

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista à pessoa com consumo de substâncias: Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Intervention by Specialist Nurses with people who consume substances: Project to develop specialised clinical skills in Mental Health and Psychiatric Nursing

Autor

Ana Filipa Rodrigues Monteiro

Oliveira de Azeméis, 2025

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista à pessoa com consumo de substâncias: Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Intervention by Specialist Nurses with people who consume substances: Project to develop specialised clinical skills in Mental Health and Psychiatric Nursing

Orientador(es)

Aramid José Fajardo Gomes

Autor

Ana Filipa Rodrigues Monteiro

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

DEDICATÓRIA

À minha Mãe,

que, embora já não esteja fisicamente presente, permanece viva em cada passo do meu caminho.

A sua força, o seu amor incondicional e o seu exemplo de dedicação continuam a ser a minha maior inspiração.

Esta conquista é, acima de tudo, para ela.

AGRADECIMENTO

Ao Professor Aramid Gomes, cuja orientação foi muito mais do que um simples guia académico. Sem o seu conhecimento, incentivo e constante disponibilidade, este trabalho não teria sido possível. A sua capacidade de inspirar, desafiar e apoiar foram fundamentais para o meu crescimento, tanto a nível profissional como pessoal. A ele, expresso a mais profunda gratidão.

A todos aqueles que, ao cruzarem-se comigo neste percurso de cuidar, contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências.

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo, compreensão e pelo apoio nos momentos mais desafiantes deste percurso. A alguns, em particular, pelo espírito de entre ajuda, pela generosidade nas trocas de horário e pela disponibilidade em ajustar rotinas para me permitir cumprir as horas de estágio.

Aos meus Amigos, pela amizade sincera que resiste ao tempo e pela presença constante, mesmo quando as distâncias se impunham. Pelas palavras de conforto e pela força silenciosa que tantas vezes me sustentou.

Ao Bruno, pela paciência inquebrável, pela compreensão sem reservas e pelo apoio firme nos momentos que mais precisei. Pela motivação constante, pela serenidade nos dias difíceis e pela capacidade de acreditar em mim, mesmo quando eu duvidava.

Ao meu Pai, pelo amor incondicional, pela coragem e pela força que me transmitiu. Pela compreensão perante as minhas ausências, amparando-me sempre que necessário. A ele e à minha Mãe, devo as mais valiosas lições de vida, que moldaram quem eu sou neste momento.

À Filipa e à Andreia, pela amizade genuína e pelo companheirismo que transformaram este percurso numa caminhada conjunta, repleta de apoio e resiliência. Pelo amparo nos momentos de maior incerteza, pelas palavras certas nas horas difíceis e pela alegria sincera em cada conquista alcançada juntas. À Filipa, em especial, pela amizade sem necessidade de explicações. É um vínculo que permanecerá para além de qualquer caminho trilhado.

Por fim, à minha Mãe, cuja ausência física nunca significa distância. Continua a ser a minha maior força, o meu refúgio e a minha bússola. Nos momentos de dúvida, foi na sua memória que encontrei coragem. Nos desafios, foi no seu amor incondicional que procurei apoio. A sua presença vive em mim, orienta-me e dá sentido de cada conquista. Esta caminhada é, também, um tributo a ela.

... a todos vós, o meu profundo agradecimento.

RESUMO

As perturbações mentais constituem, atualmente, um dos maiores desafios à saúde pública global. Perturbações como a depressão, a ansiedade e as perturbações do uso de substâncias figuram, de forma consistente, entre as dez principais causas de sobrecarga em todo o mundo. Em 2019, Portugal era o segundo país da União Europeia com maior percentagem de anos vividos com incapacidade atribuída a doenças mentais, e o quarto país europeu com maior número de anos de vida ajustados à incapacidade, o que reforça a urgência de respostas especializadas e qualificadas neste domínio.

O presente relatório insere-se na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado pela Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

O documento que aqui se introduz tem como finalidade descrever e analisar, de forma crítica e fundamentada, as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios clínicos, evidenciando o seu contributo para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como para a obtenção do grau de Mestre.

A elaboração deste documento baseou-se numa metodologia de natureza crítico-reflexiva, sustentada numa revisão exploratória da literatura e na aplicação da metodologia *Case Report* (CARE), utilizada na apresentação e análise dos estudos de caso. A adoção desta metodologia permitiu evidenciar o processo de tomada de decisão clínica especializada, na conceção de cuidados de enfermagem fundamentados na melhor evidência científica disponível, particularmente no âmbito da intervenção junto de pessoas com comportamentos aditivos e dependências.

Este relatório procura, assim, demonstrar uma prática profissional sustentada em evidência científica e a translação dos conhecimentos adquiridos em contexto académico para a prática clínica especializada, evidenciando igualmente o desenvolvimento de competências de investigação compatíveis com o grau de Mestre. Contribui, deste modo, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e para o cumprimento do mandato social da profissão.

A prática de enfermagem ancorada em modelos teóricos, centrada na atividade diagnóstica e na pessoa enquanto parceira no processo de cuidados, revelou-se essencial na prevenção da doença mental, bem como na promoção da recuperação e da saúde mental.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica, Estudo de Caso, Saúde Mental, Transtorno

Relacionado ao Uso de Substâncias

ABSTRACT

Mental disorders currently represent one of the greatest challenges to global public health. Conditions such as depression, anxiety, and substance use disorders consistently rank among the top ten causes of disease burden worldwide. In 2019, Portugal was the second country in the European Union with the highest percentage of years lived with disability due to mental illness, and the fourth in Europe in terms of disability-adjusted life years, highlighting the urgent need for specialized and qualified responses in this field.

This report is part of the Curricular Unit "Professional Internship with Final Report," integrated into the 2nd Master's Degree Program in Mental Health and Psychiatric Nursing at the Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

The main objective of this document is to critically and systematically describe and analyze the clinical activities developed during the internship placements, demonstrating their contribution to the development of the specific competencies of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist, as well as to the achievement of the Master's degree.

The development of this report was based on a critical-reflective methodology, supported by an exploratory literature review and the application of the Case Report (CARE) methodology for the presentation and analysis of clinical case studies. This approach allowed for the demonstration of specialized clinical decision-making processes in the design of nursing care grounded in the best available scientific evidence, particularly in the context of interventions with individuals experiencing addictive behaviors and dependencies.

This report aims to illustrate a professional nursing practice informed by scientific evidence and to reflect the translation of academic knowledge into specialized clinical practice, while also demonstrating the development of research competencies aligned with the Master's level. As such, it contributes to the ongoing improvement of the quality of care in Mental Health and Psychiatric Nursing and to the fulfillment of the profession's social mandate.

Nursing practice rooted in theoretical models, focused on diagnostic activity, and centered on the person as an active partner in the care process, has proven to be essential in preventing mental illness and in promoting recovery and mental health.

Keywords: Psychiatric Nursing, Case Report, Mental Health, Substance-Related Disorders

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

DSM-V-TR – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSNCVP – Escola Superior de Saúde do Norte Cruz Vermelha Portuguesa

EM- Entrevista Motivacional

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

ICD-11 – *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th revision)*

ICNP- *International Classification for Nursing Practice*

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNRCAD – Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SOCRATES 8D - *Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale*

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*

THC- Tetrahydrocannabinol

TMC – Técnica de Modificação de Comportamento

TRAS-N – *Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse*

TRAS-P – *Therapeutic Relationship Assessment Scale-Patient*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UIPF – Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense

ULS – Unidade Local de Saúde (ULS)

UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	25
3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS - CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS	33
3.1. Enquadramento teórico	33
3.2. Clientes	37
3.3. Medicação	37
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	37
3.4. Domínios	39
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	40
3.5. Conceção de Cuidados	47
3.6. Especificação das intervenções	50
3.7. Síntese relativa ao caso	53
4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS - CONTEXTO DE COMUNIDADE	55
4.1. Enquadramento teórico	55
4.2. Clientes	56
4.3. Medicação	57
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	57
4.4. Domínios	58
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	58
4.5. Conceção de Cuidados	66
4.6. Especificação das intervenções	68
4.7. Síntese relativa ao caso	71
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	73
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	105
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	123

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Objetivo geral, específico e atividades que concretizam - UIPF

Quadro 2 - Objetivo geral, específico e atividades que concretizam - UCC

Quadro 3 - Conceção de cuidados - UIPF

Quadro 4 - Conceção de cuidados - UCC

Figura 1 – Relação dos modelos teóricos com a comunicação terapêutica e a relação de ajuda.

Figura 2 – Conceptualização dos cuidados de enfermagem aplicada ao estudo de caso – UIPF

Figura 3 – Conceptualização dos cuidados de enfermagem aplicada ao estudo de caso – UCC

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, que integra o plano de estudos do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Norte Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNCVP), inserido no 1.º Semestre do 2.º ano, no ano letivo 2024/2025, foi proposto, como instrumento de avaliação, o presente relatório.

A unidade curricular supracitada conta com um período formativo decorrido entre os dias 19 de setembro de 2024 e nove de abril de 2025, abrangendo um total de 810 horas, das quais 384 horas são de contacto na tipologia de estágio em dois contextos clínicos diferentes.

A decisão de realizar o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nasceu do compromisso com o cuidado e da convicção de que a saúde mental é um pilar fundamental para o bem-estar integral do ser humano. Ao longo da experiência profissional foi constatada pela autora a complexidade dos desafios enfrentados pelas pessoas com doença mental e pelas respetivas famílias, assim como a necessidade de uma abordagem holística, baseada em evidências e focada na humanização do cuidado.

Este curso representa para a autora uma oportunidade de aprofundar conhecimentos, desenvolver competências especializadas e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados.

O documento que aqui se introduz tem como principais objetivos: 1) apresentar as atividades desenvolvidas no decurso dos estágios; 2) refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP); e 3) apresentar um estudo de caso para cada contexto de estágio que traduza a conceção de cuidados especializados.

Com base nas evidências expressas no Relatório Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), surge a necessidade da implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030, que tem como objetivos a transformação do valor e o compromisso dado à saúde mental, a remodelação dos ambientes que influenciam a saúde mental e o fortalecimento dos sistemas que cuidam a saúde mental das pessoas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2024).

As perturbações mentais constituem um dos principais desafios à saúde pública. O *Global Burden of Diseases*, no seu relatório relativo à prevalência global, regional e nacional de *Disability-Adjusted Life-Years* (DALYs), *Years Lived with Disability* (YLDs), e *Years of Life Lost*

(YLLs), revelou que as perturbações mentais tais como, as perturbações depressivas, perturbações da ansiedade as perturbações do uso de substâncias permaneceram entre as 10 principais causas de sobrecarga em todo o mundo (Degenhardt et al., 2018; Ferrari et al., 2022).

Além disso, Portugal, em 2019, era o segundo país da União Europeia, com maior percentagem de anos vividos com incapacidade devido à sobrecarga das doenças mentais e o quarto país da Europa com maior percentagem de anos de vida ajustados à incapacidade (Observatório Nacional, 2021).

No que diz respeito ao uso de substâncias, estas podem ser licitas ou ilícitas como álcool, opioides, incluindo heroína, morfina, ópio e outros opioides farmacêuticos; cannabis (tetrahidrocanabinol [THC]); anfetaminas; cocaína; e uso extramédico de medicamentos prescritos (Degenhardt et al., 2018).

As perturbações causadas pelo uso de substâncias, sobretudo quando associadas ao consumo do álcool apresentam uma prevalência entre os 5 e os 6%, principalmente na população entre os 20 e os 45 anos. Quanto às perturbações decorrentes do uso de substâncias ilícitas, estas assumem maior expressividade na população entre os 15 e os 25 anos, com uma prevalência de 2% (Degenhardt et al., 2018; Ferrari et al., 2022).

Segundo o anterior Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), atualmente denominado Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD), o uso de drogas remonta aos primórdios da Humanidade, pelo que o uso de substâncias psicoativas possui antigas origens históricas e culturais, atravessando todas as épocas de civilizações (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, n.d.).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas de 2024 da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), em 2022, 292 milhões de pessoas usaram drogas, um aumento de 20% numa década (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2024). A cannabis continua a ser droga mais usada (228 milhões), seguida por opioides (60 milhões), anfetaminas (30 milhões), cocaína (23 milhões) e ecstasy (20 milhões) (UNODC, 2024).

No que diz respeito à Europa, segundo consta no Relatório Europeu sobre Drogas, a disponibilidade e o consumo destas substâncias permanecem elevados em toda a União Europeia, existindo variações significativas entre os países (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2022). A cannabis continua a ser a substância mais consumida (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2022).

Portugal tem registado, nos últimos anos uma evolução significativa no fenómeno do consumo de drogas e da toxicodependência. De acordo com Relatório Anual de 2022 sobre a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, como conclusão do V Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população em geral, realizado na população residente em Portugal entre os 15 e os 74 anos de idade, os dados apresentam o álcool como a substância

psicoativa mais consumida em Portugal (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2023b). Quanto ao consumo de substâncias ilícitas as que têm maiores prevalências de consumo na população em estudo são a canábis, a cocaína e o ecstasy, embora a cocaína e o ecstasy apresentem taxas de utilização significativamente inferiores às da canábis (SICAD, 2023b). De salientar ainda que, a população entre os 15 e os 34 anos apresentou uma taxa de consumo recente maior do que a população entre os 15 e os 74 anos (SICAD, 2023b).

O uso de substâncias psicoativas tem emergido como um problema crescente no contexto dos comportamentos aditivos, com destaque para o uso inadequado de medicamentos como opioides, benzodiazepinas e estimulantes (International Narcotics Control Board, 2022, 2023). Essas substâncias, que desempenham um papel fundamental no tratamento de condições específicas de saúde, são utilizadas de forma recreativa ou sem supervisão médica, resultando em casos de dependência e overdoses (International Narcotics Control Board, 2022, 2023). Paralelamente, observa-se um aumento no consumo de outras substâncias, como cocaína, anfetaminas e ecstasy, bem como, um uso inadequado e crescente de medicação psicoativa (International Narcotics Control Board, 2022, 2023).

Estas tendências no consumo não são homogêneas em todas as faixas etárias ou grupos populacionais. Por exemplo, o uso de álcool e canábis tem aumentado entre mulheres e jovens, enquanto entre os homens, regista-se um aumento no consumo de cocaína, ecstasy e anfetaminas, principalmente entre os mais jovens. No contexto universitário, o consumo de canábis também é cada vez mais frequente. Entre os idosos, tem sido uma preocupação crescente a utilização de medicação psicoativa sem prescrição médica, o que reforça a necessidade de monitorização e intervenções orientadas para a prevenção e tratamento do uso indevido desses medicamentos, evitando a dependência e outros danos associados (International Narcotics Control Board, 2022, 2023).

Os comportamentos aditivos e dependências constituem um fenómeno complexo do ponto de vista social e de saúde que afeta globalmente a população com consequências que impactam não apenas a pessoa com uso, abuso e/ou dependência, mas também as famílias e as comunidades, resultando em elevados custos e prejuízos para a saúde pública, ambiente e produtividade no trabalho. Além disso, representam riscos de segurança, estando frequentemente relacionados com a violência, a criminalidade e a corrupção (SICAD, 2023a).

A complexidade dos comportamentos aditivos advém da multiplicidade de fatores que influenciam esses comportamentos incluindo elementos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. A interação dinâmica entre os vários elementos contribui para a diversidade de experiências e desafios (SICAD, 2023a).

A aproximação de pessoas com consumo de substâncias aos cuidados de saúde enfrenta desafios significativos, refletindo a complexidade dos comportamentos aditivos e das

dependências. Apesar da existência de programas de prevenção e tratamento, muitas pessoas encontram barreiras que dificultam o acesso e, consequentemente, a adesão aos cuidados de saúde. Estas dificuldades resultam não apenas das características individuais do consumo, mas também de fatores sociais, económicos e institucionais que perpetuam a exclusão e o afastamento dos sistemas de apoio (SICAD, 2020, 2021).

Existem três fatores fundamentais que contribuem para esta realidade: 1) o estigma e a discriminação associados ao consumo que podem levar à marginalização das pessoas; 2) a vulnerabilidade socioeconómica, sendo uma barreira adicional aos cuidados de saúde; e 3) a relação dos consumos com a criminalidade gera desconfiança e medo em procurar serviços de saúde (SICAD, 2020, 2021).

Desta forma, em Portugal, surge o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030 (PNRCAD) que visa promover um ambiente social mais saudável e reduzir os impactos negativos dos comportamentos aditivos na saúde pública, através de uma abordagem abrangente e integradora, que envolve a prevenção, o tratamento, a redução de danos e a reintegração social (SICAD, 2023a). O PNRCAD enfatiza a importância de fortalecer a cooperação entre os diferentes intervenientes na definição, operacionalização, monitorização e avaliação das estratégias de prevenção (SICAD, 2023a).

É neste contexto que surge a importância dos cuidados de enfermagem especializados. O enfermeiro especialista, decorrente do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, baseia a sua prática clínica na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, sustentando os mesmos na formação, investigação e na assessoria, em consonância com a sua área de especialização (Regulamento nº 140, 2019).

Cabe ao EEESMP, no exercício das suas competências específicas, realizar e implementar um plano de cuidados individualizado que vise facilitar o processo saúde/doença, com o objetivo de promover e restaurar a saúde mental das pessoas, prevenindo a incapacidade, promovendo a reabilitação psicossocial, a autonomia e a funcionalidade (Regulamento nº 515, 2018).

Na base de construção deste relatório, esteve a necessidade de desenvolvimento das competências específicas do EEESMP, aliada à problemática dos cuidados prestados a pessoas com problemas de consumos de substâncias.

O desenvolvimento deste relatório assenta em documentos oficiais que regulamentam a prática de enfermagem, tais como: o regulamento das competências comuns aos Enfermeiros Especialistas (Regulamento nº 140, 2019); o regulamento das competências específicas do EEESMP (Regulamento nº 515, 2018); o regulamento do exercício profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 161, 1996); o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº 356, 2015); e o código deontológico (Lei nº 156, 2015).

A metodologia utilizada para a sua realização é crítico-reflexiva, baseando-se numa revisão exploratória da literatura. Ao longo do documento, apresenta-se uma síntese narrativa que permite demonstrar uma prática fundamentada em evidências. Para a realização dos estudos de caso recorreu-se à metodologia *Case Report* (CARE) (Gagnier et al., 2013). Por sua vez, a construção e apresentação deste relatório baseia-se na plataforma e4nursing.

Considerando o exposto, o presente documento encontra-se organizado em três partes principais. A primeira parte apresenta uma descrição narrativa, analítica, crítica e reflexiva dos contextos de estágio, alicerçada nas competências comuns dos Enfermeiros Especialistas, nas competências específicas do EEESMP e numa revisão exploratória da literatura baseada na melhor e mais recente evidência científica. A segunda parte corresponde aos estudos de caso, incluindo a realização de planos de cuidados de enfermagem com base na Ontologia de Enfermagem e desenvolvidos com recurso à plataforma e4nursing. Na terceira parte estão expostos os contributos para o desenvolvimento e aprimoramento das competências comuns aos enfermeiros especialistas e das competências específicas do EEESMP. Por fim, na quarta e última parte, é realizada uma síntese final acompanhada de uma reflexão crítica sobre todo o percurso.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Neste capítulo é apresentada uma descrição dos locais onde foram realizados os estágios que ocorreram em dois contextos diferentes. O primeiro decorreu em contexto de internamento de respostas diferenciadas, na Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense (UIPF) de um hospital da região norte do país. O segundo momento ocorreu em contexto comunitário, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Contexto de internamento de respostas diferenciadas - Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense

As UIPF “São classificadas como unidades de saúde mental não integradas nos serviços prisionais, vocacionadas para a execução das medidas de segurança de internamento de inimputável” (Despacho nº 12406, 2019, p.61). Assim, segundo o artigo 20º do Decreto-Lei nº48 (1995) do Código Penal, considera-se que:

“1 - É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação.

2 - Pode ser declarado inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não accidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver, no momento da prática do facto, a capacidade para avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação sensivelmente diminuída.”

(Decreto-Lei nº 48, 1995, p. 1363).

Em Portugal, o Decreto de Lei nº 70 (2019) no artigo 8º aborda especificamente as medidas de execução de internamento de pessoas inimputáveis em UIPF. Assim, o internamento de um inimputável numa UIPF tem como objetivo a preparação de forma progressiva à vida livre, com acompanhamento clínico de uma equipa multidisciplinar, através da aquisição e desenvolvimento de competências que permitam a reabilitação e reintegração no contexto familiar e social, prevenindo a ocorrência de novos crimes e garantindo a proteção da sociedade e da possível vítima (Decreto-Lei nº 70, 2019).

Segundo o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense (Regulamento nº 728, 2021), a Enfermagem Forense é uma área de atuação profissional que aborda os problemas de saúde resultantes das experiências de vida da pessoa, da família e da

comunidade em contextos de violência, violações dos direitos humanos, trauma e/ou desastres em grande escala, ao longo do ciclo da vida. Esta área integra a Enfermagem com Ciências Forenses, na medida em que o processo de enfermagem se liga ao sistema legal, com o objetivo da promoção cultural e social segura (Decreto-Lei nº 70, 2019). No exercício da Enfermagem Forense, o enfermeiro desempenha uma prática profissional ética e legal, compartilhada entre a saúde e a lei, contribuindo para a qualidade dos cuidados, para a segurança na prática clínica, bem como para a melhoria social e cultural (Decreto-Lei nº 70, 2019).

Tal como consta no nº 1 do artigo 3º do Decreto-Lei nº 70 (2019), a UIPF onde decorreu o estágio é uma unidade de saúde mental não integrada nos serviços prisionais, localizada num hospital de Saúde Mental e Psiquiátrica da região norte do país de referência na prestação de cuidados de saúde psiquiátricos (Decreto-Lei nº 70, 2019). É possível ler-se, na página da internet do Hospital, que a missão da UIPF está integrada na missão geral do Hospital, com o objetivo específico de nesta unidade serem implementados tratamentos diferenciados, segurança e reabilitação a pessoas com doença mental e que se encontram sob custódia judicial para cumprimento de medida de segurança.

A UIPF tem capacidade para 40 pessoas do sexo masculino, distribuídos por dois pisos (20 pessoas por piso). Durante o tempo de internamento as pessoas são acompanhadas por uma equipa multidisciplinar que tem como objetivo a implementação de cuidados de qualidade de forma a permitir o seu bem-estar. Da equipa multidisciplinar fazem parte médicos psiquiatras, EEESMP, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais e administrativos. Dada a particularidade do tipo de pessoas internadas, em colaboração com a UIPF está o Ministério da Justiça, com técnicos de reinserção social e juizes que atuam na execução do internamento.

Por forma a potenciar o processo de transição para a comunidade, na UIPF foram criadas residências de transição, que contam o apoio e supervisão da equipa de enfermagem durante de 24 horas. Tal como previsto no Decreto-Lei nº 22/2011, nessas residências as pessoas têm a possibilidade de efetuar treinos ativos para a vida autónoma, incluindo atividades domésticas, uso de transportes e ensino para a cidadania (Decreto-Lei nº 22, 2011).

Em parceria com o Instituto do Emprego e Formação Profissional, do Centro de Educação e Formação Profissional Integrada, é dada a essas pessoas a possibilidade de integração em formação profissional, bem como, trabalhos remunerados (Decreto-Lei nº 22, 2011).

Após o término da medida de internamento e a consequente libertação da pessoa, é garantida a continuidade dos cuidados através de um projeto comunitário. Isso inclui a inscrição da pessoa no agrupamento de centros de saúde da área onde vai residir, a comunicação direta com os serviços locais de saúde mental da nova área de residência e a garantia de acolhimento residencial, bem como a sua integração na comunidade.

A UIPF conta com uma equipa de 20 enfermeiros de entre os quais: um enfermeiro gestor, 13 EEESMP (68%) e seis enfermeiros de cuidados gerais (32%).

No regulamento da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, pode ler-se que:

“Nos diversos serviços de internamento, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, devem existir, pelo menos, 2 (dois) enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica, por cada 3 (três) enfermeiros, sendo que, deverá existir, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em permanência, 24 horas por dia.”

(Regulamento nº 743, 2019, p.140).

Em cada piso da UIPF, o plano de cuidados conta com dois enfermeiros no turno da manhã, dois enfermeiros no turno da tarde e um no turno da noite, sendo que nem sempre se observou a existência de um EEESMP no turno.

Relativamente ao *ratio* enfermeiro/pessoa, constata-se que, por turno e em cada piso do serviço, a distribuição é de 10 pessoas para cada enfermeiro no turno da manhã, 10 pessoas para cada enfermeiro no turno da tarde e 20 pessoas para um enfermeiro no turno da noite.

Objetivo geral, específicos e atividades que concretizam

Neste capítulo são apresentados os objetivos gerais, específicos e atividades que os concretizam, para o estágio em contexto de internamento de respostas diferenciadas.

A construção dos objetivos que aqui se introduzem seguem a metodologia *SMART* (*Specific, Measurable, Attainable, Relevant, Time based*) por forma a ajudar a torná-los mais claros e alcançáveis. O acrónimo *SMART* representa cinco critérios essenciais: 1) Específico, devendo o objetivo ser claro e bem definido; 2) Mensurável, permitindo o acompanhamento do seu progresso; 3) Alcançável, ou seja, realista e possível de ser atingido; 4) Relevante, alinhado com metas e valores; 5) Temporal, com um prazo definido para ser alcançado (University of California, 2016).

Considerando o exposto, para a realização deste estágio foram delineados os objetivos gerais, específicos e atividades que permitiram a sua concretizam e que podem ser consultados no Quadro 1.

Os objetivos delineados enquadram-se nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável propostos pela *United Nations* (n.d.) e contribuem para o 3º objetivo, em particular para os objetivos específicos "3.4 até 2030, reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar ... 3.5

Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas e o uso nocivo do álcool" (United Nations, n.d.) e que tem como indicadores "3.5.1 Cobertura das intervenções (farmacológicas, psicossociais, de reabilitação e de pós-tratamento) com vista ao tratamento do abuso de substâncias; 3.5.2 Consumo de litros de álcool puro per capita (pessoas com 15 ou mais anos) por ano." (United Nations, n.d.).

OBJETIVO GERAL
Demonstrar habilidades e competências para prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos e psicossociais à pessoa com consumo de substâncias em contexto de UIPF no período decorrido entre os dias 19 de setembro e 22 de novembro, mobilizando o contexto e dinâmica individual de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
OBJETIVO ESPECÍFICO
- Conceber um plano de cuidados que integre todas as etapas do processo de enfermagem para a pessoa com dependência de substâncias durante o estágio na UIPF no período decorrido entre os dias 19 de setembro e 22 de novembro. - Desenvolver processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental da pessoa com dependência de substâncias, prevenindo a incapacidade, e mobilizando os processos que melhor se adaptam à pessoa e à situação durante o estágio na UIPF no período decorrido entre os dias 19 de setembro e 22 de novembro.
ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM
- Identificar dados associados aos domínios e focos no âmbito dos processos psicológicos e respostas humanas que sejam relevantes para as hipóteses diagnósticas; - Avaliar e monitorizar os domínios relacionados com os focos de enfermagem no âmbito dos processos corporais, psicológicos e respostas humanas; - Planejar intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas individuais centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; - Implementar intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas individuais centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; - Avaliar resultados associados às intervenções que integram a conceção dos cuidados planeadas e implementadas para a pessoa com consumo de substâncias.

Quadro 1 - Objetivo geral, específico e atividades que concretizam - UIPF

Contexto de Comunidade - Unidade de Cuidados na Comunidade

Segundo o artigo 11º do Decreto de Lei nº 28 (2008) as UCC atuam em contexto domiciliário e comunitário nas suas áreas geográficas de atuação e têm como missão prestar cuidados de saúde, suporte psicológico e social a pessoas, famílias ou grupos vulneráveis, que enfrentem maior risco ou possuam limitações físicas e funcionais, ou doenças que necessitem de

acompanhamento contínuo (Decreto-Lei nº 28, 2008). As UCC desempenham um papel importante na educação para a saúde, na integração das redes de apoio familiar e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei nº 28, 2008).

No Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) (2017), surgem como metas para os cuidados de saúde primários, o aumento em 25% de registo de perturbações mentais e o aumento em 30% do número de iniciativas relacionadas com programas de promoção da saúde mental (Direção Geral da Saúde, 2017).

