach to Addiction and Recovery. In: *Fundamentals of addiction: A practical guide for counsellors* (pp.3-29). (Ed. Herie, M, Skinner, W.,). 4th ed. Centre for Addiction and Mental Health

Im, E.-O. (2014). Transitions Theory. In M. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (pp.378-396). Mosby.

International Council of Nurses (2022). *Nursing Definitions*. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

Infarmed. (2016). *Prontuário Terapêutico*. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao\\_e\\_informacao/publicacoes/prontuario-terapeutico](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/publicacoes/prontuario-terapeutico)

Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., & Swanson, E. (2012). *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions*. Mosby.

Junior, O. G. (2008). *Além do princípio do Prazer: Um dualismo incontornável*. Civilização Brasileira.

Kendall, D. (2012). *Sociology in our times: the essentials* (Eighth Edition ed.). Cengage Learning.

Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre a Morte e o Morrer* (4. ed.). São Paulo: Martins Fontes

Kiran, C., & Chaudhury, S. (2009). Understanding delusions. *Industrial psychiatry journal*, 18(1), p. 3-18. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57851>

Lopes, M (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Rev Esc Enferm USP*, 39(2), p.220-8

Mantovani, C., Migon, M. N., Alheira, F. V., & Del-Ben, C. M. (2010). [Management of the violent or agitated patient]. *Rev Bras Psiquiatr*, 32 Suppl 2, S96-103.

Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophr Bull*. Sep;42(5), p.1262-9. doi: 10.1093/schbul/sbw003.

- Martin, D. (1990). *The Mental Status Examination*. In Walker HK, Hall WD, & H. JW (Eds.), *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations* (3rd ed.). Butterworths. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK320/>
- Maté, G. (2009). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction*. Vintage Canada Edition.
- Mendes, J. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Informar*, Ano XII, n.º 36, p.71-77
- Merriam-Webster (2022). *Rapport*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/rapport>
- Merriam-Webster (2022). *Self*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/self>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, p.12–28.
- Meleis, A. (2010a). Role Insufficiency and Role Supplementation: A Conceptual Framework. In Meleis, A (Ed.), *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp.13-24). Springer.
- Meleis, A. (2010b). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer.
- Mead, G. H. (1968). *George Herbert Mead: essays on his social philosophy*. Teachers College Press.
- Ministério da Saúde. (2012). “Decreto-Lei n.º 17/2012, Orgânica do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências”. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 19 (Janeiro), p.478 - 480. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/17-2012-544423>

Ministério da Saúde. (2011). “Decreto-Lei n.º 124, Lei Orgânica do Ministério da Saúde”. Diário da República, série I , n.º 249 (Dezembro), p. 5491 – 5498. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/124-2011-145186>

Mullen, R., & Linscott, R. J. (2010). A comparison of delusions and overvalued ideas. *J Nerv Ment Dis*, 198(1), p.35-38. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181c818b2>

Mirlashari J; Jahanbani J; Begjani J. (2020). Addiction, childhood experiences and nurse’s role in prevention: a qualitative study. *East Mediterr Health J.*, 26(2), p.212–2018. <https://doi.org/10.26719/2020.26.2.212>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). “Parecer n.º 226, Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes–contenção física”. Conselho de Enfermagem. p. 1-7

Ordem dos Enfermeiros. (2018). “Regulamento n.º 515, Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica”. Diário da República II série, n.º 151 (Agosto): p. 21427-21430. Regulamento n.º 515/2018 | DRE

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). “Regulamento n.º 140, Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”. Diário da República, II série, n.º 26 (Fevereiro): p. 4744 – 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Padrão documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Guarda

Palha J, Palha F. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gaz Med.* Feb. 22, 3(2), p.6-12. <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/110>

- Petrilli, K., Ofori, S., Hines, L., Taylor, G., Adams, S., & Freeman, T. P. (2022). Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00161-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00161-4)
- Piaget, J. (1957). *Construction of reality in the child*. Routledge.
- Pew Research Center (2021). *6 facts about Americans and marijuana*. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2021/04/26/facts-about-marijuana/>
- Prochaska, J., & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), p. 38-48.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage.
- Peplau, H. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0273>
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné: L'accompagnement thérapeutique*. TC Média Livres.
- Pereira, P, Botelho, M (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. vol. 18 n.º 2, 2º Semestre, p. 61-73
- Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J.-P., & Gely-Nargeot, M.-C. (2008). [Lack of insight in schizophrenia: a review. Part I: theoretical concept, clinical aspects and Amador's model]. *L'Encephale*, 34(6), p.597–605. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.008>
- Roper, N., Winifred, L., & Tierney, A. (1996). *The elements of nursing: a model for nursing based on a model of living*. Churchill Livingstone.

Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Moraes Editores

Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(1), p. 56–67. <https://doi.org/10.1037/h0076301>

Rotter, J. B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), p.1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>

Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49, p.153-171.

Sá, I, Baptista, T (2018). Terapias cognitivo-comportamentais. In: Leal, I (Coord.), *Psicoterapias* (p.151-167). Pactor.

Sitzman, K., & Eichelberger, L. (2011). *Understanding the Work of Nurse Theorists. A Creative Beginning*. Jones and Bartlett Publishers.

Shives, L. (2012). *Basic Concepts of Psychiatric–Mental Health Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.

Soriano, J., M. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. (2.ªed.). Bilbao: Desclée de Brouwer

Soltan, M., & Girguis, J. (2017). How to approach the mental state examination. *BMJ*, 357, j1821. <https://doi.org/10.1136/sbmj.j1821>

- Slade (2021, 13 Maio). *Drug decriminalization in Portugal: setting the record straight*. Transform - Drug Policy Foundation. <https://transformdrugs.org/blog/drug-decriminalisation-in-portugal-setting-the-record-straight>
- SNS (2016). Comportamentos aditivos e dependências. <http://www.arscentro.min-saude.pt/dicad/centro-de-respostas-integradas-cri/>
- Takács J. (2014). Rendszeres fizikai aktivitás és mentális egészség. A testmozgás szerepe a depresszió megelőzésében és kezelésében [Regular physical activity and mental health. The role of exercise in the prevention of, and intervention in depressive disorders]. *Psychiatr Hung.* 29(4), p.386-97. PMID: 25569828.
- Travelbee, J. (1963). What Do We Mean by Rapport?. *The American Journal of Nursing*, vol. 63, no. 2, p. 70-72
- Taylor, D., Paton, C., & Kapur, S. (2015). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. Wiley Blackwell.
- Taylor, M. (1981). *The Neuropsychiatric Mental Status Examination*. Springer.
- Taylor, C., Ralph, S. (2011). *Nursing Diagnosis Reference Manual*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Townsend, M. (2015). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. F. A. Davis Company.
- Van Krugten, F. C. W., Kaddouri, M., Goorden, M., van Balkom, A. J. L. M., Bockting, C. L. H., Peeters, F. P. M. L., Hakkaart-van Roijen, L., & Decision Tool Unipolar Depression, C. (2017). Indicators of patients with major depressive disorder in need of highly specialized care: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(2), e0171659. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171659>



Von der Heiden, JM, Egloff, B. (2021). Associations of the Big Five and locus of control with problem gambling in a large Australian sample, *PLoS ONE*, 16(6): e0253046. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253046>

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

Wise, R. A., & Robble, M. A. (2020). Dopamine and Addiction. *Annu Rev Psychol*, 71, p.79-106. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103337>

Wilkin, P (2009). The craft of psychiatric–mental health nursing practice. In: (Barker, P. eds), *Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring*. Hodder Arnold

Warelow P, Edward KL, Vinek J. (2008). Care: what nurses say and what nurses do. *Holist Nurs Pract*. May-Jun;22(3), p.146-53. doi: 10.1097/01.HNP.0000318023.53151.33. PMID: 18453894.

WHO (2019). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf>

WHO (2022). Mental Disorders. [Mental disorders \(who.int\)](https://www.who.int)

Wong, D. T., Perry, K. W., & Bymaster, F. P. (2005). The Discovery of Fluoxetine Hydrochloride (Prozac). *Nature Reviews Drug Discovery*, 4(9), p.764-774. <https://doi.org/10.1038/nrd1821>

Wood, W., & Neal, D. T. (2007). A new look at habits and the habit-goal interface. *Psychological Review*, 114(4), p. 843–863. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.114.4.843>

Wood, W., & R nger, D. (2016). Psychology of Habit. *Annu Rev Psychol*, 67, p. 289–314. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033417>

WHO (2022, 13 Setembro). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Wilson J, Freeman TP, Mackie CJ.(2019). Effects of increasing cannabis potency on adolescent health. *Lancet Child Adolesc Health*, Feb,3(2), p.121-128. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30342-0.

Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, Chen-Li D, Iacobucci M, Ho R, Majeed A, McIntyre RS. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord.*, 277:55-64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001.

Saez, Z., Rodríguez, R., Trinidad, L. (2018). Comunicación del personal de Enfermería con el paciente con patología psiquiátrica, *Revista española de comunicación en salud*, vol. 9, n.º. 2, p. 215-22, <https://doi.org/10.20318/recs.2018.4499>

Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Adv Exp Med Biol*, 1010, p.21-41. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1\\_2](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2)