A intervenção comunitária em saúde mental é essencial para a promoção do bem-estar psicológico e social, tendo como principais objetivos promover o empoderamento das comunidades, incentivar a participação ativa da população e fortalecer as redes de apoio social (Gonçalves et al., 2013). Ao trabalhar diretamente com as comunidades, os EEESMP conseguem identificar fatores de risco locais, reduzir o estigma associado aos transtornos mentais e criar estratégias de prevenção e tratamento mais adaptadas às necessidades reais da população (Gonçalves et al., 2013).

A promoção da saúde mental está prevista na nova Lei de Saúde Mental (Lei nº 35, 2023), alínea b) do artigo 5º onde são referidos os objetivos da política de saúde mental e onde se pode ler:

“Melhorar a saúde mental das populações, nomeadamente através da implementação efetiva e sustentável de medidas que contribuam para a promoção da saúde mental, para a prevenção e tratamento das doenças mentais e para a reabilitação e inclusão das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental”

(Lei nº 35, 2023, p.4).

O PNSM (2017) sublinha ainda a importância de serem desenvolvidas estratégias integradas e abrangentes que tenham por base a promoção da saúde mental que criem condições favoráveis ao bem-estar emocional da população, bem como a disponibilização de cuidados de saúde mental para todas as pessoas com doença mental (Direção Geral da Saúde, 2017).

No Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), a saúde mental e psiquiátrica é também tida como uma das áreas prioritárias dentro do eixo da resiliência, com investimentos destinados ao reforço da rede de cuidados de saúde mental em Portugal (Ministério do Planeamento, 2021).

A UCC onde decorreu o estágio está atualmente inserida numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte do país. É composta por uma equipa multidisciplinar que abrange profissionais de diferentes áreas, tais como: três assistentes sociais; uma assistente técnica; dois médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar; oito enfermeiros especialistas nas diferentes áreas de especialidade, sendo um EEESMP; uma fisioterapeuta; uma psicóloga; uma nutricionista; uma higienista oral.

Tendo em conta a informação disponível numa página de internet de acesso aberto, tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de atuação, visando a obtenção de ganhos em saúde, através da intervenção de natureza comunitária da equipa multidisciplinar, tendo como visão a melhoria contínua do estado de saúde da população, salientando as boas práticas de cuidados de proximidade com respostas integradas, articuladas e diferenciadas aos mais vulneráveis.

O EEESMP desenvolve projetos no âmbito da promoção da saúde mental, prevenção da doença mental ou agudização da mesma e estabilização de sintomas psicopatológicos no contexto comunitário.

Objetivo geral, específicos e atividades que concretizam

Neste capítulo são apresentados os objetivos gerais, específicos e atividades que os concretizam, delineados para o estágio em contexto da UCC, e que podem ser consultados no quadro 2.

OBJETIVO GERAL
• Demonstrar habilidades e competências para prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos e psicossociais à pessoa com consumo de substâncias mobilizando o contexto e dinâmica individual de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, na UCC no período decorrido entre os dias 25 de novembro e nove de abril.
OBJETIVO ESPECÍFICO
• Conceber um plano de cuidados que integre todas as etapas do processo de enfermagem para a pessoa com dependência de substâncias durante o estágio na UCC no período decorrido entre os dias 25 de novembro e nove de abril. • Desenvolver processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental da pessoa com dependência de substâncias, prevenindo a incapacidade, e mobilizando os processos que melhor se adaptam à pessoa e à situação durante o estágio na UCC no período decorrido entre os dias 25 de novembro e nove de abril.
ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM
• Identificar dados associados aos domínios e focos no âmbito dos processos psicológicos e respostas humanas que sejam relevantes para as hipóteses diagnósticas; • Avaliar e monitorizar os domínios relacionados com os focos de enfermagem no âmbito dos processos corporais, dos processos psicológicos e respostas humanas; • Planear intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas individuais centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; • Implementar intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas individuais centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; • Avaliar resultados associados às intervenções que integram a conceção dos cuidados planeadas e implementadas para a pessoa com consumo de substâncias.

Quadro 2 - Objetivo geral, específico e atividades que concretizam - UCC

3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS - CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

Pessoa do sexo masculino, com 39 anos de idade, com diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, internado na UIPF para cumprimento de medida de segurança. Consumo de substâncias ilícitas desde os 21 anos de idade.

3.1. Enquadramento teórico

Resumo clínico

Natural da Guiné, a viver em Portugal desde os 12 anos, em contexto social precário.

Aos 21 anos, teve o primeiro contacto com substâncias ilícitas (THC), aos 26 anos iniciou consumo de cocaína e, posteriormente, aos 30 anos, heroína. Nega consumo de substâncias injetáveis.

O primeiro contacto com a Psiquiatria ocorreu aos 24 anos, quando teve o primeiro episódio psicótico, tendo sido diagnosticado com Esquizofrenia Paranoide nessa altura.

Existiram no total cinco episódios de internamento por episódios psicóticos em contexto de abandono da terapêutica e consumo de substâncias ilícitas.

Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença mental crónica, complexa e incapacitante que, de acordo com dados estatísticos, afetava aproximadamente de 24 milhões de pessoas no mundo em 2022, com uma prevalência estimada de 0,32% (Lewine & Hart, 2020; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, n.d.; World Health Organization, 2022b).

Nos adultos a prevalência da esquizofrenia aumenta para 0,45%, uma vez que os primeiros sinais da doença tendem a manifestar-se no final da adolescência ou início da vida adulta (Lewine & Hart, 2020; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, n.d.; World Health Organization, 2022b). É mais prevalente no sexo masculino, com os primeiros sintomas a surgir entre os 15 e os 25 anos. Nas mulheres, a manifestação da doença apresenta dois picos: o primeiro entre os 25 e os 30 anos e o segundo na vida adulta, por volta dos 40 anos (American Psychiatric Association, 2022; Queirós et al., 2019).

A esquizofrenia está presente em todas as regiões do mundo, afetando diferentes classes sociais e grupo étnicos. No entanto, a sua taxa de prevalência é mais elevada em áreas urbanas e em populações economicamente mais vulneráveis (Queirós et al., 2019).

Embora a etiologia da esquizofrenia não seja totalmente conhecida, admite-se uma origem multifatorial, envolvendo diversos fatores de risco, tais como genéticos, biológicos, ambientais e psicossociais (Jauhar et al., 2022; Stilo & Murray, 2019; World Health Organization, 2022b).

O diagnóstico de esquizofrenia pode ser estabelecido com base em critérios definidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V-TR) (2022) e pela *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th revision* (ICD-11) (2022). Ambos os sistemas são amplamente utilizados como referência no diagnóstico da doença, pois permitem a padronização de uma linguagem comum entre os profissionais de saúde a nível global (American Psychiatric Association, 2022; Biedermann & Fleischhacker, 2016; World Health Organization, 2022a). A confiabilidade dos diagnósticos contribui para a definição de abordagens terapêuticas mais adequadas e para o encaminhamento apropriado das pessoas aos serviços de saúde mental (American Psychiatric Association, 2022).

O quadro clínico da esquizofrenia apresenta uma grande diversidade, é complexo e nem sempre é de fácil identificação, uma vez que não existem sinais e sintomas exclusivos da patologia e estes podem variar ao longo da sua evolução (Queirós et al., 2019). O conjunto de sinais e sintomas da esquizofrenia exerce um impacto direto e significativo no pensamento, nas emoções e no comportamento sendo classificados em positivos e/ou negativos (American Psychiatric Association, 2022; Queirós et al., 2019). A sintomatologia positiva corresponde ao conjunto de manifestações que se tornam mais evidentes, sobretudo nas fases de agudização da doença, englobando delírios, alucinações, alterações do curso, posse e forma de pensamento e alterações comportamentais (Queirós et al., 2019). Os sintomas negativos podem ser classificados em primários, decorrentes diretamente da progressão da doença, ou secundários, associados aos efeitos da medicação antipsicótica (Queirós et al., 2019). Os sintomas negativos mais comuns estão relacionados a défice ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais, traduzindo-se por embotamento afetivo, abulia, alogia, apatia, anedonia, alterações da atenção, discurso pobre, entre outros (American Psychiatric Association, 2022; Queirós et al., 2019). A intensidade dos sintomas negativos influencia diretamente o funcionamento geral, a autonomia e o prognóstico da evolução da doença (Queirós et al., 2019).

Estudos indicam que os sintomas cognitivos, como défices de memória, atenção, vigilância, linguagem e funções executivas, se manifestam de forma relativamente independente dos sintomas positivos ou negativos, embora sejam mais frequentes em pessoas com sintomatologia negativa e exerçam um impacto significativo no funcionamento diário (Kaneko, 2018; Queirós et al., 2019; Tostes et al., 2020).

A evolução típica da esquizofrenia é marcada por sucessivos agravamentos da condição, geralmente associados à presença de sintomas positivos, intercalados com períodos de remissão e recaídas, o que frequentemente resulta em múltiplas hospitalizações (Queirós et al., 2019). Embora a maioria das pessoas responda favoravelmente ao tratamento com antipsicóticos, aproximadamente 80% apresentam recaídas nos primeiros cinco anos após o episódio inicial, em grande parte devido à interrupção do tratamento (Queirós et al., 2019). Além disso, cada recaída provoca um declínio progressivo no nível funcional previamente alcançado (Queirós et al., 2019). Com o tempo, observa-se uma redução na intensidade dos sintomas positivos, enquanto os sintomas negativos e cognitivos tornam-se mais pronunciados, impactando significativamente a vida pessoal, social e profissional das pessoas (Queirós et al., 2019).

Fatores como suporte social e familiar sustentado, idade de início tardia, predomínio de sintomas positivos, tratamento precoce e a boa adesão e resposta à terapêutica são considerados elementos que favorecem um prognóstico favorável. Por outro lado, fatores associados a um prognóstico desfavorável incluem: 1) início precoce da doença; 2) retaguarda social e familiar frágil; 3) predomínio de sintomatologia negativa; e 4) baixa adesão ao regime terapêutico (Queirós et al., 2019).

O tratamento da esquizofrenia é um processo complexo que requer uma abordagem integrada e multidisciplinar, com objetivo de reduzir sintomas, prevenir recaídas e melhorar a funcionalidade e qualidade de vida (Queirós et al., 2019; Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, n.d.; Stępnicki et al., 2018).

O uso de psicofármacos, com destaque para os antipsicóticos, trouxe uma transformação significativa aos cuidados de saúde, permanecendo atualmente como a principal abordagem terapêutica para a esquizofrenia (Queirós et al., 2019; Stępnicki et al., 2018). No entanto, os antipsicóticos podem estar associados a efeitos secundários significativos, como sintomas extrapiramidais e disfunções metabólicas incluindo aumento do peso, sonolência e obstipação, que podem afetar a adesão ao regime terapêutico por parte das pessoas (Stępnicki et al., 2018).

Existem antipsicóticos disponíveis para administração oral e injetável, sendo que estes últimos são frequentemente utilizados em situações de urgência, como episódios de agitação psicomotora (Queirós et al., 2019). Também existem antipsicóticos injetáveis de ação prolongada, conhecidos como *depôt*, cujos efeitos duram semanas, sendo especialmente úteis em pessoas com baixa adesão ao regime medicamentoso oral (Queirós et al., 2019).

Enquanto doença mental crónica, a esquizofrenia representa uma parcela significativa dos custos com cuidados de saúde em Portugal, sendo as hospitalizações o principal fator de despesa direta associado a esta condição (Queirós et al., 2019). Em 2015, a esquizofrenia afetava cerca de 48 mil pessoas em Portugal, com um custo total de 436 milhões de euros; desses custos, 96 milhões foram destinados diretamente à saúde, com hospitalizações e

medicação, enquanto 340 milhões resultaram da perda de produtividade e apoio de cuidadores (Gouveia et al., 2018).

Os custos com os cuidados de saúde dividem-se em diretos e indiretos (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Os custos diretos englobam despesas com a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, enquanto os indiretos, embora não envolvam um pagamento direto, estão relacionados à saúde mental e incluem perda de produtividade no trabalho, faltas devido à doença, desemprego e perda de produtividade dos cuidadores (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

A esquizofrenia exerce um impacto considerável ao longo das diferentes fases da vida e em vários domínios incluindo o trabalho, o acesso à educação, as relações interpessoais e o aumento taxa de desemprego (Gouveia et al., 2018; McDaid et al., 2017).

A esquizofrenia e o consumo de substâncias

O consumo de substâncias psicoativas e a doença mental apresentam uma relação complexa, frequentemente caracterizada por influências bidirecionais. A esquizofrenia é uma perturbação psiquiátrica grave que afeta 1% da população mundial, e que 47% das pessoas com esquizofrenia enfrentam problemas graves com o consumo de drogas ou álcool ao longo da vida, em comparação com 16% da população em geral (Khokhar et al., 2018). Estudos indicam que 30% a 70% das pessoas com esquizofrenia usaram substâncias psicoativas antes do primeiro episódio psicótico (Khokhar et al., 2018).

A adolescência é um período crítico para o desenvolvimento neurológico, pelo que o uso de substâncias pode provocar alterações da neuroplasticidade, aumentando o risco de desenvolvimento de esquizofrenia (Khokhar et al., 2018). O uso de THC, em particular, está associado a um risco aumentado de desenvolvimento de psicose, especialmente em adolescentes, sendo que o uso em idades mais jovens está relacionado com um início mais precoce de sintomas psicóticos (Khokhar et al., 2018). Por outro lado, pessoas com esquizofrenia são particularmente vulneráveis a distúrbios relacionadas com o consumo de substâncias (Khokhar et al., 2018). Estudos epidemiológicos indicam que pessoas com esquizofrenia apresentam uma taxa significativamente mais elevada para uso de substâncias em comparação com a população geral, com estimativas que sugerem que cerca de 47% dessas pessoas consomem álcool ou outras drogas de forma abusiva ao longo da vida, em comparação para 16% da população no geral (Khokhar et al., 2018). As substâncias mais consumidas são o tabaco, o álcool, o THC e a cocaína (Khokhar et al., 2018).

A interação entre essas duas condições torna o curso clínico da esquizofrenia ainda mais complexo. O consumo de substâncias em pessoas com esquizofrenia está associado a

indicadores como: 1) agudização da sintomatologia; 2) não adesão ao regime terapêutico; 3) aumento de comportamentos agressivos e autolesivos; 4) aumento das taxas de recaída; 5) reinternamentos; e 6) suicídios (Khokhar et al., 2018).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 39 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-16 11:00:00	Diazepam 10mg	
2024-10-16 11:00:00	Diazepam 5mg	
2024-10-16 11:00:00	Mirtazapina 30mg	
2024-10-16 11:00:00	Quetiapina 200mg	
2024-10-16 11:00:00	Olanzapina 20mg	
2024-10-16 11:00:00	Olanzapina 10mg	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

No estudo de caso em questão, a pessoa tem prescrito: Diazepam 10mg e 5mg, por via oral, às 19h e às 9h, respetivamente; Mirtazapina 30mg, por via oral, às 19h; Quetiapina 20mg e 10mg, por via oral, às 21h e 9h, respetivamente.

Diazepam

O Diazepam é um fármaco da classe das benzodiazepinas, utilizado pelo seu efeito ansiolítico, sedativo, relaxante muscular e anticonvulsivante. Atua no sistema nervoso central, potencializando a ação do neurotransmissor GABA (Gamma Aminobutyric Acid), que reduz a atividade neuronal, promovendo relaxamento (Stahl & Grady, 2006; Vallerand et al., 2016).

Em pessoas com esquizofrenia, o Diazepam pode ser utilizado como medicação adjuvante para controlar sintomas como agitação, ansiedade, insônia e agressividade, e geralmente é prescrito em associação a antipsicóticos, ajudando a estabilizar o comportamento e a reduzir episódios de inquietação (Dold et al., 2012).

Entre os efeitos secundários mais comuns estão a sonolência, fadiga, fraqueza muscular, tonturas, falta de coordenação, confusão e dificuldades de memória (Stahl & Grady, 2006; Vallerand et al., 2016).

Mirtazapina

A Mirtazapina é um antidepressivo tetracíclico, antagonista dos recetores de serotonina e noradrenalina; esta atua bloqueando os recetores 5-HT₂ e 5-HT₃ de serotonina e sobre os recetores alfa-2 adrenérgicos, potencializando a libertação de serotonina e noradrenalina, promovendo efeitos antidepressivos e ansiolíticos (Stahl & Grady, 2006; Vallerand et al., 2016). A Mirtazapina também tem efeito sedativo, uma vez que bloqueia os recetores histamínicos H₁ (Stahl & Grady, 2006; Vallerand et al., 2016).

Estudos revelam a existência de um potencial terapêutico relevante na adição de antidepressivos aos antipsicóticos em pessoas com esquizofrenia, na medida em que a junção de ambos demonstra ser eficaz na melhoria da sintomatologia depressiva (Helfer et al., 2016)

Os efeitos secundários mais comuns são sonolência e sedação, aumento do apetite e, consequentemente, aumento do peso, boca seca, tonturas e fadiga (Stahl & Grady, 2006; Vallerand et al., 2016).

Quetiapina e Olanzapina

A Quetiapina e Olanzapina pertencem à classe dos antipsicóticos atípicos, amplamente utilizados no tratamento de doenças mentais (Yoshida & Takeuchi, 2021).

De acordo com o estudo de Yoshida & Takeuchi (2021) os antipsicóticos atípicos demonstram maior eficácia na gestão de sintomas psicóticos e na redução do uso de substâncias em comparação com os antipsicóticos de típicos.

Segundo a revisão sistemática e meta análise de Krause et al. (2019) que avaliou a eficácia de diversos antipsicóticos em pessoas com esquizofrenia e abuso de substâncias, a Olanzapina demonstrou superioridade na redução dos sintomas da esquizofrenia.

A Quetiapina atua bloqueando diversos recetores no cérebro, incluindo os da dopamina e da serotonina, reduzindo sintomas como atividade alucinatória ou delirante e instabilidade

emocional. Também atua em recetores histaminérgicos e adrenérgicos, tendo assim, efeito sedativo e ansiolítico (Stahl & Grady, 2006; Vallerand et al., 2016; Yoshida & Takeuchi, 2021).

A Olanzapina atua modulando os neurotransmissores no cérebro, como a dopamina e a serotonina, ajudando a reduzir sintomas como delírios, alucinações e oscilações de humor (Krause et al., 2019; Stahl & Grady, 2006; Vallerand et al., 2016).

Os antipsicóticos atípicos podem causar alguns efeitos adversos, incluindo, sonolência e sedação, aumento de peso devido ao aumento de apetite, tonturas, hipotensão e boca seca. O uso prolongado pode aumentar o risco de doenças metabólicas como diabetes e alterações nos valores do colesterol (Stahl & Grady, 2006; Vallerand et al., 2016).

Psicofármacos na prática especializada: implicações e intervenções de enfermagem

A administração de medicação, mesmo que em doses terapêuticas habituais, pode provocar reações indesejadas e não intencionais, os efeitos secundários (Cuomo et al., 2021; Teixeira et al., 2024).

A utilização de psicofármacos é um dos pilares do tratamento de doenças mentais, sendo amplamente prescritos em unidades de internamento psiquiátricas (Carpels et al., 2022). No entanto, os psicofármacos podem estar associados a efeitos secundários, entre os quais se destacam como comum à maioria dos mesmos, a sedação, sonolência, hipotensão ortostática, comprometimento da cognição e da coordenação motora (Carpels et al., 2022; Edinoff et al., 2021).

O estudo de Carpels et al. (2022) conclui que o uso de psicofármacos está significativamente associado a um aumento do risco de queda em pessoas internadas em unidades de internamento de psiquiatria.

Por sua vez, o estudo de Edinoff et al. (2021) evidencia a importância da vigilância do estado de consciência devido ao efeito depressor das benzodiazepinas no sistema nervoso central, manifestando-se por sonolência excessiva, confusão mental, diminuição dos reflexos e comprometimento da cognição (Edinoff et al., 2021).

Deste modo, tendo em conta o plano terapêutico da pessoa internada em contexto da UIPF, surgem intervenções de enfermagem decorrentes da medicação, tais como: 1) monitorizar estado mental; 2) monitorizar sinais vitais; 3) monitorizar ocorrência de acatisia e efeitos extrapiramidais; 4) vigiar presença de efeitos secundários; 4) monitorizar risco de queda; 5) monitorizar peso corporal; e, 6) reforçar a hidratação (Bulechek et al., 2016).

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
16-10-2024 11:00	Comportamento aditivo	
16-10-2024 11:00	Autogestão do regime medicamentoso	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

O processo de enfermagem é constituído por cinco etapas: 1) avaliação inicial; 2) diagnóstico; 3) planeamento; 4) implementação; 5) avaliação final (Decreto-Lei nº 161, 1996; Sequeira & Sampaio, 2020).

A primeira fase do processo de enfermagem corresponde à avaliação inicial, sendo a entrevista clínica o método mais utilizado pelos enfermeiros (Decreto-Lei nº 161, 1996; Sequeira & Sampaio, 2020).

Para ser eficaz, a entrevista clínica deve ser planeada e estruturada previamente, com o objetivo de promover a interação e o respeito mútuo, facilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica (Sequeira & Sampaio, 2020). É um momento promotor de colheita de dados relevantes, em que são conhecidas e valorizadas as manifestações clínicas que orientam a formulação do diagnóstico de enfermagem, devendo ocorrer num ambiente em que a pessoa se sinta segura e confortável (Chalifour, 2008; Sequeira, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020).

Conforme demonstrado no apêndice I, a preparação da entrevista clínica seguiu um processo estruturado para assegurar a recolha eficaz de informações.

Com a realização da entrevista clínica foi possível recolher dados, abrangendo não apenas a história da pessoa, mas também o contexto familiar e ambiental em que está inserido.

Instrumentos de avaliação

Para otimizar os resultados do processo de enfermagem, é indispensável avaliar cada pessoa de forma individualizada, permitindo adaptar diagnósticos e intervenções às necessidades específicas da pessoa ou grupo (Decreto-Lei nº 161, 1996).

Para que a intervenção do EESMP seja eficaz e alinhada às necessidades da pessoa, é fundamental a utilização de instrumentos de avaliação que viabilizem uma análise detalhada do estado clínico, possibilitando a adequação das abordagens terapêuticas de forma precisa e

individualizada.

Assim, para além da entrevista clínica, a observação foi utilizada como técnica complementar na recolha de dados, bem como a aplicação de instrumentos de avaliação.

A motivação para o tratamento é vista como um elemento crucial no processo de transformação de pessoas com perturbações relacionadas com o consumo de substâncias (Janeiro et al., 2016). Segundo o modelo transteórico proposto por Prochaska e DiClemente (1992) a avaliação do processo de mudança de comportamento baseia-se na identificação do nível de motivação em que a pessoa se encontra (Prochaska et al., 1992). Este modelo tem por base a premissa de que a mudança de um comportamento ocorre em níveis progressivos e, cada um, exige estratégias específicas de intervenção, aumentando a eficácia do processo (Prochaska et al., 1992). Prochaska e DiClemente (1992) identificaram que a motivação para a mudança envolve três componentes principais: 1) o reconhecimento da existência de um problema; 2) a ambivalência em relação à mudança; e, 3) um aspeto comportamental ligado à disposição para agir (Prochaska et al., 1992). O modelo reconhece ainda que a mudança de um comportamento é um processo cíclico e não linear, pelo que as pessoas podem transitar entre as etapas diversas vezes antes de alcançarem mudanças sustentáveis (Prochaska et al., 1992). Assim, com base no modelo transteórico, para a avaliação da motivação para a mudança, surge traduzida para a população portuguesa, a escala de mudança, *Stages Of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES 8D) (Janeiro et al., 2016).

A SOCRATES 8D avalia a prontidão para a mudança com base em seis estadios motivacionais que fornecem informação descritiva como também prescritiva em relação à opção de intervenção a implementar (Janeiro et al., 2016). O primeiro estadio motivacional é 1) pré-contemplação, a pessoa não reconhece que tem problema ou não considera a possibilidade de mudança; o segundo estadio é 2) contemplação, a pessoa começa a reconhecer o problema e a considerar a possibilidade de mudar, mas ainda não tomou uma decisão; o terceiro estadio é 3) preparação, a pessoa implementa ativamente novas estratégias e comportamentos para lidar com o problema; o quarto estadio é 4) ação, a pessoa tem a intenção de mudar e acredita que tem autonomia para mudar a sua vida; o quinto estadio é a 5) manutenção, após implementar as mudanças, a pessoa trabalha para consolidar os novos comportamentos e evitar recaídas; o último estadio é 6) a recaída, a pessoa pode voltar ao comportamento anterior.

Outro instrumento passível de ser usado são os resultados NOC (*Nursing Outcomes Classification*). Os resultados NOC são mensuráveis e classificados em escalas, permitindo uma avaliação objetiva, bem como a padronização da nomenclatura dos resultados (Moorhead et al., 2016).

Para a identificação do diagnóstico de enfermagem de “Abuso de Drogas” foi utilizado o resultado NOC “Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas” (1630) (Moorhead et al.,

2016; Sampaio et al., 2023). Através desse indicador, é avaliada a capacidade e o progresso da pessoa na cessação do abuso de drogas, considerando fatores como motivação, adesão ao tratamento e a prevenção de recaídas. Relativamente ao resultado NOC "Comportamento de cessação do abuso de drogas" (1630), foram selecionados os indicadores que melhor refletem as necessidades de intervenção na pessoa.

A cognição é definida como o “processo intelectual que envolve todos os aspetos da percepção; pensamento; raciocínio e memória” (International Classification for Nursing Practice [ICNP], 2019). É um mecanismo complexo, sendo que a sua alteração afeta diferentes aspetos da vida de uma pessoa, desde a realização de tarefas diárias até à participação em atividades sociais, de lazer e desempenho profissional (Sequeira & Sampaio, 2020).

Embora os défices cognitivos não sejam um critério de inclusão para o diagnóstico de esquizofrenia, a conceção vigente refere os mesmos como sintomas característicos da doença. Os défices cognitivos são uma característica central na maioria das pessoas com esquizofrenia, afetando múltiplos domínios, incluindo memória verbal, memória de trabalho, atenção, velocidade de processamento e funções executivas (Kaneko, 2018). Frequentemente observa-se comprometimento significativo da cognição social que se refere às operações mentais subjacentes a interações sociais e manifesta-se por dificuldades na interpretação de sinais sociais e na capacidade de envolvimento na comunidade (Green, 2016). O comprometimento da cognição influencia o funcionamento social e a integração comunitária, afetando negativamente a qualidade de vida (Green, 2016).

Para avaliação da cognição foi utilizado o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) que é um instrumento de avaliação da função cognitiva, validado para a população portuguesa, com sensibilidade para identificar estadios ligeiros de défice cognitivo (Freitas et al., 2010). Este instrumento avalia oito domínios cognitivos: função executiva; linguagem; capacidade visuo-espacial; memória; atenção, concentração e memória de trabalho; linguagem; orientação temporal e espacial (Freitas et al., 2010). A pontuação máxima é de 30 pontos, sendo a pontuação igual ou superior a 26 considerada sem défice cognitivo (Freitas et al., 2010).

O estudo elaborado por Coelho et al. (2019) permitiu a adaptação e validade do resultado NOC “Cognição” (0900) para a população portuguesa. A utilização deste resultado contribui para a prática de enfermagem especializada em saúde mental na medida em que auxilia os EEESMP na implementação de intervenções mais eficazes e personalizadas (Coelho et al., 2019). Assim, o resultado NOC avalia a capacidade da pessoa de processar, interpretar e utilizar informações de forma adequada (Moorhead et al., 2016).

A associação da esquizofrenia com o consumo de substâncias ilícitas agrava o curso da doença, piora a adesão ao regime terapêutico, compromete a capacidade funcional e aumenta o risco de hospitalização (Rodriguez Cruz et al., 2021). Adicionalmente, a abstinência de substâncias ilícitas como o THC conduz a melhoria nos sintomas depressivos e no desempenho cognitivo das pessoas com esquizofrenia (Rabin et al., 2018).

Neste sentido, aumentar o conhecimento sobre a qualidade de vida e o suporte social destas pessoas contribui para uma melhor compreensão dos mesmos sobre o impacto da doença, além de favorecer o desenvolvimento de intervenções eficazes e adequadas (Sousa et al., 2017).

Foi utilizado o resultado NOC “Conhecimento: medicamento” (1808) (Sampaio et al., 2023). Através desse resultado é avaliada a capacidade da pessoa em compreender e aplicar informações sobre o uso correto da medicação, incluindo horário e via de administração, efeitos secundários e possíveis reações adversas, assim como a importância de cumprir o regime medicamentoso.

Processo de tomada de decisão

De acordo com a ontologia de enfermagem, o processo de raciocínio clínico que conduziu à formulação do diagnóstico de enfermagem “Abuso de drogas” teve início no domínio da Ação. Este domínio contempla o problema comportamental, o qual se subdivide em comportamento destrutivo e comportamento aditivo. Ao identificar este último (comportamento aditivo) é possível identificar um conjunto de indicadores clínicos que sustentam e validam a hipótese diagnóstica inicial, culminando na identificação do diagnóstico “Abuso de drogas” e “Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas” (Ordem dos Enfermeiros, n.d.).

No que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem “Autogestão do regime medicamentoso comprometido”, “Potencial para melhorar o conhecimento sobre a autogestão do regime medicamentoso” e “Potencial para melhorar a capacidade sobre a autogestão do regime medicamentoso”, segundo a ontologia de enfermagem, o processo de raciocínio clínico que conduziu à sua formulação teve início no domínio da Ação. Este domínio contempla a autogestão do regime terapêutico, pelo que ao identificar um conjunto de indicadores que sustentam e validam a hipótese diagnóstica inicial, determinam a identificação dos diagnósticos supracitados (Ordem dos Enfermeiros, n.d.).

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Com o objetivo de obter ganhos em saúde e a excelência do exercício profissional, o enfermeiro

ao prescrever intervenções de enfermagem adaptadas às necessidades da pessoa, está constantemente a tomar decisões tendo em conta a constante avaliação das necessidades das pessoas e a decisão sobre as intervenções a implementar (Decreto-Lei nº 161, 1996; Regulamento nº 356, 2015).

Importa salientar que o processo de tomada de decisão é um processo complexo que pode sofrer influência de diversos fatores como os de natureza individual ou externa/organizacional (Lourenço, 2022).

Na área da saúde mental e psiquiátrica, de acordo com o Regulamento nº 515/2018, os EEESMP têm a competência específica para prestar cuidados de saúde no âmbito psicoterapêutico, socioterapêuticos, psicossocial e psicoeducacional (Regulamento nº 515, 2018).

A intervenção psicoterapêutica é uma intervenção de enfermagem específica do EEESMP que consiste na “execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, tendo como objetivo assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais” (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 171).

Com o intuito de sistematizar a prática dos EEESMP surgiu o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem que se baseia em teorias de enfermagem, nos princípios da conceptualização dos cuidados de enfermagem e na taxonomias de enfermagem (Sampaio et al., 2018a). Assim, segundo o modelo, a implementação de uma intervenção psicoterapêutica deve seguir uma abordagem estruturada, sistemática, progressiva e sequencial, conduzida por um EEESMP; basear-se em um ou mais referenciais teóricos da psicoterapia e deve ter por base pelo menos um diagnóstico de enfermagem relacionado com a saúde mental; é composta por um número de sessões que varia entre as três e as 12; assenta no estabelecimento de relação terapêutica entre a pessoa alvo de cuidados e o EEESMP e na comunicação interpessoal entre ambos, tendo como principal objetivo a mudança do problema e a capacitação da pessoa para mudar o problema, pelo que deve ter como base a definição prévia e conjunta de metas entre ambos (Sampaio, et al., 2018a; Sequeira & Sampaio, 2020).

Com base nos diagnósticos estabelecidos “Abuso de drogas”, “Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas, foi planeada a intervenção psicoterapêutica Técnica de Modificação do Comportamento (TMC) (Sampaio et al., 2018a; Sequeira & Sampaio, 2020).

Para os diagnósticos “Autogestão do regime medicamentoso comprometido”, “Potencial para melhorar o conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso” e “Potencial para melhorar a capacidade sobre autogestão do regime medicamentoso”, foi planeada intervenção Psicoeducacional (Sampaio, et al., 2018a; Sequeira & Sampaio, 2020).

Técnica de Modificação do Comportamento

A Entrevista Motivacional (EM) engloba um conjunto de estratégias direcionadas para aumentar, em pouco tempo, a motivação de uma pessoa com consumo de substâncias, pelo que é indicada para promover a adesão e o incentivo a iniciar um processo de tratamento, contribuindo para fortalecer a sua motivação (SICAD, 2013). A EM é vista como uma abordagem altamente eficaz para atuar em pessoas que se encontrem nos estádios iniciais do processo de mudança (pré-contemplação e contemplação) (Sampaio et al., 2023; SICAD, 2013).

A TMC pode ser aplicada em conjunto com a entrevista motivacional, sendo recomendável que esta última seja utilizada inicialmente, sobretudo quando a pessoa se encontra nas fases de pré-contemplação ou contemplação (Sampaio et al., 2023). No entanto, no presente caso, a aplicação do instrumento SOCRATES 8D permitiu identificar que a pessoa se encontrava na fase de manutenção do processo de mudança, o que justifica a não utilização da entrevista motivacional.

A intervenção psicoterapêutica TMC tem sido amplamente utilizada para alteração de comportamentos de risco. Quando implementada a pessoas com história de abuso de substâncias, promovem o autocontrolo através da identificação de fatores desencadeantes e, conseqüentemente, reconhecimento de estratégias eficazes para a prevenção da recaída (Rodriguez Cruz et al., 2021). Assim, a TMC é uma intervenção psicoterapêutica que consiste na alteração de comportamentos inadequados por outros comportamentos mais apropriados (Sampaio et al., 2023; Sequeira & Sampaio, 2020). Pode ser realizada a nível individual ou em grupo sendo que, no caso de ser em grupo, o mesmo terá de ser uniforme quanto aos critérios de inclusão (Sampaio et al., 2023; Sequeira & Sampaio, 2020).

Tendo em conta a perspetiva de aprendizagem, é possível modificar o comportamento através do condicionamento clássico, do condicionamento operante, aprendizagem por observação ou processos cognitivos (Sequeira & Sampaio, 2020). O condicionamento clássico é um processo de aprendizagem que advém da associação entre o estímulo ambiental e um estímulo que acontece naturalmente. O condicionamento operante é um processo de aprendizagem que associa um estímulo a uma resposta, podendo ser: o reforço positivo ou negativo e a punição (Sampaio et al., 2023; Sequeira & Sampaio, 2020).

Existem várias técnicas que podem ser utilizadas no âmbito desta intervenção: “reforço positivo, treino de autocontrolo, construção de hierarquia e atribuição de tarefas graduais, dessensibilização sistemática, contrato terapêutico, modelagem e role-playing” (Sequeira & Sampaio, 2020).

Para a prescrição da TMC, o EEESMP tem de certificar que são validados os seguintes critérios de inclusão: a pessoa apresentar um diagnóstico de enfermagem de natureza comportamental; situar-se na fase de preparação ou da ação dentro dos estádios motivacionais; ter capacidade

cognitiva para compreender as tarefas delineadas para a modificação de comportamento; não se apresentar numa situação de crise a nível motivacional (Sequeira & Sampaio, 2020).

A TMC entende a pessoa de forma integral, considerando-o como parte do seu ambiente, o que faz com o que seu comportamento se adapte às diferentes situações ou contextos em que está inserido (Sequeira & Sampaio, 2020). Tem como objetivo substituir comportamentos desajustados por outros mais adequados. Contudo, está sujeita a variáveis que determinam o seu sucesso: inerentes à pessoa (motivação, recursos, resistência), ao meio (apoio social, limitações ambientais) e ao EEESMP (experiência, competências, valores) (Sequeira & Sampaio, 2020).

Psicoeducação

A utilização de psicofarmacologia, nomeadamente, dos antipsicóticos, é a base para o tratamento da esquizofrenia pelo que a adesão ao regime medicamentoso é crucial para diminuir a sintomatologia psicótica e, conseqüentemente, reconhecimento da doença (Descalço, 2017).

A adesão é um foco de enfermagem que se caracteriza pela adoção voluntária de ações direcionadas para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação. Esse estado manifesta-se na adoção rigorosa das orientações prescritas e reflete-se no cumprimento do regime terapêutico, na administração correta dos medicamentos e na adoção de mudanças comportamentais benéficas à saúde (ICNP, 2019).

Num estudo efetuado por Doane et. al (2020), foi analisada a perceção de 200 adultos com esquizofrenia sobre o uso de antipsicóticos orais. Os resultados indicaram que, embora 92% dos participantes tenham relatado melhoria da sintomatologia, 98% experimentaram efeitos secundários, sendo os mais comuns ansiedade, fadiga e dificuldade de concentração (Doane et al., 2020). Da população em estudo, 80% afirmaram que os efeitos afetaram significativamente as suas atividades profissionais e sociais, sendo que a interrupção do tratamento ocorreu em 56% dos casos, principalmente devido aos efeitos adversos dos psicofármacos (Doane et al., 2020). Concluiu-se que, apesar da eficácia dos antipsicóticos, os efeitos secundários representam um grande desafio para a adesão ao regime medicamentoso (Doane et al., 2020). De acordo com Descalço (2017) a baixa adesão ao regime medicamentoso está relacionada com os efeitos secundários da medicação, falta de *insight*, estigmatização associada à doença mental e fatores psicossociais.

Para além dos sintomas clínicos, a esquizofrenia impõe desafios significativos nas esferas social, familiar e ocupacional, exigindo ao EEESMP uma abordagem terapêutica multifacetada. Existem diversos fatores que promovem a adesão ao regime medicamentoso, incluindo a relação

terapêutica entre a pessoa e o enfermeiro, a participação ativa da pessoa na tomada de decisão e a Psicoeducação (Mucci et al., 2020).

A Psicoeducação descreve uma abordagem terapêutica de base cognitivo-comportamental, composta por quatro componentes principais: 1) desenvolvimento de competências para a resolução de problemas; 2) treino em comunicação; 3) promoção da autoassertividade; e, 3) e ensino à pessoa sobre a sua condição mental (Anderson et al., 1980; Sampaio, 2023). Esta é uma intervenção psicoterapêutica frequentemente implementada a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia com necessidades de literacia em saúde mental e de gestão sinais e sintomas decorrentes da doença (Herrera et al., 2023; Xia et al., 2011).

Segundo o estudo de Mucci et. al (2020), a implementação da Psicoeducação e a tomada de decisão partilhada melhoram significativamente os resultados, promovendo uma relação terapêutica sólida entre as pessoas, família e os enfermeiros.

A tomada de decisão partilhada contribui para um cuidado mais humanizado e eficaz, reduzindo barreiras na relação terapêutica (Keefe et al., 2020). A participação ativa das pessoas pode ser um fator facilitador, uma vez que a troca de informações na prestação de cuidados conduz a um melhor entendimento, potenciando o sentido de colaboração e, conseqüentemente, aumento da satisfação da pessoa, fortalecimento da confiança na relação terapêutica e compromisso pessoa com o tratamento (Keefe et al., 2020).

A não adesão ao regime medicamentoso tem diversas consequências na saúde, nomeadamente, a dificuldade na estabilização da doença, aumento do risco de descompensação e readmissões hospitalares (Descalço, 2017; Xia et al., 2011). A ausência de *insight* é o fator mais frequentemente associado à não adesão ao regime medicamentoso, sendo a hospitalização a consequência mais comum dessa não adesão (Higashi et al., 2013). A ausência de adesão influencia diretamente o prognóstico da esquizofrenia, uma vez que pode conduzir à presença crónica de sintomatologia psicótica (Descalço, 2017).

A evidência científica tem vindo a demonstrar desde há mais de uma década que a implementação da intervenção psicoterapêutica Psicoeducação, potencia o conhecimento e compreensão das pessoas sobre a patologia e o seu tratamento, melhorando a adesão ao regime medicamentoso que, por sua vez, diminui as taxas de recaída e, conseqüentemente, a taxa de hospitalização por descompensação da doença (Xia et al., 2011).

3.5. Conção de Cuidados

Autogestão do regime medicamentoso

16-10-2024 11:00

16-10-2024 11:00 - Resultado MoCA: 30 pontos - Sem défice cognitivo (Anexo V).

16-10-2024 11:00 - Quatro episódios de internamento em contexto de abandono da terapêutica e consumo de substâncias ilícitas.

16-10-2024 11:00 - Resultado NOC "Cognição" (0900) (Anexo VI): - Indicador NOC "Comunicação clara para a idade" (090014): 5; - Indicador NOC "Comunicação adequada para a idade" (090015): 5; - Indicador NOC "Compreensão do significado das situações" (090013): 5; - Indicador NOC "Capacidade para ficar atento" (090003): 5; - Indicador NOC "Concentração" (090004): 5; - Indicador NOC "Orientação cognitiva" (090005): 5; - Indicador NOC "Memória imediata" (090006): 5; - Indicador NOC "Memória recente" (090007): 5; - Indicador NOC "Memória remota" (090008): 5; - Indicador NOC "Processamento de informações" (090009): 5; - Indicador NOC "Ato de pesar alternativas ao tomar decisões" (090010): 5; - Indicador NOC "Tomada de decisão adequada" (090011): 5; - Indicador NOC "Habilidades de cálculos complexos" (090007): 5.

16-10-2024 11:00 - Manifesta vontade de aprender, colocando questões sobre o regime medicamentoso.

16-10-2024 11:00 - Déficit de conhecimento sobre o regime medicamentoso, referindo não conhecer a medicação que toma.

16-10-2024 11:00 - Resultado NOC "Conhecimento: Medicamento" (1808) (Anexo VII): - Indicador NOC "Nome correto do medicamento" (180802): 2; - Indicador NOC "Aparência do medicamento" (180803): 3; - Indicador NOC "Efeitos terapêuticos do medicamento" (180819): 2; - Indicador NOC "Efeitos colaterais do medicamento" (180805): 2; - Indicador NOC "Efeitos adversos do medicamento" (180820): 2; - Indicador NOC "Possíveis interações dos medicamentos" (180808): 1; - Indicador NOC "Possíveis interações dos medicamentos com outros agentes" (180809): 2.

16-10-2024 11:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

16-10-2024 11:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

16-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

16-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

16-10-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

16-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

08-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

16-10-2024 11:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

16-10-2024 11:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso

16-10-2024 11:00 - Ensinar sobre resposta à medicação

16-10-2024 11:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

16-10-2024 11:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

16-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso

08-11-2024 11:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

08-11-2024 11:00 - facilitadora.

16-10-2024 11:00 - Instruir a administrar medicação

16-10-2024 11:00 - Treinar a administrar medicação

16-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

08-11-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

08-11-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

16-10-2024 11:00 - Planear intervenção Psicoeducacional

16-10-2024 11:00 - Executar intervenção Psicoeducacional

Comportamento aditivo

16-10-2024 11:00

16-10-2024 11:00 - Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade.

16-10-2024 11:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

16-10-2024 11:00 - Resultado escala de SOCRATES 8D - Fase de Manutenção (Anexo I).

16-10-2024 11:00 - Resultado NOC "Comportamento de Cessação do abuso de drogas"

(1630) (Anexo III): - Indicador NOC "Expressa desejo de parar o uso de drogas" (163001): 5;

- Indicador NOC "Expressa crença na capacidade de parar o uso de drogas" (163002): 4; -

Indicador NOC "Identifica benefícios em eliminar o uso de drogas prejudiciais" (163003): 4; -

Indicador NOC "Identifica consequências negativas do uso de drogas" (163004): 4; -

Indicador NOC "Cria estratégias efetivas para eliminar o uso da droga" (163003): 3; -

Indicador NOC "Identifica barreiras para a eliminação do uso prejudicial de drogas"

(163006): 4; - Indicador NOC "Compromete-se com estratégias para a eliminação das

drogas" (163008): 3; - Indicador NOC "Utiliza terapia alternativa" (163018): 4; - Indicador

NOC "Identifica estado emocional que afeta o uso de droga" (163019): 4.

16-10-2024 11:00 - Resultado NOC "Cognição" (0900) (Anexo VI): - Indicador NOC

"Comunicação clara para a idade" (090014): 5; - Indicador NOC "Comunicação adequada

para a idade" (090015): 5; - Indicador NOC "Compreensão do significado das situações"

(090013): 5; - Indicador NOC "Capacidade para ficar atento" (090003): 5; - Indicador NOC

"Concentração" (090004): 5; - Indicador NOC "Orientação cognitiva" (090005): 5; - Indicador

NOC "Memória imediata" (090006): 5; - Indicador NOC "Memória recente" (090007): 5; -

Indicador NOC "Memória remota" (090008): 5; - Indicador NOC "Processamento de

informações" (090009): 5; - Indicador NOC "Ato de pesar alternativas ao tomar decisões"

(090010): 5; - Indicador NOC "Tomada de decisão adequada" (090011): 5; - Indicador NOC

"Habilidades de cálculos complexos" (090007): 5.

16-10-2024 11:00 - Resultado MoCA: 30 pontos - Sem défice cognitivo (Anexo V).

16-10-2024 11:00 - Aos 21 anos teve o primeiro contacto com substâncias ilícitas (THC), aos 26 anos iniciou consumo de heroína e, posteriormente, aos 30 anos, heroína. Nega consumo de substâncias injetáveis. O primeiro contacto com a Psiquiatria ocorreu aos 24 anos, quando teve o primeiro episódio psicótico, tendo sido diagnosticado com Esquizofrenia Paranoide nessa altura.

16-10-2024 11:00 - Consumos de drogas regulares e diários até à data da detenção.

16-10-2024 11:00 - Encontrava-se em situação de indigência antes de ser detido.

16-10-2024 11:00 - Atualmente sem consumos por se encontrar a cumprir medida de segurança numa UIPF.

16-10-2024 11:00 - Manifesta espontaneamente desejo de não voltar a consumir.

16-10-2024 11:00 - 1º contacto com a Psiquiatria aos 21 anos após início dos sintomas.

16-10-2024 11:00 - Quatro episódios de internamento em contexto de abandono da terapêutica e consumo de substâncias ilícitas.

16-10-2024 11:00 - Abuso de drogas

16-10-2024 11:00 - Promover mudança comportamental face ao abuso de drogas

16-10-2024 11:00 - Planear Técnica de Modificação de Comportamento

16-10-2024 11:00 - Executar Técnica de Modificação de Comportamento

16-10-2024 11:00 - Gerir ambiente

16-10-2024 11:00 - Executar escuta ativa

16-10-2024 11:00 - Gerir a comunicação

16-10-2024 11:00 - Promover autocontrolo: abuso de drogas

16-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de redução de comportamento aditivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

16-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

16-10-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre abuso de drogas e disfuncionalidade: facilitadora.

16-10-2024 11:00 - Significado atribuído ao abuso de drogas: não dificultador.

16-10-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas

16-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas

08-11-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas: facilitador [MELHOROU].

16-10-2024 11:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas

16-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do abuso de drogas

08-11-2024 11:00 - Adota comportamentos de autocontrolo do abuso de drogas.

08-11-2024 11:00 - Refere satisfação com o autocontrolo do abuso de drogas.

3.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XVI).

Ensinar sobre resposta à medicação

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XVI).

Instruir a administrar medicação

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XVI).

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XVI).

Treinar a administrar medicação

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XVI).

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

- Aplicar instrumento de avaliação Resultado NOC "Conhecimento: Medicamento" (1808) (Anexo VIII).
- - Indicador NOC "Nome correto do medicamento" (180802): 4; - Indicador NOC "Aparência do medicamento" (180803): 4; - Indicador NOC "Efeitos terapêuticos do medicamento" (180819): 4; - Indicador NOC "Efeitos colaterais do medicamento" (180805): 4; - Indicador NOC "Efeitos adversos do medicamento" (180820): 4; - Indicador NOC "Possíveis interações dos medicamentos" (180808): 2; - Indicador NOC "Possíveis interações dos medicamentos com outros agentes" (180809): 3.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice III).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XVI).

Avaliar evolução do autocontrolo do abuso de drogas

- Aplicar instrumento de avaliação Resultado NOC "Comportamento de Cessação do abuso de drogas" (1630) (Anexo IV).
- Resultado NOC "Comportamento de Cessação do abuso de drogas" (1630) (Anexo IV): - Indicador NOC "Expressa desejo de parar o uso de drogas" (163001): 5; - Indicador NOC "Expressa crença na capacidade de parar o uso de drogas" (163002): 5; - Indicador NOC "Identifica benefícios em eliminar o uso de drogas prejudiciais" (163003): 5; - Indicador NOC "Identifica consequências negativas do uso de drogas" (163004): 5; - Indicador NOC "Cria estratégias efetivas para eliminar o uso da droga" (163003): 4; - Indicador NOC "Identifica barreiras para a eliminação do uso prejudicial de drogas" (163006): 5; - Indicador NOC "Compromete-se com estratégias para a eliminação das drogas" (163008):

5; - Indicador NOC "Utiliza terapia alternativa" (163018): 5; - Indicador NOC "Identifica estado emocional que afeta o uso de droga" (163019): 5.

- Aplicar instrumento de avaliação SOCRATES 8D (Anexo II).
- Resultado SOCRATES 8D (Anexo II): Fase de manutenção.

Planear intervenção Psicoeducacional

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XVI).

Executar intervenção Psicoeducacional

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XVI).

Planear Técnica de Modificação de Comportamento

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice III).

Executar Técnica de Modificação de Comportamento

- Determinar a motivação para mudança (Bulechek et al., 2016).
- Desenvolver um programa de mudança de comportamento (Bulechek et al., 2016).
- Determinar as mudanças no comportamento, comparando ocorrências de base com ocorrências do comportamento pós-intervenção (Bulechek et al., 2016).
- Promover a aprendizagem do comportamento desejado usando técnicas de roll playing (Bulechek et al., 2016).
- Dar reforços positivos para os comportamentos desejados em ocasiões pré determinadas (Bulechek et al., 2016).
- Facilitar o envolvimento de outras entidades de saúde no processo de modificação (Bulechek et al., 2016).
- Analisar o processo de modificação do comportamento (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a monitorizar e registar os comportamentos (Bulechek et al., 2016).
- Desenvolver um método para registar o comportamento e as suas modificações (Bulechek et al., 2016).
- Estabelecer objetivos comportamentais de forma escrita (Bulechek et al., 2016).
- Incentivar a identificar pontos fortes e reforçá-los (Bulechek et al., 2016).
- Identificar o comportamento a ser alterado (Bulechek et al., 2016).
- Identificar o problema em termos comportamentais (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a identificar pequenas conquistas (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a analisar o seu próprio comportamento (Bulechek et al., 2016).
- Reforçar positivamente as decisões tomadas de maneira independente (Bulechek et al., 2016).
- Reforçar decisões construtivas sobre necessidades de saúde (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis (Bulechek et al., 2016).
- Documentar e comunicar o processo de modificação com a equipa multidisciplinar (Bulechek et al., 2016).

Gerir ambiente

- Providenciar um ambiente seguro (Bulechek et al., 2016).
- Remover objetos perigosos do ambiente (Bulechek et al., 2016).
- Diminuir estímulos ambientais (Bulechek et al., 2016).

Executar escuta ativa

- Estabelecer o propósito da interação (Bulechek et al., 2016).
- Demonstrar interesse (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a expressão de pensamentos, sentimentos e preocupações (Bulechek et al., 2016).
- Demonstrar concentração completa na interação, suprimindo preconceitos, tendências, pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações (Bulechek et al., 2016).
- Demonstrar sensibilidade às emoções (Bulechek et al., 2016).
- Atender à comunicação não verbal para facilitar a comunicação (Bulechek et al., 2016).
- Identificar os temas predominantes (Bulechek et al., 2016).
- Responder após um tempo de modo a refletir e compreender a mensagem recebida (Bulechek et al., 2016).
- Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e feedback (Bulechek et al., 2016).
- Verificar a compreensão da mensagem por meio de perguntas ou feedback (Bulechek et al., 2016).
- Evitar barreiras à escuta ativa (Bulechek et al., 2016).
- Ajustar o silêncio/escuta para encorajar a expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações (Bulechek et al., 2016).

Gerir a comunicação

- Identificar barreiras à comunicação (Bulechek et al., 2016).
- Ajustar técnicas de comunicação (Bulechek et al., 2016).

3.7. Síntese relativa ao caso

No Quadro 3, é possível consultar uma síntese do estudo de caso, que apresenta os domínios, diagnósticos, objetivos e intervenções especializadas documentadas.

DOMÍNIO	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA
COMPORTAMENTO ADITIVO	ABUSO DE DROGAS	PROMOVER MUDANÇA COMPORTAMENTAL FACE AO ABUSO DE DROGAS	TÉCNICA DE MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO
	POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOCONTROLO DO ABUSO DE DROGAS	PROMOVER AUTOCONTROLO: ABUSO DE DROGAS	
AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO	AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO COMPROMETIDA	PROMOVER AUTOGESTÃO: REGIME MEDICAMENTOSO	PSICOEDUCAÇÃO*
	POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO SOBRE AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO		
	POTENCIAL PARA MELHORAR O CAPACIDADE PARA GERIR REGIME MEDICAMENTOSO		

Quadro 3 - Conceção de cuidados - UIPF

Legenda: *Xia et al. (2011)

As intervenções psicoterapêuticas demonstraram-se relevantes para os diagnósticos identificados, tendo a pessoa manifestado interesse e envolvimento ao longo de todo o processo de intervenção. A TMC contribuiu para a identificação dos comportamentos de risco para o consumo de substâncias, bem como para a promoção estratégias de autocontrolo de impulsos. Por outro lado, a Psicoeducação contribuiu para a melhoria do conhecimento da pessoa sobre a patologia, a compreensão dos sintomas da doença para a literacia em saúde mental e a importância do cumprimento da terapêutica.

A revisão sistemática da Cochrane sobre psicoeducação na esquizofrenia (Xia et al., 2011) fornece uma base sólida para justificar a utilização desta intervenção como uma estratégia eficaz na melhoria da gestão do regime terapêutico. A evidência demonstra benefícios significativos, nomeadamente na promoção da adesão à medicação, na redução de recaídas e no aumento da satisfação com os cuidados prestados. Entre as intervenções analisadas destacam-se: sessões estruturadas em grupo, centradas na compreensão da doença e nas manifestações de sinais e sintomas, na gestão da medicação, na deteção precoce de sinais de descompensação e no desenvolvimento de estratégias de *coping*; intervenções individuais (≤ 10 sessões), orientadas para o esclarecimento sobre os efeitos adversos da medicação e a importância da adesão terapêutica; e sessões suportadas por material educativo multimodal, como folhetos, vídeos e esquemas explicativos, utilizadas tanto em contexto individual como em grupo, com o objetivo de reforçar o conhecimento e a capacitação da pessoa relativamente ao seu tratamento (Xia et al., 2011).

4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS - CONTEXTO DE COMUNIDADE

Pessoa do sexo feminino, com 41 anos de idade, com diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Consumo de substâncias ilícitas desde os 21 anos de idade.

4.1. Enquadramento teórico

Resumo clínico

Pessoa do sexo feminino, 41 anos de idade, natural de Portugal e a viver no Porto, em contexto social precário. Tem quatro filhos, dois deles menores de idade. O marido encontra-se a cumprir pena de prisão. Atualmente, o agregado familiar é composto pela mesma e pelos dois filhos menores.

Diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde os 28 anos de idade. História de dois episódios de internamento, o primeiro em agosto de 2011 e o segundo em julho de 2014, ambos em contexto de incumprimento terapêutico. Atualmente a cumprir Haldol Decanoato de 28 em 28 dias.

Antecedentes de consumo de haxixe desde os 21 anos. Atualmente, consumos atuais pontuais em contexto de episódios de ansiedade.

A esquizofrenia e o consumo de substâncias não será abordada neste contexto, uma vez que foi explorada de forma aprofundada no caso clínico desenvolvido no âmbito da UIPF. Considera-se adequado evitar redundâncias e, assim, garantir a diversidade e complementaridade dos conteúdos trabalhados nos diferentes contextos.

Ansiedade

Segundo o DSM-V-TR (2022) e a ICD-11 (2022), a ansiedade é uma resposta emocional caracterizada por sentimentos de apreensão, preocupação ou medo, gerada em antecipação a algum acontecimento ou perigo. Engloba uma combinação de sintomas emocionais, físicos e comportamentais como cefaleia, hipersudorese, palpitações, sensação de aperto no peito e desconforto abdominal (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization,

2019).

As manifestações da ansiedade podem estar associadas a eventos ou situações temporárias, denominada ansiedade estado, ou podem refletir-se de uma forma permanente, ansiedade traço, normalmente associada a uma questão de personalidade (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

A ansiedade é uma vivência comum para qualquer ser humano. No entanto, torna-se patológica quando a resposta a um determinado estímulo é desproporcional, seja pela sua intensidade ou duração (Santos et al., 2023).

Sintomas de ansiedade são comuns em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia (Bosanac & Castle, 2015). De acordo com a literatura, existe uma prevalência estimada de 30% (Bulbena-Cabre & Bulbena, 2018; Hall, 2017). A ansiedade constitui uma característica marcante da esquizofrenia, manifestando-se frequentemente na fase inicial da doença e antecedendo episódios de recaída (Hall, 2017). A ansiedade exacerba a sintomatologia positiva da esquizofrenia, resultando na redução da capacidade de concentração, falta de motivação, perturbações do sono, isolamento social, desconfiança e instabilidade, o que impacta negativamente a qualidade de vida (Bulbena-Cabre & Bulbena, 2018).

O consumo de substâncias em pessoas com esquizofrenia é um fenómeno complexo, determinado por uma combinação de fatores psicológicos, sociais e biológicos. Entre os principais fatores identificados, destacam-se o uso de estratégias de *coping* ineficazes, presença de ansiedade, fuga da realidade, redução da inibição social, influências sociais como pressão de pares e do contexto social em que se estão inseridos (Berry et al., 2022).

As perturbações de ansiedade apresentam uma elevada comorbidade com o consumo de substâncias, especialmente álcool e THC (Hellwig & Domschke, 2023). Segundo a literatura, a redução dos sintomas associados à ansiedade pode ser um fator chave na melhoria do consumo de substâncias (Wolitzky-Taylor et al., 2018). É necessária uma abordagem integrada que avalie o impacto do uso dessas substâncias nos resultados terapêuticos da ansiedade (Hellwig & Domschke, 2023). O estudo de Hellwig & Domschke (2023) evidencia o uso de intervenções comportamentais para abordar a co-ocorrência da ansiedade e consumo de substâncias.

Neste sentido, é papel do EEESMP atenuar a sintomatologia associada à ansiedade, através de intervenções psicoterapêuticas que abordem positivamente os diagnósticos no domínio da ansiedade (Sampaio, Sequeira, et al., 2018).

Ansiedade é uma emoção negativa caracterizada por uma sentimento de ameaça, perigo ou angústia (ICNP, 2019). Devido ao contato próximo e prolongado com a pessoa, o enfermeiro consegue observar facilmente a presença de sinais de ansiedade. A presença de sinais físicos, cognitivos, emocionais e comportamentais são dados importantes para o diagnóstico de ansiedade em enfermagem (Rebelo & Carvalho, 2014).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 41 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-19 08:00:00	Haldol Decanoato 50mg/ml	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Neste estudo de caso, a pessoa tem prescrito: Haldol Decanoato 50mg/ml de 28 em 28 dias, via intramuscular.

Haldol Decanoato

O Haldol Decanoato é uma formulação injetável de longa duração do Haloperidol, um antipsicótico típico, amplamente utilizado no tratamento de transtornos psiquiátricos, especialmente esquizofrenia e outras psicoses crónicas (Correll et al., 2021; Yoshida & Takeuchi, 2021). A sua principal característica é a libertação gradual do princípio ativo, permitindo um controlo mais eficaz dos sintomas ao longo do tempo favorecendo a adesão ao tratamento (Correll et al., 2021).

A administração do Haldol Decanoato ocorre por via intramuscular, com uma periodicidade que varia entre duas a quatro semanas, conforme necessidade clínica da pessoa e prescrição médica (Correll et al., 2021; Stahl & Grady, 2006; Vallerand et al., 2016). Este aspeto faz com que o medicamento seja indicado particularmente para pessoas com histórico de baixa adesão ao regime medicamentoso ou que apresentem episódios de descompensação psiquiátrica recorrente (Correll et al., 2021).

Os efeitos adversos são semelhantes ao da formulação oral, incluindo sintomas extrapiramidais, sedação, hipotensão ortostática e, em casos raros, o síndrome maligno dos neuroléticos. Assim, é importante que o EEESMP esteja atento a sinais precoces destes eventos e atue preventivamente na sua gestão (Correll et al., 2021; Stahl & Grady, 2006; Vallerand et al., 2016).

Em termos de impacto terapêutico, a utilização do Haldol Decanoato pode contribuir significativamente para a estabilidade clínica de pessoas com perturbações psiquiátricas graves, reduzindo as taxas de internamento hospitalar e promovendo uma integração social (Correll et al., 2021). Assim, o EEESMP é responsável pela otimização deste tratamento, garantindo segurança e eficiência na sua administração e monitorização.

Psicofármacos na prática especializada: Implicações e intervenções de enfermagem

O EEESMP desempenha um papel central no cuidado a pessoas com doença mental, sendo responsável por várias funções relacionadas com a gestão da medicação. O EEESMP tem a função de colaborar com a equipa multidisciplinar no planeamento terapêutico, na administração de medicação conforme prescrição médica, monitorizar os efeitos secundários e as reações adversas da medicação, atuar em caso de emergência e garantir que a pessoa compreende o seu tratamento e as implicações da medicação no seu processo de recuperação (Decreto-Lei nº 161, 1996).

Enquanto intervenção autónoma de enfermagem, este procedimento requer que o enfermeiro, no exercício da sua autonomia profissional, adote as medidas preventivas mais eficazes com o objetivo de otimizar a prática e assegurar a segurança da pessoa (Teixeira et al., 2024).

Deste modo, tendo em conta o plano terapêutico da pessoa alvo de cuidados em contexto comunitário, surgem intervenções de enfermagem decorrentes da medicação, tais como: 1) monitorizar estado mental; 2) monitorizar sinais vitais; 3) monitorizar ocorrência de acatisia e efeitos extrapiramidais; 4) vigiar presença de efeitos secundários; 4) monitorizar risco de queda; 5) monitorizar peso corporal; e 6) reforçar a hidratação (Bulechek et al., 2016).

4.4. Domínios

Início
19-12-2024 08:00

Domínios
Emoção

Fim

4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Com o objetivo de atender à primeira fase do processo de enfermagem, correspondente à avaliação inicial, a entrevista clínica foi adotada como a principal ferramenta para a colheita de dados. Assim, para assegurar a obtenção de informações precisas, a entrevista clínica seguiu um protocolo sistemático, conforme descrito no apêndice XXI.

Com a realização da entrevista clínica, foi possível reunir dados que abordam não só a história da pessoa, mas também o contexto familiar e ambiental em que está inserida.

Para além da entrevista clínica, a observação foi utilizada como técnica complementar para a colheita de dados, juntamente com a aplicação de instrumentos de avaliação específicos.

Instrumentos de avaliação

Para otimizar os resultados do processo de enfermagem, é indispensável avaliar cada pessoa de forma individualizada, permitindo adaptar diagnósticos e intervenções às necessidades específicas da pessoa ou grupo (Decreto-Lei nº 161, 1996).

A utilização de instrumentos de avaliação não só contribui para a padronização dos cuidados, como também possibilita ao EEESMP efetuar uma avaliação sistematizada e objetiva do estado de saúde da pessoa, facilitando a identificação diagnóstica.

Um dos instrumentos utilizados para avaliação da ansiedade é a Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (Rebelo & Carvalho, 2014).

A escala de avaliação da ansiedade é um instrumento de avaliação validado para a população portuguesa, que se caracteriza por um questionário clínico de heteropreenchimento, englobando 14 itens divididos em dois conjuntos de sintomas somáticos psíquicos (Santos et al., 2023). Apesar da elevada consistência interna da escala (alfa de *Cronbach* de 0.92), assim como a confiabilidade inter-avaliadores (coeficiente de correlação intraclass 0.91), o estudo de Santos et al. (2023) identifica limitações da escala, destacando a ausência de correlação entre a escala de avaliação da ansiedade de Hamilton e a subescala “Estado de Ansiedade” do Inventário de Ansiedade Estado-Traço (IDATE). Além disso, os autores apontam que a aplicabilidade da escala se restringe ao contexto de internamento e não existem referências e/ou validação para a sua utilização em pessoas com esquizofrenia (Santos et al., 2023).

Similarmente, o estudo de Sampaio et al. (2018) validou a utilização dos resultados NOC “Nível de ansiedade” (1211) e “Autocontrolo da ansiedade” (1402) como instrumentos de avaliação para a ansiedade. Assim, através dos mesmos é possível avaliar a gravidade da ansiedade e a

capacidade da pessoa em controlar a mesma (Sampaio et al., 2018b).

De acordo com Rebelo e Carvalho (2014), aquando da identificação do diagnóstico de enfermagem "ansiedade", é importante a avaliação do conhecimento da pessoa sobre a sua condição, uma vez que o nível de consciência determina a adequação das intervenções a serem implementadas.

A avaliação diagnóstica no contexto da ansiedade transcende a mera identificação de sintomas na medida em que requer uma avaliação holística que considere capacidades intrínsecas da pessoa (Rebelo & Carvalho, 2014). A avaliação da capacidade de aprendizagem da pessoa envolve a análise de quatro condições fundamentais: 1) consciencialização facilitadora sobre o estado de saúde; 2) disponibilidade efetiva para aprender; 3) volição eficaz; e, 4) cognição preservada. A presença destas condições indica um potencial para a aquisição de conhecimentos e/ou competências no controlo da ansiedade (Rebelo & Carvalho, 2014).

Processo de tomada de decisão

A hipótese diagnóstica foi confirmada, sendo identificados os diagnósticos "Ansiedade", "Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade" e "Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade" (Ordem dos Enfermeiros, n.d.).

Em conformidade com a ontologia de enfermagem, o processo de raciocínio que resultou na formulação dos diagnósticos, teve início no domínio "Processo Mental", que abrange o autoconceito, a perceção, as emoções, o pensamento e a memória. Ao identificar o domínio "emoção", torna-se possível reconhecer um conjunto de indicadores clínicos que confirmam a hipótese diagnóstica inicial "Ansiedade" resultado na identificação dos diagnósticos "Ansiedade", "Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade" e "Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade" (Ordem dos Enfermeiros, n.d.).

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Com base nos diagnóstico estabelecido "Ansiedade", "Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade" e "Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade", foram planeadas intervenções psicoterapêuticas, fundamentadas no modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem, incluindo a Relação de ajuda profissional e técnica de relaxamento (Sampaio et al., 2018a; Sequeira & Sampaio, 2020).

Relação de Ajuda Profissional

Os cuidados de enfermagem têm como foco o desenvolvimento de relações interpessoais, sendo o relacionamento humano a base de qualquer ação de cuidado (Chalifour, 2008).

No contexto da saúde mental e psiquiátrica, a relação desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados, uma vez que a recuperação do equilíbrio e bem-estar mental da pessoa cuidada depende, em grande medida, do estabelecimento de relações interpessoais e terapêuticas (Chalifour, 2008).

O conceito de relação desempenha um papel importante na vida humana, afetando o bem-estar emocional, o desenvolvimento pessoal e a saúde mental. Pode ter várias interpretações: 1) pode referir-se apenas à interação entre duas ou mais pessoas; 2) pode ser entendido como relação terapêutica, baseado na relação interpessoal entre um profissional de saúde e a pessoa cuidada, sendo que o objetivo é satisfazer as necessidades do último; 3) pode apresentar-se como relação de ajuda informal ou formal (profissional) (Coelho et al., 2020).

A relação de ajuda informal é um processo natural de apoio interpessoal que ocorre no quotidiano (Phaneuf et al., 2005). Por outro lado, a relação terapêutica corresponde ao vínculo profissional estabelecido entre o enfermeiro e a pessoa, sendo necessário para a eficácia de todas as intervenções de enfermagem. Já a relação de ajuda profissional, enquanto intervenção psicoterapêutica, caracteriza-se pela interação entre o EEESMP e a pessoa, na qual o EEESMP procura compreender a situação vivenciada pela pessoa e auxiliá-la no desenvolvimento das suas capacidades, incentivando-a a refletir e a encontrar soluções para os seus problemas (Chalifour, 2008; Coelho et al., 2020; Phaneuf, 2005).

A comunicação e a relação terapêuticas são conceitos interdependentes, mas que se influenciam diretamente na prática de enfermagem e na qualidade dos cuidados prestados (Coelho et al., 2020). A comunicação terapêutica é um dos principais veículos para o desenvolvimento e fortalecimento da relação terapêutica, sendo caracterizada pelo uso intencional de técnicas comunicacionais, tais como a escuta ativa, a empatia, o silêncio. Essas técnicas contribuem para a validação e a compreensão emocional da pessoa, para além de garantirem as necessidades da mesma, promovendo, assim, um cuidado mais centrado na pessoa (Alberto & Sequeira, 2014; Coelho & Sequeira, 2014; Sampaio et al., 2023; Sequeira & Sampaio, 2020).

Na relação de ajuda profissional, a componente humanista é a base de todo o processo. Esta abordagem emerge das principais teorias humanistas que moldaram o desenvolvimento de métodos terapêuticos centrados na pessoa, enfatizando a importância da relação terapêutica e o potencial de crescimento da pessoa.

A teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau (1952) destaca a importância da interação entre o enfermeiro e a pessoa como fator essencial para a promoção de saúde,

descrevendo-a como um processo colaborativo e dinâmico, onde ambos desempenham papéis ativos e trabalham em colaboração. A teoria descreve quatro fases dessa relação: 1) orientação, onde a pessoa identifica as suas necessidades; 2) identificação, desenvolvimento do vínculo terapêutico; 3) exploração, fase em que a pessoa utiliza os recursos disponíveis para enfrentar os seus desafios; 4) resolução, quando ocorre superação do problema e a finalização do vínculo (Peplau, 1952).

O enfermeiro atua como facilitador do desenvolvimento pessoal da pessoa, ajudando-a a compreender os seus desafios e a encontrar soluções. Através de uma comunicação eficaz e empatia, o enfermeiro compreende as necessidades da pessoa, facilita a expressão de sentimentos e promove a autonomia no processo de cuidados (Peplau, 1952).

Carls Rogers (1961), um dos principais psicólogos humanistas, através da sua abordagem centrada na pessoa, destacou a importância da relação terapêutica e da escuta ativa como focos principais do cuidado. Definiu três características fundamentais do profissional de saúde para a criação da relação terapêutica: aceitação, empatia e congruência. Além disso, a confiança no potencial humano é o conceito central da sua abordagem, pelo que dentro dessa perspetiva, o papel do profissional de saúde é o de criar um ambiente favorável ao desenvolvimento da pessoa (Rogers, 1961).

A aplicação prática da teoria de Rogers no contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica configura-se como um meio para a promoção do bem-estar emocional das pessoas. Nesse sentido, destaca-se a importância de uma abordagem de cuidados centrada na pessoa, a qual desempenha um papel essencial no fortalecimento do autoconceito (Hosking, 1993).

A sistematização do procedimento da relação de ajuda profissional como intervenção psicoterapêutica surge com Jacques Chalifour (2008) que descreve a intervenção como um procedimento interativo e dinâmico, onde a pessoa e o enfermeiro se constituem como sistemas abertos. Para a execução da intervenção psicoterapêutica "relação de ajuda profissional", o EEESMP deve ser detentor de um conjunto de competências e atitudes fundamentais, nomeadamente a “aceitação do outro, respeito, empatia, autenticidade, congruência, confrontação, conhecimentos sobre si mesmo, sobre o utente e sobre estratégias de comunicação e relação terapêutica” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.183).

Chalifour (2008) descreve três fases para a implementação da relação de ajuda profissional: 1) fase de orientação; 2) fase de trabalho; e, 3) fase de conclusão. A fase de orientação corresponde ao primeiro contacto do profissional de saúde e a pessoa, momento em que se inicia a relação terapêutica, são definidos os papéis e clarificadas as necessidades, permitindo a subsequente identificação dos diagnósticos de enfermagem. Na fase de trabalho, as intervenções são direcionadas para dar resposta às necessidades previamente identificadas, promovendo o cuidado adequado e individualizado. Por fim, na fase de conclusão, procede-se à avaliação da intervenção, com o objetivo de determinar o alcance dos objetivos inicialmente

delineados (Coelho et al., 2020; Sequeira, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020).

Para que a relação de ajuda profissional possa ser aplicada, é necessário que o problema apresentado pela pessoa seja de natureza relacional e/ou emocional, que haja motivação para a sua resolução e que esta reconheça no enfermeiro a competência necessária para o ajudar (Coelho et al., 2020; Sequeira, 2016).

A intervenção psicoterapêutica "relação de ajuda profissional" tem como principal objetivo a promoção do bem-estar emocional da pessoa, sendo a sua eficácia estreitamente vinculada à qualidade da comunicação e à solidez da relação terapêutica estabelecida entre o EEESMP e a pessoa alvo de cuidados (Coelho et al., 2020, 2025).

A prática da intervenção psicoterapêutica "relação de ajuda profissional" encontra ressonância em diversos modelos (Hosking, 1993; Pomey et al., 2014, 2024; Rogers, 1961; Sampaio et al., 2018a), conforme se pode consultar na Figura 1. Todos estes modelos convergem para uma filosofia humanista centrada na pessoa e nas suas necessidades individuais. A terapia de Rogers (1961), com a sua ênfase na empatia, aceitação incondicional e congruência, estabelece bases para relação terapêutica eficaz. Já o modelo de Montreal (Pomey et al., 2015, 2024), por sua vez, expande esta visão para o contexto dos cuidados de saúde, promovendo uma parceria colaborativa entre os profissionais de saúde e as pessoas, onde a autonomia e as decisões das pessoas são valorizadas. A relação de ajuda profissional, que integra os pressupostos de Hildegard Peplau (1952), de Chalifour (2008) e de Phaneuf (2005), engloba estes princípios, destacando a importância de um encontro humano genuíno, pautado pela empatia e respeito, com o objetivo de promover o bem-estar e autonomia do outro. Em conjunto, estes três modelos são abordagens complementares que podem ser utilizadas sinergicamente para promover a saúde mental e o bem-estar das pessoas e sublinham ainda a importância da qualidade da relação interpessoal como fator crucial para o crescimento pessoal (Hosking, 1993; Pomey et al., 2014, 2024; Rogers, 1961; Sequeira & Sampaio, 2020).

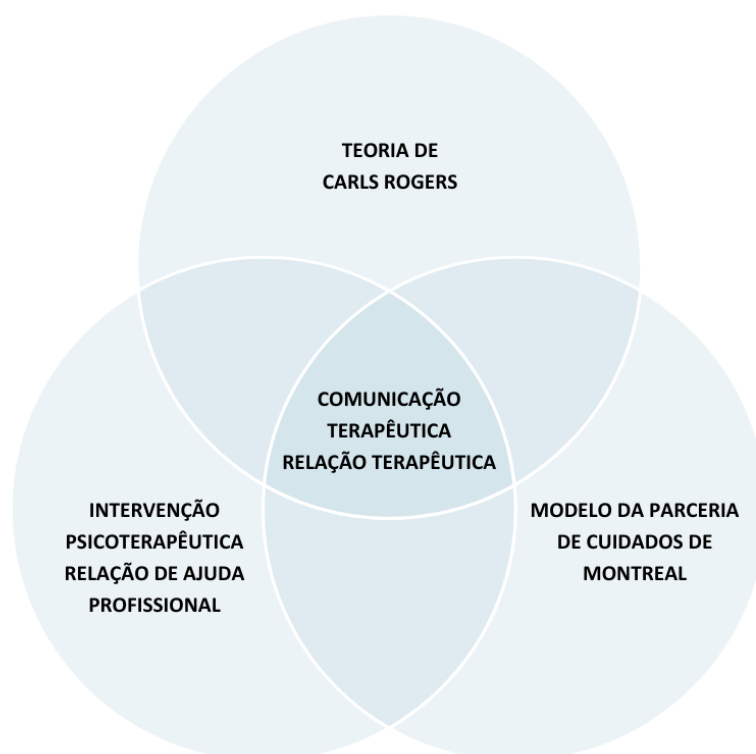


Figura 1 - Relação dos modelos teóricos com a comunicação terapêutica e a relação de ajuda profissional.

Fonte: Elaborado pela autora

A avaliação da relação terapêutica entre o EEESMP e a pessoa tem sido reconhecida como um fator essencial para a promoção de um cuidado eficaz e para melhoria dos resultados clínicos. Nesse contexto, a *Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse* (TRAS-N) e a *Therapeutic Relationship Assessment Scale-Patient* (TRAS-P) constituem instrumentos estruturados para avaliar a qualidade dessa interação (Coelho et al., 2021, 2025).

A TRAS-N foi desenvolvida para ser utilizada pelos enfermeiros, permitindo-lhes avaliar a sua própria prática na relação terapêutica, enquanto a TRAS-P é direcionada às pessoas alvo de cuidados, permitindo-lhes refletir sobre a sua experiência e percepção da relação estabelecida com o profissional de saúde. A utilização destas escalas permite uma análise comparativa das perspetivas do enfermeiro e da pessoa, oferecendo insights sobre a eficácia da comunicação e qualidade do vínculo estabelecido (Coelho et al., 2021, 2025).

Devido à variabilidade de fatores que influenciam a dinâmica da implementação da intervenção psicoterapêutica baseada na relação de ajuda profissional, tais como as características individuais das pessoas, a experiência e abordagem do EEESMP e as particularidades do contexto em que ocorre, a afirmação da sua efetividade carece ainda de estudos que a comprovem com robustez incontestável.

Contudo, existe uma crescente base de estudos que sustentam a importância da qualidade da relação terapêutica como um fator de sucesso das intervenções psicoterapêuticas. Na relação de ajuda profissional, o desenvolvimento da relação terapêutica é a base da intervenção, pelo que a qualidade da mesma é um fator preditor de resultados (Tolosa-Merlos et al., 2023). O estudo de Tolosa-Merlos (2023) utilizou a participação de enfermeiros de unidades de internamento de agudos de psiquiatria que, através da reflexão diária, identificaram fatores facilitadores, como a comunicação e disponibilidade, e limitadores, como a sobrecarga de trabalho e, consequente, falta de tempo para a relação terapêutica.

Técnica de Relaxamento

O relaxamento pode ser definido como um estado de consciência no qual a pessoa experimenta sensações agradáveis, enquanto se liberta de pensamentos perturbadores ou geradores de stress (Payne, 2003). A técnica de relaxamento permite à pessoa aprimorar a capacidade de lidar com os sintomas físicos associados à ansiedade de forma mais eficaz, diminuindo os estímulos e percepções relacionados ao sistema sensorial do corpo (Norelli et al., 2023). O objetivo principal é a indução de um estado de relaxamento geral, ajudando a pessoa a responder aos fatores de stress e promovendo a diminuição da ansiedade (Shah et al., 2014).

Sampaio et al. (2018) identificaram várias intervenções de enfermagem eficazes no tratamento de diagnósticos relacionados com a ansiedade. Entre as mais mencionadas, destacam-se o relaxamento por imaginação guiada, a respiração controlada e o relaxamento muscular (Sampaio et al., 2018a). Segundo os mesmos autores, as técnicas de relaxamento promovem a melhoria da sintomatologia associada à ansiedade por meio de mecanismos de transformação, como a prática de *mindfulness* e aceitação.

As técnicas de relaxamento tiveram origem no relaxamento muscular progressivo de *Jacobson* e no relaxamento autógeno de *Schultz*, sendo posteriormente desenvolvidas outras técnicas ao longo do tempo (Payne, 2003). Atualmente, as técnicas de relaxamento englobam diferentes abordagens, entre as quais se destacam: relaxamento muscular progressivo; treino autogénico de *Schulz*; imaginação guiada; relaxamento assistido; auto-hipnose (Payne, 2003). A maioria dessas técnicas de relaxamento destaca a importância da concentração e respiração como elementos fundamentais do processo de relaxamento (Payne, 2003). Nesse sentido, os benefícios da respiração como método de relaxamento incluem a estimulação da atividade parassimpática, a facilidade de aprendizagem da técnica e a possibilidade de ser realizada em qualquer local ou momento (Payne, 2003).

A resposta fisiológica desencadeada pelas técnicas de relaxamento atua na neutralização da reação ansiosa, promovendo a diminuição da excitação do sistema nervoso simpático e estimulando a ativação do sistema nervoso parassimpático. Como consequência, observa-se

uma redução da pressão arterial, da tensão muscular, bem como da frequência cardíaca e respiratória (Toussaint et al., 2021).

Entre as diferentes técnicas, a respiração diafragmática destaca-se como uma abordagem eficaz na modulação da resposta fisiológica ao stress, uma vez que, para além de reduzir substancialmente níveis de ansiedade, também promove alterações fisiológicas positivas, como diminuição da frequência cardíaca e respiratória (Chen et al., 2017).

Segundo a evidência científica, a técnica de relaxamento muscular progressivo também é reconhecida como um método terapêutico estruturado e eficaz na diminuição dos sintomas associados à ansiedade. Uma das suas principais vantagens reside na possibilidade de ser executada tanto no domicílio, como em unidades de saúde, podendo ser conduzido com a medicação de um EEESMP ou realizado autonomamente pela própria pessoa (Bezerra et al., 2020; Norelli et al., 2023; Payne, 2003)

4.5. Conceção de Cuidados

Emoção

19-12-2024 08:00

19-12-2024 08:00 - Verbaliza ansiedade.

19-12-2024 08:00 - Manifestação de inquietação.

19-12-2024 08:00 - Resultado NOC "Nível de ansiedade" (1211) (Anexo IX): - Indicador NOC "Agitação" (121101): 4; - Indicador NOC "Torcer as mãos" (121103): 3; - Indicador NOC "Nervosismo" (121104): 3; - Indicador NOC "Inquietação" (121105): 3; - Indicador NOC "Tensão muscular" (121106): 4; - Indicador NOC "Tensão facial" (121107): 4; - Indicador NOC "Indecisão" (121109): 3; - Indicador NOC "Comportamento problemático" (121111): 3; - Indicador NOC "Dificuldade de concentração" (121112): 3; - Indicador NOC "Dificuldade para resolver problemas" (121114): 3; - Indicador NOC "Apreensão verbalizada" (121116): 3; - Indicador NOC "Ansiedade verbalizada" (121117): 3; - Indicador NOC "Preocupação exagerada sobre eventos de vida" (121118): 3.

19-12-2024 08:00 - Resultado NOC "Autocontrolo da ansiedade" (1402) (Anexo XI): - Indicador NOC "Monitora a intensidade da ansiedade" (140201): 2; - Indicador NOC "Elimina percursos intensidade da ansiedade" (140202): 3; - Indicador NOC "Diminui estímulos ambientais quando ansioso" (140203): 3; - Indicador NOC "Busca informações para reduzir a ansiedade" (140204): 2; - Indicador NOC "Planeja estratégias de enfrentamento para situações stressantes" (140205): 3; - Indicador NOC "Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento" (140206): 3; - Indicador NOC "Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade" (140207): 2; - Indicador NOC "Monitora duração dos episódios" (140207): 2; - Indicador NOC "Monitora duração do tempo entre dos episódios" (140207): 1; - Indicador NOC "Mantém desempenho de papel" (140207): 4; - Indicador NOC "Mantém as relações

sociais" (140211): 3; - Indicador NOC "Mantém a concentração" (140212): 3; - Indicador NOC "Monitora manifestações físicas de ansiedade" (140215): 3; - Indicador NOC "Monitora manifestações comportamentais de ansiedade" (140216): 3; - Indicador NOC "Controla a resposta à ansiedade" (140216): 3.

19-12-2024 08:00 - Resultado NOC "Cognição" (0900) (ANEXO XIII): - Indicador NOC "Comunicação clara para a idade" (090014): 5; - Indicador NOC "Comunicação adequada para a idade" (090015): 5; - Indicador NOC "Compreensão do significado das situações" (090013): 5; - Indicador NOC "Capacidade para ficar atento" (090003): 5; - Indicador NOC "Concentração" (090004): 5; - Indicador NOC "Orientação cognitiva" (090005): 5; - Indicador NOC "Memória imediata" (090006): 5; - Indicador NOC "Memória recente" (090007): 5; - Indicador NOC "Memória remota" (090008): 5; - Indicador NOC "Processamento de informações" (090009): 5; - Indicador NOC "Ato de pesar alternativas ao tomar decisões" (090010): 5; - Indicador NOC "Tomada de decisão adequada" (090011): 5; - Indicador NOC "Habilidades de cálculos complexos" (090016): 5.

19-12-2024 08:00 - Apresenta consciencialização facilitadora sobre o estado de saúde.

19-12-2024 08:00 - Manifesta interesse em aprender técnicas que a ajudem a controlar a ansiedade.

19-12-2024 08:00 - Em contexto de episódios de ansiedade mais marcados, por vezes, consome substâncias ilícitas.

19-12-2024 08:00 - Ansiedade

19-12-2024 08:00 - Determinar evolução da ansiedade

19-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade

04-02-2025 08:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

04-02-2025 08:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

19-12-2024 08:00 - Diminuir ansiedade

19-12-2024 08:00 - Executar técnica de relaxamento

19-12-2024 08:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

19-12-2024 08:00 - Gerir ambiente

19-12-2024 08:00 - Executar escuta ativa

19-12-2024 08:00 - Gerir a comunicação

19-12-2024 08:00 - Planear Intervenção Psicoterapêutica: Relação de Ajuda Profissional

19-12-2024 08:00 - Executar Intervenção Psicoterapêutica: Relação de Ajuda Profissional

19-12-2024 08:00 - Planear Técnica de Relaxamento

19-12-2024 08:00 - Executar apoio emocional

19-12-2024 08:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

19-12-2024 08:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

19-12-2024 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2024 08:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

19-12-2024 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-12-2024 08:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

19-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

19-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

04-02-2025 08:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

19-12-2024 08:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

19-12-2024 08:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

19-12-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

19-12-2024 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

04-02-2025 08:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

19-12-2024 08:00 - Instruir estratégias de relaxamento

19-12-2024 08:00 - Treinar estratégias de relaxamento

19-12-2024 08:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

04-02-2025 08:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

04-02-2025 08:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.

4.6. Especificação das intervenções

Treinar estratégias de relaxamento

- Praticar as técnicas de relaxamento (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar demonstrações técnicas (Bulechek et al., 2016).
- Praticar técnica de relaxamento respiratório (Bulechek et al., 2016).
- Praticar técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Bulechek et al., 2016).
- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XXVII).

Instruir estratégias de relaxamento

- Demonstrar e praticar as técnicas de relaxamento (Bulechek et al., 2016).
- Fornecer informações sobre a preparação e participação nas técnicas de relaxamento (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a prática frequente das técnicas selecionadas (Bulechek et al., 2016).
- Demonstrar técnica de relaxamento respiratório (Bulechek et al., 2016).
- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XXII).

Executar técnica de relaxamento

- Descrever o motivo para o relaxamento e os benefícios, limites e tipos de relaxamentos disponíveis (Bulechek et al., 2016).
- Considerar o desejo da pessoa em participar, capacidade de participar, preferências, experiências passadas e contraindicações, antes de escolher uma estratégia específica de relaxamento (Bulechek et al., 2016).
- Fornecer uma descrição detalhada da técnica de relaxamento escolhida (Bulechek et al., 2016).
- Criar um ambiente calmo e sem interrupções com luzes fracas e temperatura confortável, quando possível (Bulechek et al., 2016).
- Sugerir que a pessoa assuma uma posição confortável, com uso de roupas folgadas e olhos fechados (Bulechek et al., 2016).
- Desencadear comportamentos que sejam condicionados a produzir relaxamento, como respirações profundas ou respiração abdominal (Bulechek et al., 2016).
- Convidar a pessoa a relaxar e deixar as sensações acontecerem (Bulechek et al., 2016).
- Utilizar um tom de voz suave com um ritmo lento das palavras (Bulechek et al., 2016).
- Proporcionar um horário sem interrupções (Bulechek et al., 2016).
- Obter feedback da intervenção realizada (Bulechek et al., 2016).
- Monitorizar sinais vitais (Bulechek et al., 2016).
- Realizar técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Bulechek et al., 2016).
- Realizar técnica de relaxamento respiratório (Bulechek et al., 2016).

Avaliar evolução da ansiedade

- Aplicar instrumento de avaliação Resultado NOC "Nível de ansiedade" (1211) (Anexo X).
- Resultado NOC "Nível de ansiedade" (1211): - Indicador NOC "Agitação" (121101): 5; - Indicador NOC "Torcer as mãos" (121103): 4; - Indicador NOC "Nervosismo" (121104): 4; - Indicador NOC "Inquietação" (121105): 4; - Indicador NOC "Tensão muscular" (121106): 5; - Indicador NOC "Tensão facial" (121107): 5; - Indicador NOC "Indecisão" (121109): 4; - Indicador NOC "Comportamento problemático" (121111): 4; - Indicador NOC "Dificuldade de concentração" (121112): 4; - Indicador NOC "Dificuldade para resolver problemas" (121114): 4; - Indicador NOC "Apreensão verbalizada" (121116): 4; - Indicador NOC "Ansiedade verbalizada" (121117): 4; - Indicador NOC "Preocupação exagerada sobre eventos de vida" (121118): 4.

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XXIII).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XXIII).

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XXIII).

Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Aplicar instrumento de avaliação Resultado NOC "Autocontrolo da ansiedade" (1402)

(Anexo XII).

- Resultado NOC "Autocontrole da ansiedade" (1402) (Anexo XII): - Indicador NOC "Monitora a intensidade da ansiedade" (140201): 3; - Indicador NOC "Elimina percursos de intensidade da ansiedade" (140202): 4; - Indicador NOC "Diminui estímulos ambientais quando ansioso" (140203): 4; - Indicador NOC "Busca informações para reduzir a ansiedade" (140204): 3; - Indicador NOC "Planeja estratégias de enfrentamento para situações stressantes" (140205): 4; - Indicador NOC "Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento" (140206): 4; - Indicador NOC "Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade" (140207): 4; - Indicador NOC "Monitora duração dos episódios" (140207): 3; - Indicador NOC "Monitora duração do tempo entre dos episódios" (140207): 3; - Indicador NOC "Mantém desempenho de papel" (140207): 4; - Indicador NOC "Mantém as relações sociais" (140211): 4; - Indicador NOC "Mantém a concentração" (140212): 4; - Indicador NOC "Monitora manifestações físicas de ansiedade" (140215): 4; - Indicador NOC "Monitora manifestações comportamentais de ansiedade" (140216): 4; - Indicador NOC "Controla a resposta à ansiedade" (140216): 4.

Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

- Aplicar instrumento de avaliação Resultado NOC "Autocontrole da ansiedade" (1402) (Anexo XII).
- Resultado NOC "Autocontrole da ansiedade" (1402) (Anexo XII): - Indicador NOC "Monitora a intensidade da ansiedade" (140201): 3; - Indicador NOC "Elimina percursos de intensidade da ansiedade" (140202): 4; - Indicador NOC "Diminui estímulos ambientais quando ansioso" (140203): 4; - Indicador NOC "Busca informações para reduzir a ansiedade" (140204): 3; - Indicador NOC "Planeja estratégias de enfrentamento para situações stressantes" (140205): 4; - Indicador NOC "Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento" (140206): 4; - Indicador NOC "Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade" (140207): 4; - Indicador NOC "Monitora duração dos episódios" (140207): 3; - Indicador NOC "Monitora duração do tempo entre dos episódios" (140207): 3; - Indicador NOC "Mantém desempenho de papel" (140207): 4; - Indicador NOC "Mantém as relações sociais" (140211): 4; - Indicador NOC "Mantém a concentração" (140212): 4; - Indicador NOC "Monitora manifestações físicas de ansiedade" (140215): 4; - Indicador NOC "Monitora manifestações comportamentais de ansiedade" (140216): 4; - Indicador NOC "Controla a resposta à ansiedade" (140216): 4.

Gerir ambiente

- Providenciar um ambiente seguro (Bulechek et al., 2016).
- Remover objetos perigosos do ambiente (Bulechek et al., 2016).
- Diminuir estímulos ambientais (Bulechek et al., 2016).

Executar escuta ativa

- Estabelecer o propósito da interação (Bulechek et al., 2016).
- Demonstrar interesse (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a expressão de pensamentos, sentimentos e preocupações (Bulechek et al., 2016).
- Demonstrar concentração completa na interação, suprimindo preconceitos, tendências,

- pressupostos, preocupações pessoais e outras distrações (Bulechek et al., 2016).
- Demonstrar sensibilidade às emoções (Bulechek et al., 2016).
- Atender à comunicação não verbal para facilitar a comunicação (Bulechek et al., 2016).
- Identificar os temas predominantes (Bulechek et al., 2016).
- Responder após um tempo de modo a refletir e compreender a mensagem recebida (Bulechek et al., 2016).
- Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e feedback (Bulechek et al., 2016).
- Verificar a compreensão da mensagem por meio de perguntas ou feedback (Bulechek et al., 2016).
- Evitar barreiras à escuta ativa (Bulechek et al., 2016).
- Ajustar o silêncio/escuta para encorajar a expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações (Bulechek et al., 2016).

Gerir a comunicação

- Identificar barreiras à comunicação (Bulechek et al., 2016).
- Ajustar técnicas de comunicação (Bulechek et al., 2016).

Planear Intervenção Psicoterapêutica: Relação de Ajuda Profissional

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XXIII).

Executar Intervenção Psicoterapêutica: Relação de Ajuda Profissional

- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XXIII).

Planear Técnica de Relaxamento

- Planear técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson.
- Planear técnica de relaxamento respiratório.
- Ver planeamento da intervenção psicoterapêutica (Apêndice XXVII).

4.7. Síntese relativa ao caso

No quadro 4 é possível consultar uma síntese do estudo de caso, que apresenta os domínios, diagnósticos, objetivos e intervenções especializadas documentadas.

DOMÍNIO	DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA
EMOÇÃO	ANSIEDADE	DIMINUIR ANSIEDADE	RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL E TÉCNICA DE RELAXAMENTO
		DETERMINAR EVOLUÇÃO DA ANSIEDADE	
	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE	PROMOVER AUTOCONTROLO: ANSIEDADE	
	POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS DE AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE		

Quadro 4- Conceção cuidados - UCC

As intervenções psicoterapêuticas revelaram-se adequadas e eficazes face aos diagnósticos identificados. Através da Relação de Ajuda Profissional, foi possível criar um espaço terapêutico seguro, favorecendo a expressão emocional, a construção de vínculo e o fortalecimento da confiança na relação terapêutica. A técnica de relaxamento contribuiu significativamente para a redução dos níveis de ansiedade, promovendo o autoconhecimento e o desenvolvimento de estratégias de autorregulação emocional. A pessoa demonstrou envolvimento ativo ao longo do processo, evidenciando melhorias no seu bem-estar e na sua capacidade de lidar com situações ansiogénicas.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo é referente à reflexão crítica relativa à aquisição de aprendizagens ao longo dos estágios que possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESMP.

COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

A Enfermagem é uma profissão que tem como objetivo a prestação de cuidados ao ser humano nos diversos contextos ao longo do ciclo de vida, e aos grupos sociais em que está inserido, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional (Decreto-Lei nº 161, 1996). Ao enfermeiro é atribuído um título profissional que lhe reconhece competências humanas, científicas e técnicas para a prestação de cuidados (Regulamento nº 140, 2019).

No contexto dos cuidados de saúde, os enfermeiros especialistas assumem um papel de crescente relevância, refletindo a necessidade de competências diferenciadas e orientadas para responder aos desafios complexos que emergem nos diversos contextos de prática clínica (Regulamento nº 140, 2019). Assim, as competências integram conhecimentos científicos, habilidades técnicas e capacidades relacionais e éticas, garantindo um cuidado holístico, centrado na pessoa e na sua singularidade (Regulamento nº 140, 2019). Neste sentido, surge o perfil de competências comuns dos enfermeiros especialistas com o objetivo de padronizar e orientar a formação prática profissional, promovendo excelência nos cuidados e a articulação entre as diferentes especialidades (Regulamento nº 140, 2019).

As competências comuns do enfermeiro especialista são definidas pela conceção, gestão e supervisão de cuidados, suporte ao exercício especializado da enfermagem em áreas como formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140, 2019). Promovem a educação da pessoa e dos pares, o aconselhamento, a orientação e a liderança, bem como a responsabilidade de realizar investigação que contribua para o avanço e melhoria da prática clínica (Regulamento nº 140, 2019).

Estas competências, encontram-se divididas em quatro domínios: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão de cuidados; d) Desenvolvimento de aprendizagens profissionais” (Regulamento nº 140, 2019, p. 4745).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Ao primeiro domínio estão associadas as competências:

“A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”

(Regulamento nº 140, 2019, p. 4746).

Como pilares que regem a prática de enfermagem, destacam-se o código deontológico, o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Lei nº 156, 2015). A responsabilidade profissional em saúde prende-se com os deveres e obrigações que os profissionais têm no exercício da sua profissão.

No contexto da saúde mental e psiquiátrica, a prática profissional do enfermeiro especialista assenta na competências científicas, técnicas e humanas, para além dos cuidados gerais, o EEESMP presta cuidados especializados, orientando-se por decisões éticas e deontológicas, por intervenções fundamentadas na melhor evidência disponível e por princípios e valores profissionais. Visa promover a dignidade da pessoa, proteger os direitos humanos e garantir cuidados que respeitem a privacidade, a segurança e a dignidade das pessoas (Decreto-Lei nº 161, 1996; Lei nº 156, 2015; UNESCO, 2006).

Segundo a Deontologia Profissional de Enfermagem (2015), no exercício das suas funções o enfermeiro deve reger-se “ao abrigo da configuração do modelo principialista (que configura os princípios éticos em cuidados de saúde), relativo à beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia” (Beauchamp & Childress, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 60).

Assim, durante o percurso de estágio, de forma consciente e intencional, foram desenvolvidas ações que levaram à adoção dos princípios inerentes a esta competência.

Com base nos princípios conhecidos como *prima facie*, destacados no Modelo Principialista de Beauchamp e Childress (2001), foi priorizado o bem-estar da pessoa (beneficência) ao prestar cuidados de saúde com recurso a intervenções adequadas para estabilizar crises e proteger as pessoas de danos adicionais (não maleficência). Além disso, procurou-se garantir que todas as pessoas tivessem igual acesso aos cuidados de saúde mental, independentemente de sua condição financeira ou social (justiça) (Beauchamp & Childress, 2001; Tavares et al., 2023).

Ao longo dos estágios, reconheceu-se e respeitou-se a autonomia da pessoa alvo de cuidados, envolvendo-a nas decisões relacionadas ao seu tratamento (Tavares et al., 2023).

No que diz respeito aos contextos de estágio, e, por forma a preservar a identidade das pessoas, foram cumpridos os princípios de confidencialidade de dados conforme estipulado na alínea a) do artigo 106º do Código Deontológico (Lei nº 156, 2015).

No contexto de estágio de internamento de respostas diferenciadas, na UIPF, os princípios éticos como a dignidade humana, a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça, foram fundamentais para gerir e conduzir as intervenções do enfermeiro de forma humanizada, independentemente do contexto legal em que as pessoas se encontram (Diário da República, 1996). Neste contexto de estágio, foi possível observar a valorização da autonomia da pessoa, incentivando-a a participar nas decisões relacionadas com os cuidados. A abordagem baseada na não maleficência é um dos aspetos a destacar, assim como a justiça, uma vez que, independentemente do contexto legal, as pessoas são, antes de tudo, seres humanos com direitos, pelo que são tratados com respeito, empatia e dignidade pela equipa multidisciplinar (Nações Unidas, 2017).

Na UIPF a prática de enfermagem focou-se na redução do estigma, através da promoção de ações que facilitassem a recuperação e reintegração social das pessoas, bem como no cumprimento de todos os princípios éticos ao longo do desenvolvimento do estudo de caso.

De seguida, apresenta-se uma reflexão sobre o cumprimento dos princípios éticos nos dois contextos da prática clínica, recorrendo, para tal, ao exemplo do estudo de caso desenvolvido no contexto da UCC. Importa salientar que todos os pressupostos considerados nesta reflexão são aplicáveis aos dois estudos de caso.

Durante o estágio na UCC, foi desenvolvido um estudo de caso de uma pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide, com consumo de substâncias ilícitas associado a episódios de ansiedade. O estudo de caso foi conduzido com base nos princípios éticos. A autonomia da pessoa foi respeitada através da escuta ativa e da sua participação e envolvimento nas decisões relacionadas com o plano de cuidados. A beneficência guiou a intervenção, garantindo ações que visassem o bem-estar físico e psicológico da pessoa, minimizando riscos associados. O princípio da não maleficência foi seguido com a implementação de estratégias que evitassem qualquer dano, criando um ambiente seguro e de apoio. Por fim, a justiça foi garantida ao assegurar um atendimento equitativo e digno, livre de qualquer forma de discriminação, respeitando os direitos e necessidades individuais da pessoa.

A prática de enfermagem está relacionada com ações que evitem danos decorrentes da imperícia, negligência ou imprudência. É essencial garantir o respeito à privacidade, confidencialidade e intimidade da pessoa em todas as fases do ciclo vital. A prática baseada nos princípios éticos é fundamental, destacando-se a importância do cuidado humanizado (Leite et al., 2009).

Por outro lado, o consentimento informado é um pilar essencial na prática de enfermagem, refletindo o respeito pela autonomia e dignidade da pessoa (Direção Geral de Saúde, 2013; Lei nº 156, 2015; Nunes, 2017).

No âmbito da saúde mental e psiquiátrica, o consentimento informado assume particular

importância, uma vez que as pessoas com necessidade nesta área têm o direito de tomar decisões livres e informadas, a qualquer momento e de acordo com a sua capacidade, em relação aos cuidados de saúde que lhe são propostos (Ezeruigbo et al., 2022; Lei nº 35, 2023; Neal, 2022).

Ao longo dos estágios, constatou-se que o consentimento informado garante que as pessoas compreendam os cuidados, os seus benefícios, riscos e alternativas, permitindo-lhes tomar decisões conscientes e esclarecidas. Além disso, verificou-se que este processo fortalece a relação de confiança entre o profissional e a pessoa, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e a proteção dos direitos individuais.

As pessoas foram informadas sobre os objetivos das intervenções realizadas, foi solicitado e obtido o consentimento verbal e informado, garantindo, desta forma, o respeito pelo princípio da autonomia (Beauchamp & Childress, 2001). Em conformidade com o dever de informação e o direito à autodeterminação estabelecido no artigo 150º do Código Deontológico, foi assegurada a possibilidade de as pessoas reverem os objetivos da intervenção planeada a qualquer momento (Lei nº 156, 2015).

Ao longo de todo o percurso do estágio, as intervenções realizadas foram conduzidas com base em princípios éticos e deontológicos, respeitando os valores humanos, o dever de informação e de sigilo. Todas as pessoas envolvidas foram devidamente informadas sobre o objetivo da intervenção, salvaguardando a sua confidencialidade durante todo o processo terapêutico.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

O enfermeiro especialista fortalece as suas capacidades no domínio da melhoria contínua da qualidade por meio do desenvolvimento das competências:

“B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.”

(Regulamento nº 140, 2019, p. 4747).

Os enfermeiros especialistas contribuem para a melhoria contínua da qualidade, sendo responsáveis pela identificação de oportunidades de melhoria, realização de pesquisas e desenvolvimento e implementação de práticas mais eficazes (Regulamento nº 140, 2019). Para além disso, gerem e colaboram em programas de melhoria contínua, implementando novas abordagens que reforcem a segurança das pessoas e aumentem a eficácia dos cuidados prestados (Regulamento nº 140, 2019).

Importa referir que este é um processo permanente e que exige dedicação à atualização contínua de conhecimentos e ao aprimoramento das competências profissionais (Duffy, 2022).

Por forma a uniformizar boas práticas no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, reforçando o papel do EEESMP na promoção da saúde mental e na reabilitação psicossocial, surgem os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental que estabelecem diretrizes que orientam a prática dos mesmos, garantindo cuidados seguros, eficazes e holísticos centrados na pessoa (Regulamento nº 356, 2015). O seu principal objetivo é definir um referencial normativo que promova a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, assegurando que estes sejam baseados em evidência científica e alinhados com as necessidades das pessoas, famílias e comunidade (Regulamento nº 356, 2015).

O recurso à avaliação das práticas e a atualização da abordagem, com base nos resultados obtidos, constituem outro aspeto que é considerado no processo de melhoria contínua (Regulamento nº 356, 2015).

Nos contextos de estágio, foi possível observar o empenho e compromisso da equipa de enfermagem pela procura da qualidade técnica dos cuidados prestados. Isso refletiu-se através da realização de registos após a implementação de intervenções especializadas junto das pessoas, na articulação da continuidade dos cuidados na passagem de turno e na participação ativa nas reuniões com a equipa multidisciplinar.

Os registos de enfermagem desempenham um papel importante na garantia da qualidade do cuidado prestado, pois para além de documentarem as intervenções realizadas, funcionam também como um meio de comunicação entre a equipa multidisciplinar, promovendo a continuidade e a segurança do tratamento (Bradshaw et al., 2014). Registos completos e precisos permitem monitorizar a evolução a pessoa, avaliar a eficácia das intervenções e garantir o cumprimento de normas éticas e legais (Bradshaw et al., 2014). Contribuem ainda para a proteção dos enfermeiros, ao minimizarem riscos legais e assegurarem decisões clínicas baseadas em evidências (Bradshaw et al., 2014). Desta forma, a implementação de métodos para garantir a qualidade na manutenção dos registos contribui para que sejam evitadas falhas na prestação de cuidados (Bradshaw et al., 2014).

Com base na conceptualização dos cuidados de enfermagem, a implementação de intervenções e subsequente avaliação dos resultados obtidos, permitiu uma análise contínua dos processos, possibilitando a identificação de aspetos a melhorar para implementação de novas intervenções, conforme necessário.

Na prestação de cuidados de enfermagem especializados, o EEESMP deve adotar uma abordagem proativa, promovendo a gestão de um ambiente terapêutico e seguro, centrado na pessoa, por forma a potenciar a eficácia do tratamento (Lei nº 95, 2019; Regulamento nº 356, 2015). Para estabelecer um ambiente terapêutico e seguro na área da saúde mental e

psiquiátrica, é necessária uma abordagem holística que integre aspetos físicos, emocionais e relacionais para promover o bem-estar da pessoa (Bulechek et al., 2016; Sampaio et al., 2023; Townsend, 2011). Esse ambiente contribui para o processo de recuperação e fortalece a relação de confiança entre a pessoa e o EEESMP (Townsend, 2011).

Ao longo dos estágios, houve um cuidado constante em garantir um ambiente que favorecesse a segurança e o bem-estar das pessoas. Nesse sentido, foram implementadas medidas para assegurar a confidencialidade das informações recolhidas, assim como a organização do espaço de forma a minimizar potenciais riscos. A segurança emocional foi promovida através do desenvolvimento de uma relação terapêutica baseada na confiança e na empatia. Foi respeitada a individualidade de cada pessoa, considerando a sua história de vida, crenças e valores. A conceção dos cuidados teve como principal objetivo a valorização da individualidade, assegurando a autonomia e a liberdade de cada pessoa.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 teve como propósito central melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde em Portugal, reduzindo riscos, incidentes e eventos adversos (Despacho nº 9390, 2021). Estabeleceu estratégias para fortalecer a cultura de segurança, promover práticas baseadas em evidência e implementar sistemas de notificação e aprendizagem com foco na prevenção. O plano visou assegurar cuidados mais seguros e centrados na pessoa, contribuindo para a melhoria contínua dos serviços de saúde (Despacho nº 9390, 2021).

O EEESMP desempenha diversas responsabilidades no âmbito do cuidado à pessoa, entre as quais se destaca a administração de medicação. Para o exercício seguro e eficaz desta função, é essencial que o EEESMP possua conhecimentos aprofundados em farmacologia, permitindo-lhe identificar potenciais efeitos secundários e compreender os cuidados necessários à preparação e administração dos fármacos (Direção Geral da Saúde, 2015).

A literatura enfatiza a importância da adoção de uma prática baseada em evidências, com ênfase na atualização contínua sobre as terapêuticas psicofarmacológicas. Destaca, também, do estabelecimento de uma parceria com a pessoa, promovendo uma tomada de decisão informada, respeitando a sua autonomia no processo de tratamento (National Health Service, 2023).

A preparação e administração de medicação transcendem a mera execução de um ato técnico, configurando-se como uma prática que requer uma abordagem holística, abrangendo a avaliação clínica, a educação terapêutica e o cuidado centrado na pessoa. Esta abordagem contribui significativamente para a qualidade e segurança dos cuidados prestados, assegurando uma intervenção mais humanizada e eficaz (National Health Service, 2023).

No contexto da saúde mental e psiquiátrica, o erro na administração de medicação constitui um dos eventos adversos mais frequentemente reportados em hospitais psiquiátricos (Cuomo et al.,

2021). Os efeitos secundários dos fármacos correspondem às respostas indesejadas e não intencionais que ocorrem após a administração de fármacos em doses habitualmente prescritas, podendo resultar no aumento da mortalidade, da morbilidade, no incremento dos custos do tratamento e na redução da adesão ao regime terapêutico (Cuomo et al., 2021).

As reações adversas aos psicofármacos representam um desafio significativo para o tratamento, uma vez que muitas pessoas possuem uma perceção limitada sobre a sua condição clínica e a terapêutica instituída. A possibilidade de existência de efeitos secundários pode tornar o processo terapêutico ainda mais complexo, uma vez que estes podem ser confundidos com os próprios sintomas da doença ou provocar desconforto adicional (Cuomo et al., 2021). A falta de conhecimento sobre essas reações pode comprometer a adesão ao tratamento, impactando negativamente a sua eficácia (Cuomo et al., 2021).

Assim, cabe ao EEESMP identificar situações de risco e colaborar na sua redução, além de promover a adesão ao regime terapêutico instituído e atuar de forma proativa na prevenção de incidentes graves (Regulamento nº 356, 2015). O conhecimento sobre os efeitos secundários e a sua deteção precoce podem prevenir complicações graves, incluindo emergências neurológicas fatais, como o síndrome maligno dos neurolépticos (Fonseca, 2021).

Ao longo do percurso de estágio manteve-se uma preocupação constante em garantir um ambiente seguro e terapêutico, bem como em avaliar as intervenções psicoterapêuticas implementadas, aspetos que contribuíram para a melhoria continua da qualidade. Adicionalmente, procedeu-se à monitorização da administração de psicofármacos, com especial atenção aos possíveis efeitos secundários associados. Implementaram-se medidas para a segurança e preservação da confidencialidade das pessoas, incluindo a proteção de dados identificativos das pessoas e a gestão eficaz do regime terapêutico, garantindo a confirmação, validação e administração adequada da terapêutica prescrita.

Domínio da gestão dos cuidados

O terceiro domínio diz respeito à gestão de cuidados e refere que o enfermeiro especialista: “C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; C2 – Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140, 2019, p. 4748).

A gestão é parte integrante dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a otimização das respostas em equipa e, consequentemente, melhorando a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140, 2019). É então fundamental uma organização eficiente dos recursos disponíveis, tanto humanos como materiais (Regulamento nº 140, 2019).

A integração de enfermeiros especialistas numa equipa multidisciplinar é fundamental, uma vez

que contribuem com conhecimentos e competências específicas que favorecem uma avaliação abrangente centrada na pessoa (Regulamento nº 140, 2019). Compete aos enfermeiros especialistas acompanhar e avaliar a qualidade dos cuidados, partilhando os resultados com a equipa multidisciplinar de forma a promover a melhoria contínua e a assegurar a excelência da prática assistencial (Regulamento nº 140, 2019).

No âmbito da saúde mental e psiquiátrica, a integração de enfermeiros especialistas nas equipas de cuidados permite uma avaliação centrada na pessoa, contribuindo para decisões clínicas mais precisas e informadas na melhor evidência científica disponível (National Health Service, 2023; Regulamento nº 140, 2019; Sampaio et al., 2023).

O exercício da enfermagem exige uma liderança eficaz, não apenas na gestão e coordenação das equipas, mas também na criação de um ambiente que promova a participação ativa das pessoas nos seus próprios cuidados (Ooijen et al., 2022; Prince & Alexander, 2017).

A comunicação assertiva garante a eficácia na transmissão da informação, permitindo que o enfermeiro realize uma troca clara e eficiente de dados com os outros profissionais de saúde, pessoas e familiares (Machado et al., 2023). Esta abordagem contribui para a criação de um ambiente seguro, colaborativo e participativo, ao promover uma visão holística da pessoa e ao favorecer a autonomia da pessoa no seu próprio cuidado (Machado et al., 2023).

De acordo com a literatura, a liderança transformacional é considerada a mais eficaz na enfermagem, pois foca-se na motivação e inspiração da equipa, estimulando o crescimento profissional e incentivando à inovação, o que conduz à melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Oliveira et al., 2021). A liderança situacional também é valorizada, uma vez que permite ao enfermeiro ajustar a sua abordagem de acordo com as circunstâncias e o nível de maturidade da equipa (Oliveira et al., 2021).

Ao longo do estágio, a combinação de uma comunicação assertiva com a adoção de estilos de liderança transformacional e situacional contribuiu para a criação de um ambiente de trabalho positivo, promovendo o envolvimento ativo da equipa de cuidados na prestação assistencial e incentivando uma participação mais significativa das pessoas no seu plano terapêutico (Machado et al., 2023; Oliveira et al., 2021).

Os enfermeiros especialistas desempenham funções de liderança, uma vez que a sua experiência e conhecimento científico e técnico aprofundado na área de especialização possibilitam uma gestão e coordenação eficientes da equipa, o que se traduz na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Machado et al., 2023; Oliveira et al., 2021). Além disso, contribuem para uma comunicação eficaz entre as equipas multidisciplinares, promovendo uma abordagem integrada e centrada na pessoa.

No contexto da saúde mental, a tomada de decisão partilhada entre o EEESMP e a pessoa valoriza a autonomia, o respeito pelos valores individuais e o acesso a informação claras,

permitindo que a pessoa tome decisões informadas sobre o seu cuidado (Hormazábal-Salgado et al., 2024). Este processo é dinâmico e envolve várias fases: 1) identificar as preferências e valores da pessoa, garantindo que as suas necessidades e desejos sejam compreendidos de forma empática; 2) apresentar opções de cuidados, explicando de forma clara as vantagens, desvantagens e possíveis consequências de cada uma; 3) discutir as implicações e riscos, auxiliando a pessoa a refletir sobre as alternativas de forma informada (Hormazábal-Salgado et al., 2024). A tomada de decisão é uma competência essencial para a prática de enfermagem, tanto no contexto da prestação de cuidados, como na gestão (Lourenço, 2022).

O desenvolvimento do processo de tomada de decisão para uma prática de cuidados especializada foi desenvolvido ao longo dos estágios, através do processo de autorreflexão e reflexão crítica junto dos enfermeiros tutores e do professor orientador. Durante o estágio realizado na UIPF, dada a natureza específica do serviço, no qual as pessoas são internadas para cumprir medidas de segurança determinadas por decisão judicial, foi possível observar e acompanhar o processo de tomada de decisão que envolve tanto a equipa multidisciplinar do internamento, quanto a do Ministério da Justiça. Existiu, também, a oportunidade de observar e participar na coordenação e planeamento dos cuidados, assegurando que as intervenções fossem individualizadas e alinhadas às necessidades das pessoas, enquanto se mantinham o cumprimento das normas de segurança e os princípios ético-legais.

Os EEESMP nas UCC têm como meta a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental. Atuam de forma integrada em equipas multidisciplinares, oferecendo suporte a pessoas, famílias e comunidades, através do desenvolvimento de intervenções especializadas que visam educação em saúde mental e em estratégias de reabilitação psicossocial (Gonçalves et al., 2013). No estágio realizado em contexto comunitário, foi possível a colaboração em diferentes áreas de intervenção, nomeadamente no contexto escolar, com foco na promoção e prevenção da saúde mental, atendendo às necessidades sentidas pela equipa docente da instituição. Neste contexto, foi também possível observar e compreender a articulação entre as diferentes especialidades de consulta de enfermagem e os diversos serviços de saúde, os quais desempenham um papel fundamental na continuidade de cuidados e na inclusão social das pessoas. Durante o estágio na UCC, identificaram-se necessidades em saúde mental, destacando-se a falta de acesso a serviços especializados, o estigma associado às doenças mentais e, principalmente, a dificuldade de adesão ao regime terapêutico. Verificou-se, também, casos de ansiedade, depressão e isolamento social, frequentemente relacionados com condições socioeconómicas desfavorecidas e à ausência de suporte familiar adequado. Entre as dificuldades encontradas, destacaram-se o tempo limitado para acompanhamento contínuo das pessoas e a resistência das mesmas ao plano de cuidados proposto.

Segundo a literatura, a resistência ao tratamento em pessoas com doença mental resulta de diversos fatores, como o estigma associado à doença, a falta de compreensão sobre a condição clínica e os efeitos secundários do tratamento (Cardoso et al., 2016). Segundo Cardoso et al.

(2016), esses fatores tornam a adesão ao regime terapêutico um desafio significativo para os EEESMP, exigindo abordagens motivacionais e o envolvimento ativo das pessoas nas intervenções propostas. Ao longo do estágio, foi possível contribuir para a redução do estigma associado à saúde mental e desenvolver uma gestão de cuidados baseada num modelo de parceria, centrado nas necessidades individuais das pessoas.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O quarto domínio refere-se ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais e integra duas competências: “D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140, 2019, p. 4749).

Na área da saúde mental e psiquiátrica, a construção de uma relação terapêutica é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade, uma vez que a recuperação do equilíbrio da pessoa está diretamente ligada a vínculos interpessoais significativos (Chalifour, 2008). O desenvolvimento dessa relação entre o EEESMP e a pessoa compreende atributos tanto da esfera profissional do enfermeiro, como o seu conhecimento teórico e técnico, quanto da esfera pessoal, associados às qualidades e características individuais (Chalifour, 2008).

Nesse sentido, a autoconsciência é uma competência essencial para os enfermeiros, na medida em que permite a compressão das suas próprias emoções e reações. Esse autoconhecimento é fundamental para interagir com as pessoas, facilitando a compreensão das suas necessidades e contribuindo para a otimização dos cuidados prestados (London et al., 2023; Prince & Alexander, 2017).

Espera-se que essa competência seja desenvolvida ao longo de toda a trajetória profissional, tanto no âmbito pessoal quanto no profissional, promovendo o aprimoramento contínuo do autoconhecimento e da autoconsciência. Nesse sentido, destaca-se a relevância da unidade curricular de Desenvolvimento Pessoal e Comunicação Terapêutica do primeiro ciclo de estudos, uma vez que esta forneceu ferramentas e estratégias importantes para o desenvolvimento do autoconhecimento.

Durante os estágios, realizou-se uma procura pelo autoconhecimento, assertividade e prática clínica com base numa abordagem clínica especializada, fundamentada em evidências científicas. Para isso foram utilizadas diversas ferramentas que permitiram uma análise mais aprofundada das competências, dos desafios e do impacto que as características pessoais têm na relação terapêutica.

A análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*) foi uma das ferramentas utilizada, contribuindo para o processo através da identificação de pontos fortes, fraquezas, oportunidades e ameaças. Permitiu uma compreensão mais clara das capacidades existentes e

dos desafios a serem trabalhados, como a necessidade de gerir melhor a insegurança.

No decorrer dos estágios enfrentaram-se dificuldades, como a adaptação a diferentes perfis de pessoas e a necessidade de manter uma postura assertiva sem comprometer a relação terapêutica. Também foi necessário lidar com a gestão de emoções perante casos mais desafiadores, o que exigiu atenção e desenvolvimento contínuos. Por forma a minimizar o impacto dos desafios na relação terapêutica, recorreu-se a estratégias como a supervisão clínica, autorreflexão e feedback com os enfermeiros orientadores e com o professor orientador. A prática constante da escuta ativa e da regulação emocional tornaram-se fundamentais para garantir uma abordagem equilibrada e profissional.

Desta forma, o processo de autoconhecimento que se desenvolveu durante os estágios não só fortaleceu a prática clínica, como também contribuiu para um crescimento profissional mais consciente, alinhado com os princípios éticos e científicos. Nesse contexto, procurou-se aplicar conhecimentos previamente adquiridos, integrando também as aprendizagens desenvolvidas ao longo do primeiro ciclo de estudos, com o objetivo de os aprofundar e consolidar.

As discussões com os enfermeiros orientadores, com o professor orientador, assim como a pesquisa bibliográfica realizada, foram fatores que potencializaram o crescimento pessoal e contribuíram favoravelmente para a evolução enquanto EEESMP. De um modo geral, os estágios contribuíram para uma crescente consciencialização e amadurecimento no desenvolvimento do autoconhecimento, que resultou numa aprendizagem contínua ao longo do curso de Mestrado.

Relativamente ao critério de avaliação “D2.2.4 – Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuíram para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.” (Regulamento nº 140, 2019, p. 4750), destaca-se a experiência adquirida no desenvolvimento de um poster relativo ao estudo de caso realizado no estágio na UIPF, cujo certificado consta no anexo XIV. A elaboração deste poster e subsequente apresentação no congresso científico constituíram uma oportunidade significativa para a partilha da evidência gerada a partir da prática clínica. Esta experiência possibilitou, igualmente, uma reflexão crítica sobre os cuidados prestados, bem como, sobre o impacto das intervenções especializadas implementadas na prática.

A colaboração na preparação de um outro poster com uma colega do Curso de Mestrado, apresentado no anexo XV, foi igualmente enriquecedora, tanto do ponto de vista profissional, quanto pessoal. O processo colaborativo de construção do conteúdo e partilha de conhecimento permitiram uma reflexão mais aprofundada sobre o estudo de caso. Essa colaboração contribuiu para o fortalecimento da capacidade de comunicação e trabalho em equipa, elementos fundamentais para o aprimoramento das competências, assim como, para a promoção de uma experiência de crescimento mútuo e aprendizagem.

A interação com outros profissionais de saúde e a receção de feedback durante o congresso

também foram aspetos cruciais para o desenvolvimento de competências. A discussão de práticas e evidências com colegas possibilitou uma troca de conhecimentos, ampliando a compreensão sobre a visão da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. O contexto científico do congresso contribuiu para o desenvolvimento contínuo e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, reforçando a importância da prática baseada em evidências.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Para além das competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, o EEESMP possui competências específicas na área da saúde mental e psiquiátrica, que o distinguem das demais especialidades (Regulamento nº 515, 2018). As competências específicas são aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº 140, 2019, p. 4745). O EEESMP deve ter a capacidade de se reconhecer e mobilizar como um instrumento terapêutico (London et al., 2023), de forma a focar-se na “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento nº 515, 2018, p. 21427).

O regulamento de Competências específicas do EEESMP (Regulamento nº 515, 2018) tem como objetivos definir as competências no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e estabelecer um referencial que permita determinar o contributo dos EEESMP para os padrões de qualidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, bem como para o mandato social da profissão (Regulamento nº 356, 2015).

São quatro as competências do EEESMP:

“F1 – Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; F2 – Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; F3 – Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; F4 – Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”

(Regulamento nº 515, 2018, p. 21427).

De seguida encontra-se a análise crítico-reflexiva das estratégias utilizadas para a aquisição e desenvolvimento das competências do EEESMP.

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

Na prática de enfermagem, a vertente relacional assume elevada importância, uma vez que a interação entre enfermeiro e a pessoa constitui uma das bases fundamentais para a prestação de cuidados (Prince & Alexander, 2017).

Segundo a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1990), a relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa é fundamental para o cuidado de enfermagem efetivo e humanizado. Cada enfermeiro tem o dever de procurar conhecer-se, pois esse grau de autoconhecimento contribui para a compreensão do outro e dos problemas que afetam o seu funcionamento (Peplau, 1990; Prince & Alexander, 2017).

A construção da relação terapêutica baseia-se na empatia, respeito, confiança e compreensão mútua entre o enfermeiro e a pessoa, permitindo ao enfermeiro identificar as necessidades físicas e emocionais da pessoa.

Chalifour (2008) refere que todas as pessoas e profissionais de saúde vivenciam processos psicológicos que influenciam os seus comportamentos. Acrescenta que a reflexão é crucial para tornar esses processos mentais mais conscientes (Chalifour, 2008).

Segundo consta no descritivo da primeira competência do EEESMP,

“A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.”

(Regulamento nº 515, 2018, p. 21428).

No âmbito da saúde mental e psiquiátrica, a construção de uma relação é essencial para o processo de cuidar, uma vez que a recuperação do equilíbrio da pessoa com doença mental depende de relações interpessoais significativas (Chalifour, 2008; Coelho et al., 2020).

Torna-se relevante diferenciar relação de relação terapêutica. A relação pode ser definida como a conexão, interação ou vínculo entre duas ou mais pessoas (Coelho et al., 2020). As interações humanas desempenham um papel central na vida, afetando o bem-estar emocional, o desenvolvimento pessoal e a saúde mental. Já a relação terapêutica refere-se a uma interação

interpessoal entre um profissional de saúde e a pessoa com o objetivo de satisfazer as necessidades deste último (Coelho et al., 2020).

A criação de uma relação terapêutica eficaz entre o enfermeiro e a pessoa é um pilar na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Assim, desenvolver a capacidade de autoconhecimento permite ao enfermeiro reconhecer e compreender os seus próprios pensamentos, emoções e comportamentos, favorecendo o desenvolvimento de empatia pela pessoa, maximizando o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida (London et al., 2023).

O reconhecimento dos limites individuais contribui para a promoção da empatia, auxiliando na compreensão dos limites do outro. Isso molda a abordagem do EEESMP na prestação de cuidados, favorecendo a criação de uma relação terapêutica firme e, consequentemente, a obtenção de ganhos em saúde (Chalifour, 2008; Coelho et al., 2020; Sequeira, 2016).

O processo de autoconhecimento é complexo devido à sua natureza multifacetada e às várias camadas de construção envolvidas. Marrafa e Meini (2024) referem que o autoconhecimento é uma construção contínua que integra elementos cognitivos, emocionais e afetivos. Através do autoconhecimento, torna-se possível compreender as próprias motivações, reações emocionais e comportamentos, permitindo uma gestão emocional mais eficaz, a identificação de forças e fragilidades, promovendo um maior crescimento pessoal e profissional (Marraffa & Meini, 2024).

Durante os estágios foi possível desenvolver consciência pessoal mais aprofundada, tanto no âmbito das interações terapêuticas informais, quanto na realização de intervenções psicoterapêuticas direcionadas aos estudos de caso.

Para favorecer esse processo de tomada de consciência, foram utilizadas como estratégias a análise *SWOT* e a autorreflexão (Pereira & Rito, 2013; Pluchevskaya et al., 2017). A aplicação da análise *SWOT* permite a realização de uma análise geral, promovendo o autoconhecimento. Permite analisar os recursos internos e externos, identificando os pontos fortes para atingir os objetivos, bem como as oportunidades e ameaças existentes no contexto (Pereira & Rito, 2013; Pluchevskaya et al., 2017). Com base nos resultados da análise *SWOT*, é construída uma matriz de medidas e ações estratégicas, com o propósito de potencializar os pontos fortes, minimizar as fragilidades, aproveitar as oportunidades externas e antecipar possíveis ameaças, contribuindo para a formulação de uma visão de desenvolvimento pessoal e para a criação de um plano estratégico voltado para a realização de objetivos individuais (Pereira & Rito, 2013; Pluchevskaya et al., 2017). A utilização da análise *SWOT* conduziu ao aprofundamento do conhecimento e consciência, identificando características pessoais, padrões de pensamento, emoções e comportamentos manifestados em diferentes contextos, conforme pode ser consultado no apêndice XXX.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, publicado no Diário da República (2015), são elementos importantes para a relação terapêutica “A capacidade de gerir fenómenos de transferência, contratransferência, resistências, transgressão de limites e impasses terapêuticos.” (Regulamento nº 356, 2015, p. 17038).

A transferência é definida como o fenómeno em que a pessoa projeta no profissional de saúde sentimentos e atitudes que originalmente foram dirigidos a figuras importantes do seu passado. Por sua vez, a contratransferência é descrita como as reações emocionais do profissional de saúde em resposta à transferência da pessoa, incluindo tanto as respostas conscientes quanto as inconscientes (Molina & Fabrian, 2017).

A experiência de prestar cuidados UIPF representou uma oportunidade única para o aprofundamento da compreensão dos fenómenos de transferência e contratransferência, assim como, dos impasses e resistências que podem surgir na relação terapêutica. A prestação de cuidados nesse contexto, despertou uma diversidade de emoções, tanto positivas como negativas, que se revelaram fundamentais para o crescimento profissional e pessoal. Contribuiu, também, para a redução do estigma associado às características das pessoas internadas naquele contexto, proporcionando uma compreensão mais abrangente do respeito pela dignidade e inclusão das mesmas.

Considerando os dois contextos de estágio, o desenvolvimento do autoconhecimento favoreceu uma maior perceção sobre a forma de comunicação interpessoal, uma vez que estimula a autoconsciência. Nesse sentido, foi possível trabalhar aspetos relacionados com as expressões faciais, gestos e postura corporal. Assim, o elevado conhecimento de si e o desenvolvimento da autoconsciência mitigou as dificuldades que poderiam emergir no processo de estabelecimento da relação terapêutica.

O processo de consciencialização das reações emocionais contribuiu para uma gestão mais eficaz do stresse e da pressão emocional em determinadas situações, promovendo o autocontrolo e regulação emocional. Para enfrentar os desafios emocionais de forma segura e positiva, adotou-se uma abordagem de gestão emocional que permitiu antecipar potenciais conflitos, através do fortalecimento da autoconfiança e autoestima.

Conforme pode ler-se na literatura, a utilização das *De-escalation techniques*, associada a estratégias comunicacionais, é reconhecida pela sua eficácia na gestão de conflitos, promovendo sentimentos de autoconfiança e autocontrolo (Pope, 2014). Durante os estágios a implementação destas estratégias revelou-se promotora do desenvolvimento de relações interpessoais positivas, assentes em relações saudáveis, centradas em confiança, respeito e empatia (Pope, 2014).

De uma forma geral, considera-se que a autorreflexão, enquanto estratégia promotora de um autoconhecimento positivo, conduziu ao processo transformador e potenciador de mudanças

internas. Esse processo permitiu o reconhecimento de aspetos anteriormente pouco conscientes para a autora, favorecendo a aquisição contínua de competências relacionadas com o autocontrolo emocional e a capacidade de lidar com situações de pressão.

A postura assertiva é também uma característica essencial no enfermeiro, contribuindo para uma comunicação efetiva e prestação de cuidados de qualidade (Coelho et al., 2020). A experiência imersiva num ambiente dinâmico e desafiador como o estágio realizado na UIPF, proporcionou diversas oportunidades para o desenvolvimento dessa competência. O contacto direto e contínuo com pessoas internadas em regime de cumprimento de uma medida de segurança, exigiu uma eficaz gestão da comunicação, recorrendo a técnicas como a assertividade, por forma a contribuir para o processo de recuperação das mesmas. Essa abordagem foi sustentada numa comunicação terapêutica capaz de estabelecer uma relação facilitadora da transição entre a saúde e a doença (Sequeira, 2016).

Enfrentar situações onde foi necessário definir limites e reforçar regras, fortaleceu a importância de uma abordagem com base na assertividade. Assim, o desenvolvimento dessa competência contribuiu para uma comunicação terapêutica mais eficaz, promovendo um ambiente de confiança, empatia e fortalecimento da relação terapêutica com pessoas em fase aguda da sua doença (Sequeira, 2016).

Por sua vez, o estágio realizado na UCC teve um impacto significativo no desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo a aplicação prática de conhecimentos teóricos adquiridos na área da promoção e prevenção da saúde mental em contexto comunitário.

Os desafios inerentes ao contacto direto com pessoas de diferentes faixas etárias e a participação em atividades comunitárias proporcionaram uma maior consciência das próprias reações, limitações e potencialidades. A exposição a novos contextos, alguns dos quais mais desafiadores, incentivou a adoção de uma postura mais reflexiva e crítica, possibilitando uma melhor compreensão da influência das emoções e pensamentos na tomada de decisões e na comunicação interpessoal.

Apesar da insegurança e apreensão sentidas inicialmente quanto à dinamização de sessões com grupos comunitários em contexto escolar (pela exigência de um domínio mais aprofundado de conhecimentos e competências por parte do EEESMP), esta experiência revelou-se profundamente enriquecedora. A necessidade de gerir a interação e a comunicação com esse público levou ao desenvolvimento de estratégias eficazes, como a utilização de uma linguagem acessível e adaptada à faixa etária, o recurso a dinâmicas de grupo e materiais visuais apelativos, a promoção de um ambiente seguro e participativo e a escuta ativa, para reforçar o envolvimento e a confiança de todos os que participaram nas atividades.

O apoio e *feedback* contínuos da enfermeira orientadora foram fundamentais para a superar a insegurança associada à condução das sessões, proporcionando sugestões construtivas e

orientações práticas que permitiram aprimorar a abordagem junto da população escolar. Dessa forma, o estágio na UCC fomentou o fortalecimento da autoconfiança e da capacidade de adaptação.

Por fim, importa destacar que o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal e profissional foram processos contínuos ao longo do curso de mestrado, particularmente nos contextos de estágio, através da pesquisa, da reflexão crítica e da partilha com pares, tutores e professor orientador. No entanto, é essencial reconhecer que o autoconhecimento é um processo dinâmico e ininterrupto, que se prolonga ao longo de todo o ciclo vital.

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

Considerando a segunda competência descrita no regulamento das competências específicas dos EEESMP, é expectável que estes sejam capazes de recolher informações relevantes e necessárias para compreender a condição de saúde mental das pessoas (Regulamento nº 515, 2018).

A avaliação global das pessoas exige que o EEESMP mobilize diversos recursos, como a capacidade de observação, habilidades comunicacionais, revisão de registos e a aplicação da entrevista clínica (Regulamento nº 515, 2018). A utilização desses recursos possibilita a identificação do motivo do internamento, a clarificação de problemas e preocupações existentes, e avaliação do impacto do problema de saúde mental na qualidade de vida da pessoa (Regulamento nº 515, 2018).

Simultaneamente, essas práticas contribuem para a construção de uma relação terapêutica eficaz e para a elaboração de um plano de cuidados adequado, estruturado a partir da identificação diagnóstica, do planeamento das intervenções, da sua implementação e da posterior avaliação (Decreto-Lei nº 161, 1996).

A comunicação terapêutica é um elemento fundamental para a qualidade dos cuidados de enfermagem, especialmente na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, uma vez que influencia diretamente a eficácia do cuidado prestado e fortalece o desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa (Machado et al., 2023; Sequeira & Sampaio, 2020). Uma comunicação eficaz possibilita ao EEESMP uma compreensão mais aprofundada das necessidades, preocupações e expectativas da pessoa, promovendo a criação de um ambiente de confiança, de segurança e de uma relação terapêutica efetiva (Coelho et al., 2020; Machado et al., 2023; Sequeira, 2016).

A atenção do EEESMP à comunicação verbal e não verbal contribui para a prestação de um cuidado mais humanizado e centrado nas necessidades das pessoas. A comunicação verbal,

através de explicações claras, perguntas e orientações, assegura uma transmissão de informação precisa e compreensível. Por sua vez, a comunicação não verbal inclui gestos, expressões faciais, postura corporal e a expressão de sentimentos e emoções, que contribuem para o fortalecimento da relação e da interação com a pessoa (Machado et al., 2023; Sequeira, 2016).

Por sua vez, o processo de enfermagem constitui a base metodológica da prática profissional, permitindo uma abordagem sistematizada, individualizada e centrada na pessoa, constituindo-se por cinco etapas: 1) avaliação inicial; 2) diagnóstico; 3) planeamento; 4) implementação; 5) avaliação final (Decreto-Lei nº 161, 1996; Sequeira & Sampaio, 2020).

A primeira etapa, a avaliação inicial, implica a recolha de informação relevante para compreender o estado de saúde mental das pessoas, incluindo aspetos relacionados com a promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção da perturbação mental. Este processo requer a mobilização de competências em comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnicas de entrevista e observação do comportamento, análise de registos clínicos, e uma avaliação abrangente da pessoa e dos sistemas que a envolvem (Regulamento nº 515, 2018).

Para ser eficaz, a entrevista clínica deve ser planeada e estruturada previamente, com o objetivo de promover a interação e o respeito mútuo, facilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica. É um momento promotor de colheita de dados relevantes, em que são conhecidas e valorizadas as manifestações clínicas que orientam a formulação do diagnóstico de enfermagem, e que deve ocorrer num ambiente acolhedor e seguro para que a pessoa se sinta confortável (Chalifour, 2008; Sequeira, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020).

Durante os estágios, foi possível realizar estudos de caso. Assim, o processo iniciou-se pela realização de entrevistas clínicas, onde foi possível recolher dados iniciais de forma estruturada e consistente, abrangendo não apenas a história da pessoa, mas também o contexto familiar e ambiental em que está inserido. A entrevista clínica, enquanto procedimento fundamental no processo de avaliação, permitiu confirmar as hipóteses diagnósticas previamente formuladas, possibilitando a definição dos diagnósticos de enfermagem e, posteriormente, a construção do mapa de cuidados, incluindo o planeamento da intervenção psicoterapêutica mais adequada ao caso clínico.

Em ambos os estudos de caso, a preparação da entrevista clínica seguiu um processo estruturado para assegurar a recolha eficaz de informações. Conforme demonstrado nos apêndices I e XXI, inicialmente foram definidos os objetivos da entrevista, ajustando as perguntas às necessidades específicas da pessoa. De seguida, elaborou-se um guião semiestruturado, permitindo flexibilidade na condução do diálogo. Antes da realização das entrevistas foram consultados os processos clínicos, de modo a completar as informações já disponíveis. Após a conclusão da entrevista, os dados foram registados, analisados e organizados, contribuindo para uma compreensão detalhada de cada caso e para a construção

dos respetivos estudos (Chalifour, 2008; Sequeira, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020). A observação foi utilizada como técnica complementar na recolha de dados, funcionando como um elo entre a comunicação verbal e não verbal.

Para aprofundar a compreensão do processo de adoecer e identificar recursos e apoios disponíveis, bem como fatores facilitadores ou dificultadores do processo de transição, foi elaborado o genograma e o ecomapa, conforme demonstrado nos apêndices II e XXII (Meleis, 2010). No âmbito da saúde mental, a utilização do genograma e do ecomapa, permite uma visão abrangente da dinâmica familiar e social das pessoas (Brás & Júnior, 2015). O genograma permite mapear as relações familiar e o histórico de saúde, fornecendo uma perspetiva detalhada sobre o processo de adoecer das influências familiares (Brás & Júnior, 2015). Por outro lado, o ecomapa ilustra a interação da pessoa com o ambiente externo, destacando redes de apoio e possíveis fatores dificultadores (Brás & Júnior, 2015). Portanto, a utilização dessas ferramentas permitiu um planeamento mais eficaz dos cuidados.

Durante os estágios, também foi possível observar e participar diretamente nos cuidados prestados a pessoas internados, o que permitiu uma compreensão mais ampla da diversidade de doenças mentais, respetivas manifestações sintomáticas e, consequentemente, a implementação de intervenções de enfermagem mais adequadas a cada caso.

Na UIPF, existiu a oportunidade de acompanhar uma pessoa do sexo masculino, com 34 anos, diagnóstico de esquizofrenia paranoide e dependência de substâncias, que se encontrava a cumprir a medida de segurança por furtos cometidos para o consumo. Apresentava um histórico de múltiplos internamentos relacionados à não adesão ao regime terapêutico, o que resultou em várias recaídas. A avaliação holística evidenciou a presença de múltiplos fatores que influenciavam o seu comportamento, incluindo a patologia psiquiátrica diagnosticada, o consumo de substâncias e um contexto social desfavorável, cuja interação complexa exigia uma abordagem integrada e individualizada.

As intervenções de enfermagem, no contexto da prática como EEESMP, foram desenvolvidas com o objetivo de promover a adesão ao regime terapêutico e de treinar a modificação de comportamentos relativos ao consumo de substâncias. Foi estabelecida uma relação terapêutica pautada pela empatia e confiança. Além disso, foram implementadas estratégias de reabilitação, incentivando-o a participar em atividades terapêuticas e ocupacionais dentro da UIPF, promovendo a estruturação da rotina e a reintegração social. Também foi elaborado, em colaboração com a pessoa alvo de cuidados, um plano para envolver futuramente as equipas de apoio à reinserção comunitária, visando prevenir recaídas e reduzir o risco de reincidência criminal.

Para além da identificação dos diagnósticos de enfermagem, do planeamento e da implementação da intervenção psicoterapêutica, o EEESMP atua também na prevenção e na promoção da saúde mental. O papel do EEESMP é essencial e abrangente na promoção e

otimização da saúde mental das pessoas, famílias, dos grupos e da comunidade, sendo essencial ao longo de todo o ciclo de vida, acompanhando as diversas fases e desafios que cada pessoa enfrenta (Sequeira & Sampaio, 2020).

A literatura destaca a importância da participação e do envolvimento da família nos cuidados prestados à pessoa com patologia mental nos cuidados primários (Ong et al., 2021). Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários prestam apoio às famílias que enfrentam a escassez de recursos e resistência, tanto por parte dos familiares como do própria pessoa, estabelecendo uma relação de confiança (*rapport*) mais sólida, o que ajuda a reduzir o estigma associado à doença mental (Ong et al., 2021). Os EEESMP, através de intervenções especializadas, como por exemplo, a psicoeducação, contribuem para o envolvimento da família no cuidado, dotando-os de conhecimento sobre a manifestação sintomática da doença, o seu curso e opções de tratamento, capacitando assim a família a oferecer um apoio mais eficaz à pessoa (Bradshaw et al., 2014).

Na UCC, a EEESMP coordena um projeto relacionado com a sobrecarga do cuidador, o que possibilitou, durante o estágio, o acompanhamento e a observação de um caso de uma cuidadora que enfrentava um desgaste físico e emocional, resultando em insónia e dificuldades na gestão das necessidades do familiar. Durante a visita domiciliária, a EEESMP identificou sinais de sobrecarga da cuidadora, através da realização de entrevista clínica e aplicação de instrumentos de avaliação. Com as informações recolhidas, foi possível proceder à identificação diagnóstica, planeamento e implementação da intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda Profissional, oferecendo suporte emocional e promovendo estratégias de gestão de stress, com o objetivo de equilibrar as necessidades da cuidadora e do familiar.

O PRR prevê um investimento significativo na área da saúde mental, visando melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados (Ministério do Planeamento, 2021). No PNSM (2017), estabelece-se como meta de saúde para 2020 “Aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas da saúde mental e de prevenção das doenças mentais.” (Direção Geral da Saúde, 2017, p. 14). Em resposta a este objetivo, são implementados, nos cuidados de saúde primários, projetos no âmbito da promoção e prevenção da saúde mental, em parceria com serviços sociais, escolas e outras instituições. No contexto escolar, a saúde mental destaca-se como área prioritária de intervenção, pelo que o Programa Nacional de Saúde Escolar de Portugal reconhece a importância da intervenção nessa comunidade e define diretrizes essenciais para a sua promoção e prevenção (Direção Geral de Saúde, 2015).

No estágio na UCC, foi possível acompanhar a implementação do projeto “Mais Contigo”, cujo objetivo é promover a saúde mental e prevenir comportamentos suicidários entre adolescentes que integram o 3º ciclo e o ensino secundário. A intervenção consiste em sete sessões realizadas em contexto escolar, abordando temas como o estigma, a adolescência, a autoestima, a resolução de problemas, depressão e bem-estar. A execução do projeto era

conduzida pela EEESMP em parceria com a Psicóloga da UCC. O projeto incluía ações de sensibilização direcionadas a professores, assistentes operacionais e encarregados de educação. A avaliação do projeto ocorre em três momentos, antes, depois e seis meses após a implementação das sessões, através de questionários. O projeto contribui para deteção precoce de situações de risco, reforçando o apoio à saúde mental no ambiente escolar.

É importante destacar que o EEESMP para além de identificar os sintomas imediatos, também compreende histórias de vida, os contextos sociais e familiares, os quais podem influenciar a saúde mental das pessoas (An et al., 2024). Tal como consta no regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica as intervenções do EEESMP visam,

“contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, promoção da autonomia, entre outros), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.”

(Regulamento nº 356, 2015, p. 17034).

Considerando a citação apresentada, entende-se que a família, para além de ser objeto de intervenção dos EEESMP, desempenha também um papel crucial no suporte, tratamento e recuperação da pessoa com doença mental (An et al., 2024; Ong et al., 2021). A literatura aponta que o envolvimento da família no processo de cuidados é uma das estratégias que favorece os processos de transição saúde/doença, da recuperação da funcionalidade e da reabilitação psicossocial (An et al., 2024; Ong et al., 2021; Rodrigues, 2013).

Durante o estágio na UCC, foi possível observar e colaborar com a equipa multidisciplinar na avaliação das pessoas e das famílias integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com o objetivo de avaliar fatores de risco de saúde mental tanto da pessoa quanto do familiar cuidador, identificando necessidades de cuidados e possibilidade de intervenção do EEESMP.

As necessidades identificadas pela equipa traduziram-se, de forma geral, na sobrecarga do cuidador. Os diagnósticos mais comuns incluíram humor depressivo (código 10005784), ansiedade (código 10002429) e comportamento interativo comprometido (código 10010463) (ICNP, 2019). Por forma a responder a estas necessidades, foram implementadas intervenções psicoterapêuticas como a psicoeducação e a relação de ajuda profissional pela EEESMP.

Segundo o PNSM (2017), nos cuidados de saúde primários as perturbações mentais mais comuns incluem a depressão, a ansiedade e transtornos relacionados com o uso de substâncias (Direção Geral da Saúde, 2017). Assim, torna-se necessário reforçar a identificação precoce e o acompanhamento adequado nos cuidados de saúde primários, promovendo um acesso mais

eficiente a cuidados de saúde mental integrados (Direção Geral da Saúde, 2017).

O desenvolvimento desta competência resultou do investimento no aprofundamento de conhecimentos, através de pesquisas bibliográficas e da observação participativa durante os estágios, que, no seu conjunto, permitiram uma compreensão mais ampla dos processos patológicos e as suas principais manifestações, sinais e sintomas, além de aprimorar o processo de tomada de decisões clínicas fundamentadas em evidências científicas. O processo de tomada de decisão foi melhorado através da combinação do conhecimento teórico (obtido por meio de pesquisas bibliográficas) com a prática clínica (através da observação de casos reais). A decisão clínica fundamentada em evidências científicas envolve a realização de escolhas mais informadas e sustentadas por dados concretos (Hormazábal-Salgado et al., 2024; Lourenço, 2022).

A discussão exploratória com os enfermeiros tutores, centrada na gestão de cuidados, nas estratégias de intervenções psicoterapêuticas e comunicação terapêutica fomentou a reflexão crítica e a partilha de conhecimentos e estratégias de intervenção.

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

Com base nesta competência é expectável que o EEESMP seja capaz de recolher dados, analisar, sistematizar e sintetizar os dados recolhidos e com isso determinar diagnósticos de enfermagem, planear e negociar um plano de cuidados com a pessoa e identificar resultados

“de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais.”

(Regulamento nº 515, 2018, p. 21428).

Uma das unidades de competências mais desenvolvida está relacionada com a metodologia da gestão de caso, utilizada para coordenar cuidados de saúde e assegurar a continuidade dos mesmos. A gestão de caso é um processo que combina participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de serviços destinados à assistência a pessoas em situação de maior vulnerabilidade, com necessidades de saúde complexas e crónicas. Para isso, recorre-se à comunicação eficaz e à optimização dos recursos disponíveis, com o objetivo de produzir cuidados de saúde de elevada qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

No contexto da saúde mental e psiquiátrica, a gestão de caso assegura um cuidado contínuo, integrado e centrado na pessoa, essencial para a recuperação e para melhoria da qualidade de

vida das pessoas com doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2021; Reinaldo & Luís, 2006).

Segundo a evidência científica, a gestão de caso tem-se revelado uma estratégia eficaz na obtenção de melhores resultados em saúde (Cruchinho, 2021). Ao proporcionar um acompanhamento contínuo e personalizado, o enfermeiro gestor de caso facilita a coordenação entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar, minimizando lacunas e redundâncias no tratamento (Cruchinho, 2021). Adicionalmente, a gestão de caso contribui para a redução da taxa de reinternamento e crise, através da monitorização e ajuste dos planos de cuidados conforme as necessidades específicas das pessoas (Cruchinho, 2021).

Além de impactar positivamente os resultados clínicos, a gestão de caso promove uma recuperação holística e sustentável, ao considerar não só a condição clínica imediata, mas também os fatores sociais, emocionais, económicos e de saúde que influenciam o bem-estar da pessoa. Dessa forma, a gestão de caso não só melhora os resultados clínicos, mas também promove a utilização eficiente dos recursos em saúde (Cruchinho, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2021; Reinaldo & Luís, 2006).

A conceptualização dos cuidados de enfermagem é essencial para o desenvolvimento desta competência. O processo inicia-se na avaliação diagnóstica, seguida do planeamento das intervenções de enfermagem com base nos diagnósticos identificados, da sua implementação das intervenções e, por fim, da avaliação dos resultados obtidos (Decreto-Lei nº 161, 1996; Sequeira & Sampaio, 2020).

O diagrama apresentado na Figura 2 ilustra as diferentes etapas do processo de enfermagem aplicadas ao estudo de caso desenvolvido na UIPF.

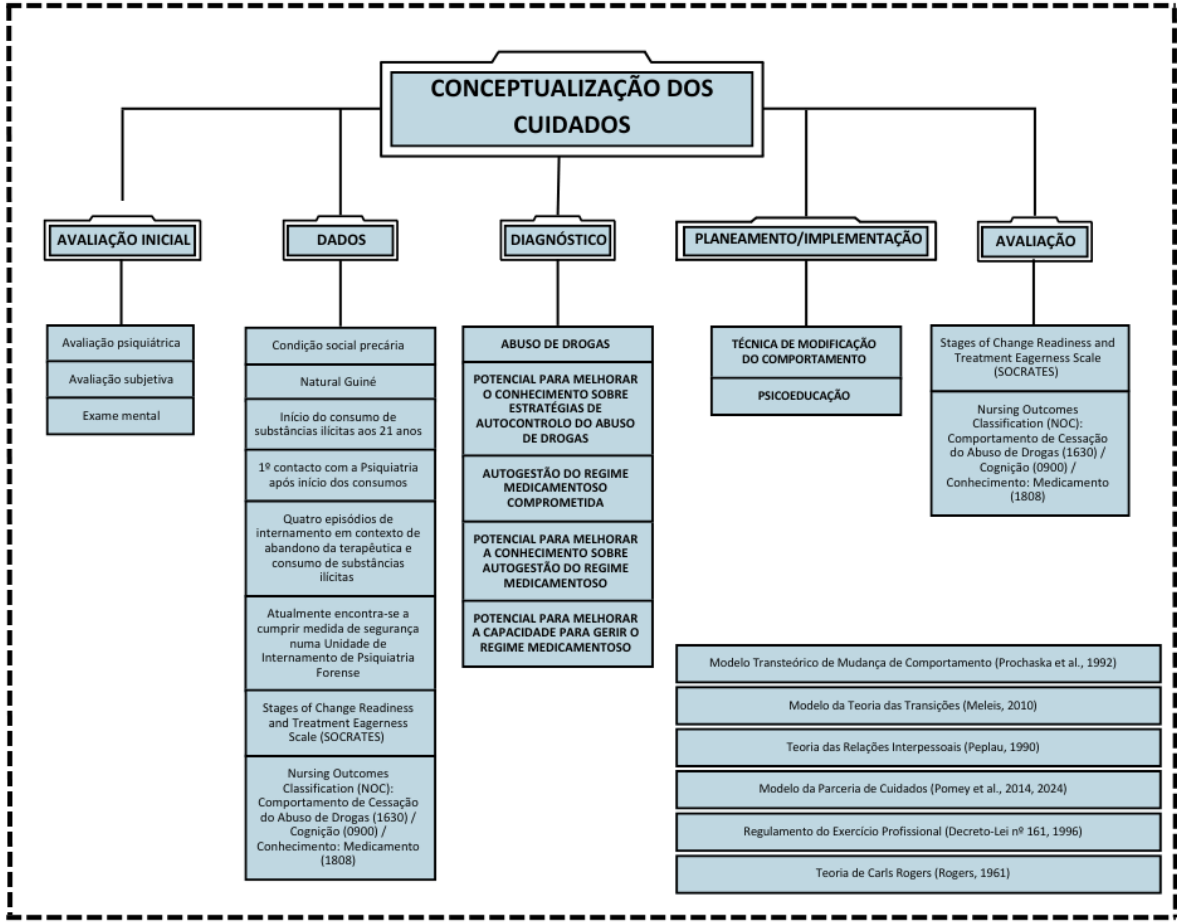


Figura 2 - Conceptualização dos cuidados de enfermagem aplicada ao estudo de caso - UIPF
Fonte: Elaborado pela autora

Durante os estágios realizados tanto na UIPF como na UCC, as intervenções foram estruturadas com base nas fases do processo de enfermagem e na implementação das intervenções, o modelo de intervenção psicoterapêutica(Decreto-Lei nº 161, 1996; Sampaio et al., 2018; Sequeira & Sampaio, 2020).

A literatura sugere que a conceptualização dos cuidados de enfermagem tem evoluído de um modelo de cuidado paternalista para uma abordagem colaborativa entre o enfermeiro e a pessoa, alinhando-se ao modelo de Montreal (Pomey et al., 2014, 2024). Esse modelo fundamenta-se na valorização e integração da pessoa no processo de cuidados, promovendo uma colaboração ativa, em que a experiência da pessoa é reconhecida como um conhecimento legítimo e complementar ao saber biomédico (Pomey et al., 2014, 2024).

Segundo o modelo de Montreal, os enfermeiros assumem um papel de facilitadores, incentivando a autonomia e a participação ativa das pessoas nos cuidados (Pomey et al., 2014, 2024).

Em ambos os contextos de estágio, foi possível desenvolver a unidade de competência

“F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde”

(Regulamento nº 515, 2018, p. 21429).

Na UIPF, essa competência foi aprimorada por meio do desenvolvimento do estudo de caso (Regulamento nº 515, 2018). De forma sucinta, a pessoa com o qual se desenvolveu esta unidade de competência, tinha 39 anos de idade, natural da Guiné, a viver em Portugal desde os 12 anos, em contexto social precário, com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide, com antecedentes de consumo de substâncias ilícitas desde os 21 anos e vários episódios de internamento por abandono da terapêutica.

As perturbações esquizofrénicas distinguem-se pelo impacto significativo nos processos de pensamento, nas emoções, no comportamento, nas relações interpessoais, na vida profissional e na capacidade de adaptação social (American Phychiatric Association, 2022; Queirós et al., 2019). Por sua vez, o consumo de substâncias em pessoas com esquizofrenia está associado à exacerbação da sintomatologia, baixa adesão regime terapêutico, aumento de comportamentos agressivos e autolesivos, além de maiores taxas de recaída e reinternamentos e suicídio (Khokhar et al., 2018).

A avaliação inicial de enfermagem foi realizada através de uma entrevista clínica, a qual pode ser consultada no apêndice II. A entrevista clínica possibilitou a confirmação das hipóteses diagnósticas mediante a utilização de instrumentos de avaliação específicos. Com base nos diagnósticos estabelecidos “Abuso de drogas”, “Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do abuso de drogas”, “Potencial para melhorar o conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso” e “Potencial para melhorar a capacidade sobre autogestão do regime medicamentoso”, foram planeadas intervenções psicoterapêuticas, fundamentadas no modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem, incluindo a TMC e Psicoeducação (Sampaio et al., 2018; Sequeira & Sampaio, 2020).

A intervenção psicoterapêutica TMC tem sido amplamente utilizada para promover mudanças em comportamentos de risco. Quando implementada a pessoas com histórico de abuso de substâncias, a TMC promove o desenvolvimento do autocontrolo através da identificação de fatores desencadeantes e adoção de estratégias eficazes para a prevenção da recaída (Rodriguez Cruz et al., 2021).

Para além dos sintomas clínicos, a esquizofrenia gera desafios significativos nas esferas social, familiar e ocupacional, exigindo ao EEESMP uma abordagem terapêutica abrangente nesses diferentes domínios. Nesse contexto, a psicoeducação configura-se como uma intervenção fundamental, sendo amplamente recomendada para pessoas com esquizofrenia (Herrera et al.,

2023; Xia et al., 2011). A Psicoeducação é uma intervenção com valor terapêutico para pessoas com esquizofrenia com baixa adesão ao regime terapêutico, contribuindo para a redução do número de pessoas com falha na adesão ao regime terapêutico, diminuição das taxas de reinternamento hospitalar e melhoria da qualidade de vida (Herrera et al., 2023; Xia et al., 2011).

Na UIPF, houve a oportunidade de participar na reunião do conselho técnico, que ocorre com a presença de uma equipa multidisciplinar, composta pela equipa técnica, coordenadora regional de reinserção, juíza e um representante do Ministério Público. O principal objetivo da reunião é a análise e discussão dos planos de cuidados e de reabilitação psicossocial, bem como de questões relacionadas com o cumprimento da medida judicial. Esta experiência proporcionou uma compreensão mais aprofundada sobre a articulação entre os diferentes serviços de saúde mental na comunidade e os serviços sociais, com o intuito de promover a recuperação integral da pessoa e reduzir o risco de reincidência criminal.

No contexto do estágio realizado na UCC, foi desenvolvido um estudo de caso que se refere a uma pessoa com 41 anos de idade, com diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde os 28 anos, que vive num contexto familiar problemático, com episódios de ansiedade frequentes que a levam ao consumo de substâncias ilícitas, nomeadamente, haxixe. Através da entrevista clínica onde foram aplicados os instrumentos de avaliação e recolhidos os dados necessários, formulou-se o diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo ansiedade” e “Potencial para melhorar a capacidade sobre estratégias de autocontrolo ansiedade”, tendo sido planeada a intervenção psicoterapêutica relação de ajuda profissional e técnicas de relaxamento.

O diagrama apresentado na Figura 3 ilustra as diferentes etapas do processo de enfermagem aplicadas ao estudo de caso desenvolvido na UCC.

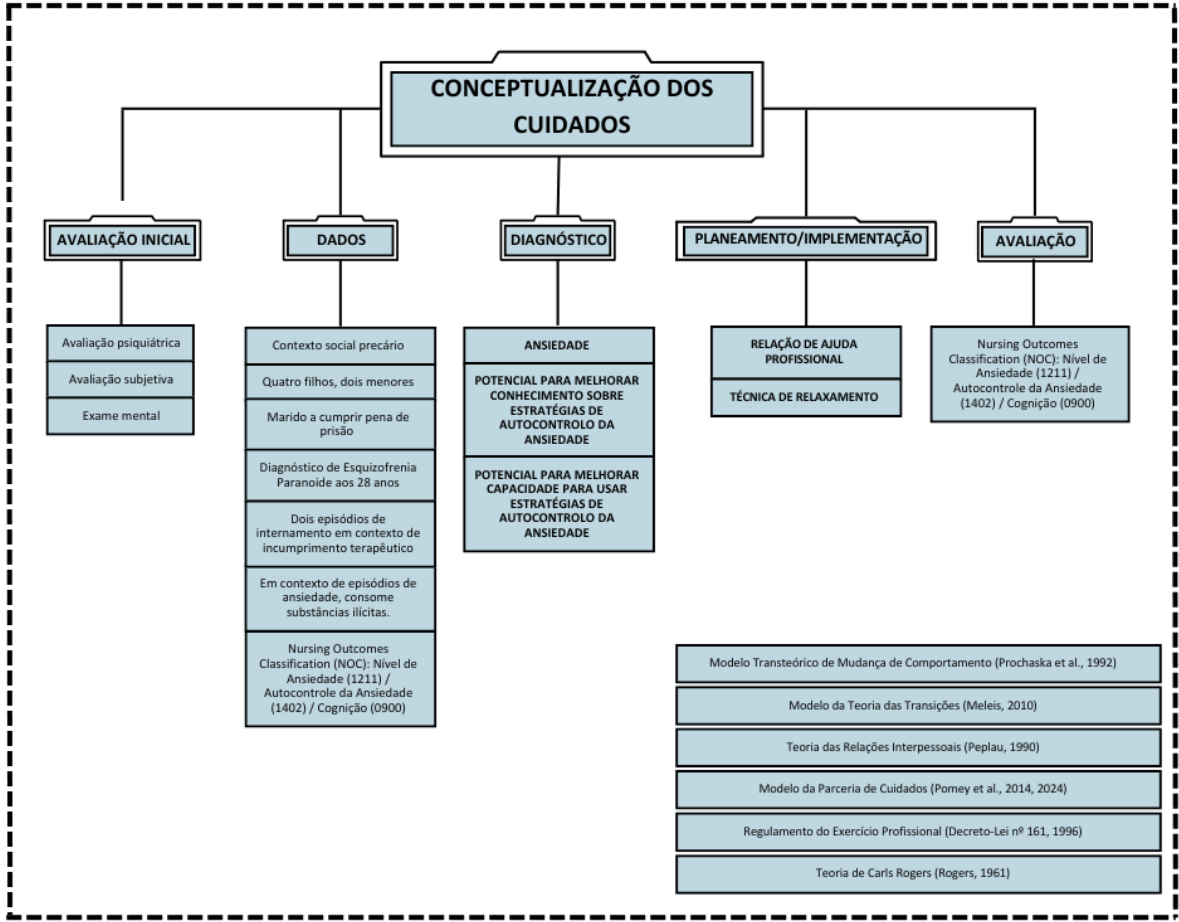


Figura 3 - Conceptualização dos cuidados de enfermagem aplicada ao estudo de caso - UCC
Fonte: Elaborado pela autora

Sintomas de ansiedade são comuns em pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia (Bosanac & Castle, 2015). De acordo com a literatura existe uma prevalência estimada de 30% (Bulbena-Cabre & Bulbena, 2018; Hall, 2017). A ansiedade constitui uma característica marcante da esquizofrenia, manifestando-se frequentemente na fase inicial da doença e antecedendo episódios de recaída (Hall, 2017). A ansiedade exacerba a sintomatologia positiva da esquizofrenia, resultando na redução da capacidade de concentração, falta de motivação, perturbações do sono, isolamento social, desconfiança e instabilidade, o que impacta negativamente a qualidade de vida (Bulbena-Cabre & Bulbena, 2018).

O consumo de substâncias em pessoas com esquizofrenia é um fenómeno complexo, determinado por uma combinação de fatores psicológicos, sociais e biológicos. Entre os principais fatores identificados, destacam-se o uso de estratégias de *coping* ineficazes, presença de ansiedade, fuga da realidade, redução da inibição social, influências sociais como pressão de pares e do contexto social em que estão inseridos (Berry et al., 2022).

As perturbações de ansiedade apresentam uma elevada comorbidade com o consumo de

substâncias, especialmente álcool e THC (Hellwig & Domschke, 2023).

Segundo a literatura, a redução dos sintomas associados à ansiedade pode ser um fator chave na melhoria do consumo de substâncias (Wolitzky-Taylor et al., 2018). É necessária uma abordagem integrada que avalie o impacto do uso dessas substâncias nos resultados terapêuticos da ansiedade (Hellwig & Domschke, 2023). O estudo de Hellwig & Domschke (2023) evidencia o uso de intervenções comportamentais para abordar a co-ocorrência da ansiedade e consumo de substâncias.

Neste sentido, é papel do EEESMP atenuar a sintomatologia associada à ansiedade, através de intervenções psicoterapêuticas que abordem positivamente os diagnósticos no domínio da ansiedade (Sampaio et al., 2018a). Para que a Relação de Ajuda Profissional possa ser aplicada o problema da pessoa deve ser de cariz relacional e/ou emocional, a mesma deve estar motivada para a resolução do problema e deve reconhecer no enfermeiro a capacidade de a poder ajudar (Coelho et al., 2020; Sequeira, 2016).

A resposta às técnicas de relaxamento neutraliza a reação ansiosa, promovendo diminuição da excitação do sistema nervoso simpático e estimulando a ativação do sistema nervoso parassimpático, pelo que contribuem para a redução da pressão arterial, da tensão muscular, da frequência cardíaca e respiratória (Toussaint et al., 2021).

Entre as técnicas, a respiração diafragmática destaca-se como uma abordagem eficaz na modulação da resposta fisiológica ao stresse, uma vez que, para além de reduzir substancialmente níveis de ansiedade, também promove alterações fisiológicas positivas, como diminuição da frequência cardíaca e respiratória (Chen et al., 2017). Segundo a evidência científica, a técnica de relaxamento muscular progressivo também é reconhecida como um método terapêutico fundamentado em que visam a diminuição dos sintomas associados à ansiedade, com a vantagem de ser executada no domicílio ou em unidades de saúde, sendo realizada com a mediação de um EEESMP ou pela própria pessoa (Bezerra et al., 2020; Norelli et al., 2023; Payne, 2003).

Considerando o exposto, no decurso do processo de aquisição desta competência, foi demonstrado um compromisso com a aprendizagem contínua, concretizado através da realização de processos de enfermagem em todas as suas etapas, com o objetivo de prestar uma assistência eficaz e centrada na pessoa.

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

No exercício desta competência, preconiza-se que o enfermeiro execute as intervenções delineadas no plano de cuidados, mobilizando conhecimentos psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento nº 515, 2018).

No exercício especializado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, as intervenções clínicas desenvolvidas pelos EEESMP, nomeadamente as intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicoeducacionais e psicossociais, assumem um papel central na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental e no apoio à pessoa em situação de vulnerabilidade psiquiátrica (Sampaio, 2023; Sampaio et al., 2023).

A intervenção psicoterapêutica visa apoiar o ajustamento emocional, cognitivo e comportamental da pessoa, através da aplicação intencional de técnicas terapêuticas, sustentadas no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem e dirigidas a diagnósticos de enfermagem (Sampaio, 2023; Sampaio et al., 2018a). Já a intervenção socioterapêutica foca-se na dimensão grupal ou comunitária, valorizando as relações interpessoais e as dinâmicas sociais como catalisadores do processo terapêutico (Sampaio, 2023). Complementarmente, a intervenção psicoeducacional combina a transmissão de informação com o desenvolvimento de competências práticas, como a comunicação, a resolução de problemas e a autoassertividade, promovendo a capacitação da pessoa e da família face à vivência da doença mental (Sampaio, 2023). Por sua vez, a intervenção psicossocial compreende estratégias orientadas para a modificação de fatores internos e contextuais que impactam o bem-estar, integrando-se no processo de reabilitação psicossocial através de intervenções como o treino de competências sociais e pessoais (Regulamento nº 515, 2018; Sampaio, 2023). O objetivo da implementação destas intervenções é proporcionar suporte à pessoa na procura pelo equilíbrio, tanto no processo de recuperação da saúde mental quanto na sua reintegração psicossocial (Regulamento nº 515, 2018).

Barlati et al. (2024) destacam a importância de uma abordagem psicossocial que vai além do tratamento farmacológico. O processo de reabilitação psicossocial tem como objetivo proporcionar às com patologia mental, que apresentam limitações decorrentes da doença, a oportunidade de alcançar maior nível de independência possível dentro da comunidade em que estão inseridos, através do treino de competências físicas, emocionais e intelectuais (Barlati et al., 2024).

O EEESMP, no contexto da sua prestação de cuidados, tem a responsabilidade de avaliar as intervenções implementadas para otimizar a recuperação psicossocial da pessoa, ajustando, se necessário as intervenções para que a mesma alcance o seu potencial máximo. Durante esse processo o EEESMP utiliza as suas competências para interpretar e adaptar as estratégias de forma individualizada, envolvendo ações como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, defender, modelar, capacitar e supervisionar (Regulamento nº 515, 2018).

Ao refletir sobre todo o percurso de estágio relacionado ao desenvolvimento das competências

previamente mencionadas, considera-se que esta foi a área em que se verificou o maior crescimento profissional. Isso deve-se ao facto de ter sido possível aplicar, na prática, os conhecimentos teóricos adquiridos durante a realização das unidades curriculares do primeiro ano do ciclo de estudos que compõe o curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Com o intuito de dar continuidade à conceptualização do processo de enfermagem, existiu a oportunidade de implementar intervenções especializadas do EEESMP, as quais contribuíram para a concretização dos objetivos inerentes à competência supracitada. Conforme descrito no referencial da competência,

“implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais.”

(Regulamento nº 515, 2018, p. 21430).

Segundo Sampaio et al. (2018a), a intervenção psicoterapêutica de enfermagem consiste na utilização deliberada de técnicas psicoterapêuticas, fundamentadas numa abordagem estruturada e sequencial, tendo por base a identificação de um diagnóstico no âmbito da enfermagem de saúde mental.

A implementação das intervenções psicoterapêuticas foi viabilizada através da estratégia de estudo de caso, permitindo a implementação das intervenções psicoterapêuticas TMC e a psicoeducação (no contexto da UIFP), a relação de ajuda profissional e técnicas de relaxamento (no contexto da UCC). Essas intervenções foram adaptadas às necessidades individuais das pessoas, sendo que, na UIFP, o foco esteve no desenvolvimento de competências para a reintegração social, enquanto na UCC, o objetivo foi capacitar a pessoa para a resolução de problemas, através de estratégias adaptativas. A implementação das intervenções fundamentou-se na construção de uma relação terapêutica baseada em valores como a confiança e a empatia.

De uma maneira geral, ambas as experiências de estágio contribuíram significativamente para o desenvolvimento das competências inerentes à prática do EEESMP, proporcionando a oportunidade de implementar intervenções psicoterapêuticas e avaliar os seus resultados. A aplicação do conhecimento teórico em contextos reais, o trabalho integrado com a equipa multidisciplinar e o processo de planeamento, execução e avaliação de intervenções psicoterapêuticas favoreceram, em conjunto, a consolidação desta competência, bem como do aperfeiçoamento de habilidades no âmbito da intervenção especializada.

O planeamento das intervenções psicoterapêuticas foi estruturado com base nos princípios do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio et al., 2018a).

Durante essa fase, deu-se prioridade aos diagnósticos de enfermagem estabelecidos, definiu-se os resultados esperados e desenvolveu-se intervenções de enfermagem adequadas, recorrendo ao pensamento crítico para sustentar o julgamento clínico. A formulação dos diagnósticos de enfermagem fundamentou-se na Ontologia de Enfermagem, através da aplicação e4nursing.

As sessões foram delineadas a partir de um enquadramento inicial, seguido da definição de objetivos terapêuticos e da seleção de estratégias de intervenção apropriadas a cada caso clínico. A abordagem adotada foi ajustada à especificidade de cada pessoa, considerando os seus objetivos individuais, a história da doença e o *feedback* fornecido ao longo do processo terapêutico.

No que se refere à avaliação das intervenções implementadas, esta foi realizada por diferentes métodos, incluindo o *feedback*, o uso de instrumentos de avaliação comparando com os scores iniciais, a aplicação prática dos conteúdos abordados, entrevistas não estruturadas e observações diretas. As intervenções tiveram como finalidade a promoção do bem-estar mental e a reabilitação psicossocial das pessoas.

A análise dos resultados obtidos demonstrou que as intervenções implementadas tiveram um impacto positivo na qualidade de vida, promovendo, sustentando e facilitando o processo de recuperação em saúde mental. No entanto, apesar dos benefícios evidenciados pelas intervenções implementadas, manteve-se, ao longo do estágio, a consciência de um dos desafios mais prementes no acompanhamento da pessoa com esquizofrenia e com consumo de substâncias: o abandono terapêutico (*dropout*).

O *dropout* constitui um dos principais desafios na abordagem à pessoa com esquizofrenia, especialmente quando esta apresenta comorbilidade com perturbações relacionadas com o consumo de substâncias (Bouchard et al., 2022). Este grupo populacional evidencia taxas elevadas de *dropout*, fenómeno associado a consequências clínicas significativas, como o aumento do risco de recaída, re-hospitalização e disfuncionalidade social (Bouchard et al., 2022; Gouse & Kline, 2023).

A literatura evidencia que, embora a taxa média de *dropout* em intervenções psicossociais dirigidas a pessoas com esquizofrenia seja de aproximadamente 13% (Villeneuve et al., 2010), este valor sobe para 27,2% no caso de pessoas com duplo diagnóstico, isto é, esquizofrenia e perturbação por uso de substâncias (Bouchard et al., 2022). Entre os fatores associados ao *dropout*, o consumo de substâncias estimulantes mostrou-se particularmente relevante; por outro lado, variáveis como idade, género e tipo de substância (nomeadamente álcool ou THC) não revelaram impacto estatisticamente significativo nas taxas de *dropout* (Gouse & Kline, 2023).

As causas do *dropout* são multifatoriais, sendo que, entre os principais determinantes encontram-se: 1) sintomas negativos da esquizofrenia, como a volição e a falta de *insight*; 2)

desorganização cognitiva, que dificulta a gestão de atividades simples, como comparecer a consultas; 3) experiências negativas prévias com os serviços de saúde mental; 4) barreiras socioeconômicas, como a ausência de transporte ou de cobertura financeira para os cuidados de saúde; e 5) o estigma social, frequentemente associado a um autoconceito negativo em relação ao tratamento (Fernández et al., 2021; Gouse & Kline, 2023).

Para mitigar estes fatores, têm vindo a ser desenvolvidas e aplicadas diversas estratégias com resultados promissores, algumas das quais foram implementadas no contexto dos estágios clínicos, com especial destaque no estágio realizado na UCC. Destaca-se, desde logo, a promoção de uma relação terapêutica sólida e de uma relação de confiança entre o profissional e a pessoa (Bouchard et al., 2022; Lee et al., 2015).

Outras estratégias eficazes incluem o acompanhamento pós-alta de forma contínua, sendo que a evidência aponta que a realização de três ou mais consultas de *follow-up* nos primeiros 60 dias após a alta hospitalar está associada a uma redução significativa do risco de re-hospitalização (Lee et al., 2015). Adicionalmente, a implementação de modelos de cuidados integrados e de proximidade, como o *Assertive Community Treatment*, permite uma abordagem constante, multidisciplinar e centrada na comunidade (Lee et al., 2015). Por fim, a adaptação cultural das intervenções, através da integração das práticas e crenças da pessoa e da sua rede de suporte, contribui para a redução do estigma e para o aumento da aceitação dos cuidados formais (Bouchard et al., 2022; Gouse & Kline, 2023).

Por fim, a utilização da ferramenta de análise *SWOT* como ferramenta de desenvolvimento pessoal e profissional contribuiu para o fortalecimento da relação terapêutica. O aprimoramento do autoconhecimento possibilitou o desenvolvimento de competências psicoterapêuticas, permitindo que as habilidades, competências e características pessoais da autora fossem aplicadas de forma eficaz na interação terapêutica.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Neste capítulo final deste relatório apresenta-se um exercício reflexivo acerca dos resultados alcançados.

A realização deste documento teve como objetivo apresentar as atividades desenvolvidas no decurso dos estágios e que garantem o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP evidenciando para isso aprendizagens, habilidades, competências desenvolvidas e experiências vivenciadas.

Ao longo deste percurso foi essencial a existência de um quadro referencial que servisse de base para o exercício profissional de Enfermagem, como são exemplos, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e a Teoria das Transições de Meleis, que tão bem descrevem o papel do enfermeiro enquanto terapeuta no cuidado holístico da pessoa e os ganhos em saúde, bem como a compreensão da pessoa e processos de transições, considerando que na procura pela otimização da saúde mental, torna-se importante que ocorram processos de transição saudáveis, e isso só é possível se a pessoa incorporar novos conhecimentos que resultem em alterações comportamentais, que provam uma mudança em si mesmo.

Relativamente à conceptualização dos cuidados de enfermagem nos estudos de caso, considera-se que objetivos inicialmente propostos foram atingidos. A experiência da sua realização permitiu o contacto com a teoria existente, a reflexão acerca dos assuntos abordados e a aplicação prática dos conteúdos, tendo contribuído para uma curva de aprendizagem efetiva e ascendente. Constituiu-se desta forma como uma ferramenta fundamental de crescimento, a nível profissional nesta área.

O processo de enfermagem reflete a existência de um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para a sua realização, ou seja, indica uma adoção de um determinado método, fundamentado num conhecimento técnico-científico, sendo ponto fulcral e a essência da prática de Enfermagem.

Reconhece-se a importância do envolvimento da pessoa no desenrolar de qualquer transição saudável, pelo que a entrevista clínica inicial, primeiro passo do processo de enfermagem, possibilita a hierarquização da importância dos problemas e assume relevância por proporcionar a construção diagnóstica. A avaliação inicial exige dos enfermeiros uma particular sensibilidade comunicacional, observação e objetividade.

Os locais de estágio foram promotores de experiências para desenvolvimento pessoal e profissional. No entanto, enfrentaram-se várias dificuldades, especialmente no que concerne às

exigências académicas e práticas dos estágios, nomeadamente a nível da gestão de horários, na articulação do horário pessoal com o dos enfermeiros orientadores. No estágio em contexto comunitário, enfrentaram-se desafios distintos dos observados em contexto de internamento de respostas diferenciadas, pelo que um dos obstáculos reside na disponibilidade da pessoa para o acompanhamento, uma vez que, nesse contexto, a adesão aos cuidados depende de múltiplos fatores externos, como compromissos pessoais, suporte familiar, condições socioeconómicas e a própria motivação para o acompanhamento terapêutico. Essa realidade pode comprometer a continuidade dos cuidados, dificultando a monitorização do estado clínico e a gestão do regime terapêutico, exigindo do EEESMP estratégias diferenciadas para promover a adesão e garantir a efetividade da intervenção.

Porém, as adversidades e pontos negativos serviram para potenciar o desenvolvimento do autoconhecimento em situações mais delicadas e, assim, desenvolver um conjunto de capacidades e tolerâncias para lidar com as mesmas.

O percurso de estágio e a realização deste relatório implicaram aprofundar a pessoa, em toda a sua complexidade, exigindo por isso, da parte da autora, um leque diversificado de saberes, uma capacidade de decisão baseada num raciocínio lógico e disciplinado, bem como outros atributos de natureza emocional, relacional e ética que se viu obrigada a aprofundar e a trabalhar ao longo desta experiência de cuidados.

Este relatório visou, com os seus objetivos e resultados, contribuir de forma significativa para a criação de conhecimento e de caminhos para o debate sobre o papel dos enfermeiros nos cuidados de saúde no contexto da saúde mental e psiquiátrica contribuindo assim para o mandato social da profissão.

Com base nas experiências adquiridas, emergem recomendações que visam melhorar a prática clínica. Reforça-se a importância de: 1) práticas baseadas em evidências, garantindo que as intervenções especializadas do EEESMP sejam baseadas em estudos científicos atualizados; 2) partilha de conhecimento através da participação em eventos científicos e a colaboração entre colegas; 3) a promoção do autoconhecimento enquanto estratégia para fortalecer a relação terapêutica; 4) implementação de programas de formação contínua para os EEESMP; e, 5) desenvolvimento de estratégias de intervenção multidisciplinar para um cuidado mais integrado e eficaz.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberto, C., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/317471426_Comunicacao_terapeutica_em_saude_mental/links/59426726aca272a87300eb3f/Comunicacao-terapeutica-em-saude-mental.pdf
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)* (5.a Ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- An, J., Zhu, X., Shi, Z., & An, J. (2024). A serial mediating effect of perceived family support on psychological well-being. *BMC Public Health*, 24(1), 940. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18476-z>
- Anderson, C., Hogarty, G., & Reiss, D. (1980). Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-educational Approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505. <https://doi.org/10.1093/schbul/6.3.490>
- Barlati, S., Nibbio, G., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(3), 131-139. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000925>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5.a Ed.). Oxford University Press.
- Berry, K., Haddock, G., Barrowclough, C., & Gregg, L. (2022). The role of attachment, coping style and reasons for substance use in substance users with psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 725-732. <https://doi.org/10.1002/cpp.2666>
- Bezerra, B. R., Ibiapina, A. R. de S., Costa, A. P. C., Júnior, J. de S. A., Silva, R. A. da, Campelo, L. L. de C. R., Filho, A. A. I. C., & Memoria, L. V. F. (2020). Terapia de relaxamento muscular de Jacobson em pessoas com ansiedade: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 51, e3438. <https://doi.org/10.25248/reas.e3438.2020>
- Biedermann, F., & Fleischhacker, W. W. (2016). Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11. In *CNS Spectrums* (Vol. 21, Issue 4, pp. 349-354). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000316>
- Bosanac, P., & Castle, D. (2015). How should we manage anxiety in patients with schizophrenia? *Australasian Psychiatry*, 23(4), 374-377. <https://doi.org/10.1177/1039856215588207>

- Bouchard, M., Lecomte, T., Cloutier, B., Herrera-Roberge, J., & Potvin, S. (2022). Dropout Rates in Psychosocial Interventions for People With Both Severe Mental Illness and Substance Misuse: A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 13). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.842329>
- Bradshaw, K. M., Donohue, B., & Wilks, C. (2014). A review of quality assurance methods to assist professional record keeping: Implications for providers of interpersonal violence treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 242–250. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.010>
- Brás, E., & Júnior, C. (2015). Genogram and ecomap as tools for understanding the family network of a person with mental disorder: a case study. <https://doi.org/10.33362/ries.v4i2.725>
- Bulbena-Cabre, A., & Bulbena, A. (2018). Schizophrenia and anxiety: yes, they are relatives not just neighbours. *The British Journal of Psychiatry*, 213(2), 498–498. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.126>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (6.a Ed.). Elsevier.
- Cardoso, A., Byrne, M., & Xavier, M. (2016). Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I: aspetos conceptuais e metodológicos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 209–219. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.004>
- Carpels, A., de Smet, L., Desplenter, S., & de Hert, M. (2022). Falls Among Psychiatric Inpatients: A Systematic Review of Literature. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.21735>
- Chalifour, J. (2008). A intervenção terapêutica - Os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda. Lusodidacta.
- Chen, Y.-F., Huang, X.-Y., Chien, C.-H., & Cheng, J.-F. (2017). The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(4), 329–336. <https://doi.org/10.1111/ppc.12184>
- Coelho, J., Nogueira, M., Sampaio, F., Sequeira, C., Merino, J., & Fotuño, M. (2021). Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), 981–994.
- Coelho, J., Ribeiro, A. R., Sampaio, F., Sequeira, C., Mar, L., & Merino, J. (2019). Adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas do resultado NOC “Cognição” numa amostra portuguesa de pessoas adultas com doença mental. In *Comunicação oral apresentada no X Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.
- Coelho, J., Ribeiro, J., Ribeiro, A., Trindade, A., Sequeira, C., Merino, J., Poyato, A., & Sampaio, F.

(2025). Development and Psychometric Properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale–Patient (TRAS–Patient). In *International Journal of Mental Health Nursing* (Vol. 34, Issue 1). <https://doi.org/10.1111/inm.13422>

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuño, M., & Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23, 63–72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>

Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em Enfermagem: Como a caracterizam os Enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 31–38. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>

Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. In CNS. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>

Correll, C. U., Kim, E., Sliwa, J. K., Hamm, W., Gopal, S., Mathews, M., Venkatasubramanian, R., & Saklad, S. R. (2021). Pharmacokinetic Characteristics of Long-Acting Injectable Antipsychotics for Schizophrenia: An Overview. *CNS Drugs*, 35(1), 39–59. <https://doi.org/10.1007/s40263-020-00779-5>

Cruchinho, P. (2021). Efetividade da gestão de casos em Enfermagem nos resultados em saúde das populações: uma revisão da literatura. <https://orcid.org/0000-0002-5031-5727>

Cuomo, A., Koukouna, D., Macchiarini, L., & Fagiolini, A. (2021). Patient Safety and Risk Management in Mental Health. In *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (pp. 287–298). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_20

Decreto-Lei nº 22/2011. (2011). Clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, procedendo à primeira alteração e à republicação do Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, e à terceira alteração ao Decreto-Lei nº 35/99, de 5 de fevereiro. In *Diário da República I Série* nº 29 (pp. 716–723). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/22-2011-280268>

Decreto-Lei nº 28/2008. (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. In *Diário da República I Série* nº 38 (pp. 1182–1189). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>

Decreto-Lei nº 48/95. (1995). Aprova o Código Penal. In *Diário da República I Série* no 63 (pp. 1350–1416). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48-1995-185720>

Decreto-Lei nº 70/2019. (2019). Adapta as regras aplicáveis à execução das medidas de internamento em unidades de saúde mental não integradas no sistema prisional. In *Diário da República I Série* nº 141 (pp. 2599–2608).

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/70-2019-122393532>

Decreto-Lei nº 161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional (REPE). In Diário da República I Série A nº 205 (pp. 2959-2962). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., Griswold, M., Rehm, J., Hall, W., Sartorius, B., Scott, J., Vollset, S. E., Knudsen, A. K., Haro, J. M., Patton, G., Kopec, J., ... Vos, T. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)

Descalço, N. (2017). Adesão à terapêutica nos doentes com esquizofrenia - Uma revisão da literatura. In Faculdade de Medicina de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/33183/1/NelsonFFDescalco.pdf>

Despacho nº 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. In Diário da República II Série nº 187 (pp. 96-103). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Despacho nº 12406/2019. (2019). Justiça e Saúde. In Diário da República II Série nº 249 (p. 61). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12406-2019-127504270>

Direção Geral da Saúde. (2015). Orientação da Direção Geral da Saúde - Processo de gestão da medicação. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. www.dgs.pt

Direção Geral de Saúde. (2013). Norma no 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre dado por Escrito. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf

Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional Saúde Escolar. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf

Doane, M. J., Sajatovic, M., Weiden, P. J., O'Sullivan, A. K., Maher, S., Bjorner, J. B., Sikora Kessler, A., Carpenter-Conlin, J., Bessonova, L., & Velligan, D. I. (2020). Antipsychotic Treatment Experiences of People with Schizophrenia: Patient Perspectives from an Online Survey. *Patient Preference and Adherence*, Volume 14, 2043-2054. <https://doi.org/10.2147/PPA.S270020>

Dold, M., Li, C., Tardy, M., Khorsand, V., Gillies, D., & Leucht, S. (2012). Benzodiazepines for

- schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006391.pub2>
- Duffy, J. R. (2022). *Quality Caring in Nursing and Health Systems*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826136961>
- Edinoff, A. N., Nix, C. A., Hollier, J., Sagrera, C. E., Delacroix, B. M., Abubakar, T., Cornett, E. M., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (2021). Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations. *Neurology International*, 13(4), 594–607. <https://doi.org/10.3390/neurolint13040059>
- Ezeruigbo, C. S. F., Osuchuchu, E., Elom, M. O., Vincent, C., Ubochi, N., & Iheanacho, P. (2022). Obtaining informed consent: Psychiatric nurses' knowledge and practice at federal neuropsychiatric hospital Enugu, Nigeria. *Acta Bioethica*, 28(1), 125–136. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2022000100125>
- Fernández, D., Vigo, D., Sampson, N., Hwang, I., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Bromet, E., de Girolamo, G., de Jonge, P., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H., Hu, C., Karam, E. G., Karam, G., Kawakami, N., Kiejna, A., ... Haro, J. M. (2021). Patterns of care and dropout rates from outpatient mental healthcare in low-, middle- and high-income countries from the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. In *Psychological Medicine* (Vol. 51, Issue 12, pp. 2104–2116). <https://doi.org/10.1017/S0033291720000884>
- Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Ashbaugh, C., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Scott, J. G., McGrath, J. J., Breitborde, N. J. K., Brugha, T., Allebeck, P., Benjet, C., Dai, X., Dandona, L., Dandona, R., Fischer, F., Haagsma, J. A., ... Whiteford, H. A. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Fonseca, A. M. (2021). *Introdução à Psicofarmacologia e Noções de Tratamento Farmacológico* (1.a Ed.). Editora Científica. <https://downloads.editoracientifica.org/books/978-65-87196-77-0.pdf>
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para a população portuguesa. In *Avaliação Psicológica* (Vol. 9, Issue 3, pp. 345–357). https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300002
- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., & Group, C. (2013). The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. <http://www.jmedicalcasereports.com/content/7/1/223>
- Gonçalves, R., Pedrosa, L., Oliveira, M., Silva, Q., Abreu, R., & Pinho, P. (2013). Promoção da saúde mental: Ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária. In *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (pp. 49–56).

- Gouse, B., & Kline, E. (2023). Clinical insights: Preventing psychosis treatment disengagement. In *Schizophrenia Research* (Vol. 252, pp. 64–66). <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.12.027>
- Gouveia, M., Ascensão, R., Fiorentino, F., Pascoal, J., Costa, J., & Borges, M. (2018). The cost and burden of schizophrenia in Portugal in 2015. In *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*. [https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4\(Suppl.3\).S13](https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4(Suppl.3).S13)
- Green, M. F. (2016). Impact of Cognitive and Social Cognitive Impairment on Functional Outcomes in Patients With Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(Suppl 2), 8–11. <https://doi.org/10.4088/JCP.14074su1c.02>
- Hall, J. (2017). Schizophrenia — an anxiety disorder? *British Journal of Psychiatry*, 211(5), 262–263. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195370>
- Helfer, B., Samara, M. T., Huhn, M., Klupp, E., Leucht, C., Zhu, Y., Engel, R. R., & Leucht, S. (2016). Efficacy and Safety of Antidepressants Added to Antipsychotics for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(9), 876–886. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15081035>
- Hellwig, S., & Domschke, K. (2023). Anxiety and substance abuse disorders-Focus on alcohol and cannabis. *Der Nervenarzt*, 94(7), 647–654. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01502-7>
- Herrera, S. N., Sarac, C., Phili, A., Gorman, J., Martin, L., Lyallpuri, R., Dobbs, M. F., DeLuca, J. S., Mueser, K. T., Wyka, K. E., Yang, L. H., Landa, Y., & Corcoran, C. M. (2023). Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: A scoping review. In *Schizophrenia Research* (Vol. 252, pp. 148–158). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.008>
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200–218. <https://doi.org/10.1177/2045125312474019>
- Hormazábal-Salgado, R., Whitehead, D., Osman, A. D., & Hills, D. (2024). Person-Centred Decision-Making in Mental Health: A Scoping Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 45(3), 294–310. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2288181>
- Hosking, P. (1993). Utilizing Rogers' Theory of Self-Concept in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18(6), 980–984. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18060980.x>
- ICNP. (2019). Internacional Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (n.d.). Política portuguesa. <https://www.icad.pt/ImageContent/Index/54?languageId=1>
- International Narcotics Control Board. (2022). Psychotropic Substances. https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2021/21-08898_Psychotro

pics_2021_ebook.pdf

International Narcotics Control Board. (2023). Report of the International Narcotics Control Board for 2022.

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2022/Annual_Report/E_INCB_2022_1_eng.pdf

Janeiro, L., Faisca, L., & Miguel, M. J. L. (2016). Psychometric Properties of a Portuguese Version of the SOCRATES 8D: A Study with a Sample of Heroin Addicts in Treatment. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 2(42), 177-191. https://doi.org/10.21865/RIDEP42_179

Jauhar, S., Johnstone, M., & McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. *The Lancet*, 399(10323), 473-486. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01730-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01730-X)

Kaneko, K. (2018). Negative Symptoms and Cognitive Impairments in Schizophrenia: Two Key Symptoms Negatively Influencing Social Functioning. *Yonago Acta Medica*, 61(2), 91-102. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.06.001>

Keefe, K., Cardemil, E. V., & Thompson, M. (2020). Understanding barriers and facilitators to therapeutic relationships in state psychiatric hospitals. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 195-209. <https://doi.org/10.1002/jclp.22866>

Khokhar, J. Y., Dwiel, L. L., Henricks, A. M., Doucette, W. T., & Green, A. I. (2018). The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophrenia Research*, 194, 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.016>

Krause, M., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Bighelli, I., Gutschiedl, K., & Leucht, S. (2019). Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 29(1), 32-45. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.11.1105>

Lee, S., Kim, K., Kim, T., Kim, S., Kim, J.-W., Han, C., Song, J., & Paik, J.-W. (2015). Outpatient Follow-Up Visit after Hospital Discharge Lowers Risk of Rehospitalization in Patients with Schizophrenia: A Nationwide Population-Based Study. In *Psychiatry Investigation* (Vol. 12, Issue 4, p. 425). <https://doi.org/10.4306/pi.2015.12.4.425>

Lei nº 35/2023. (2023). Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexa, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei nº 36/98, de 24 de julho. In *Diário da República I Série nº 141* (pp. 2-23). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>

Lei nº 95/2019. (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei nº 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto. In *Diário da República I Série nº 169* (pp. 55-66). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

- Lei nº 156/2015. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei nº 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. In *Diário da República I Série nº 181* (pp. 8059-8105). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Leite, A., Claudino, H., & Santos, S. (2009). A Importância de ser ético: da teoria à prática na Enfermagem. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-693659>
- Lewine, R., & Hart, M. (2020). Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders (pp. 315-333). <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00022-9>
- London, M., Sessa, V., & Shelley, L. (2023). Developing Self-Awareness: Learning Processes for Self-and Interpersonal Growth. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 261-288. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920>
- Lourenço, I. (2022). A Tomada de decisão na gestão de cuidados em Enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. 30, 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Machado, D., Almeida, A., & Tavares, J. (2023). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 47-58. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.236>
- Marraffa, M., & Meini, C. (2024). Self-Consciousness as a construction all the way down. *Behavioral Sciences*, 14(3). <https://doi.org/10.3390/bs14030200>
- McDaid, D., Hewlett, E., & Park, A. (2017). Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness (OECD Health Working Papers, Vol. 97). <https://doi.org/10.1787/bc364fb2-en>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Ministério do Planeamento. (2021). Plano de recuperação e resiliência. <https://recuperarportugal.gov.pt/wp-content/uploads/2024/04/PRR.pdf>
- Molina, R., & Fabrian, C. (2017). Conceito de transferência e contratransferência: uma revisão crítica sistemática. *Psicologia Argumento*, 32(77). <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.077.ao01>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Classificação dos Resultados de Enfermagem Mensuração dos Resultados em Saúde* (5a Edição). Elsevier.

- Mucci, A., Kawohl, W., Maria, C., & Wooller, A. (2020). Treating Schizophrenia: Open Conversations and Stronger Relationships Through Psychoeducation and Shared Decision-Making. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00761>
- Nações Unidas. (2017). Declaração Universal dos Direitos Humanos. In United Nations Publications. https://e4k4c4x9.delivery.rocketcdn.me/pt/wp-content/uploads/sites/9/2023/10/PT-UDHR-v2023_web.pdf
- National Health Service. (2023). The mental health nurse's handbook. <https://www.england.nhs.uk/long-read/the-mental-health-nurses-handbook/>
- Neal, D. (2022). Informed Consent: A Process, Not a Form. *Psychiatric News*, 57(9). <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.09.9.25>
- Norelli, S. K., Long, A., & Krepps, J. M. (2023). Relaxation Techniques. StatPearls. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30020610/>
- Nunes, R. (2017). Estudo no E/33/APB/17 sobre consentimento informado. https://upbioetica.org/wp-content/uploads/2021/01/Estudo-No-E_33_APB_17_Consentimento-informado.pdf
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2022). Relatório Europeu sobre Drogas. <https://doi.org/10.2810/21871>
- Observatório Nacional. (2021). Boletim #7 A Saúde Mental em Portugal: um breve retrato epidemiológico e social. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-mental-health-day/2021/mental_health_action_plan_flyer_member_states.pdf?sfvrsn=b420b6f1_7&download=true
- Oliveira, A., Sousa, A., Gonçalves, C., Figueira, C., Marote, É., Silva, N., Faria, V., & Lourenço, T. (2021). The Impact of Transformational Leadership by Nurse Managers on Nurses' Satisfaction. *Journal of Aging and Innovation*, 10(1), 2182-2696. <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v10i1-9>
- Ong, H., Fernandez, P., & Lim, H. (2021). Family engagement as part of managing patients with mental illness in primary care. *Singapore Medical Journal*, 62(5), 213-219. <https://doi.org/10.11622/smedj.2021057>
- Ooijen, W., Belle, E., Bank, A., Ginkel, J., Huisman-de Waal, G., & Heinen, M. (2022). Nursing leadership to facilitate patient participation in fundamental care: An ethnographic qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 1044-1055. <https://doi.org/10.1111/jan.15329>
- Ordem dos Enfermeiros. (n.d.). Browser ontologia de enfermagem. Retrieved March 31, 2025,

from <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Organização Mundial de Saúde. (2024). 2013-2030 Human rights focus Evidence-based practice Life course approach Multisectoral approach Empowerment of persons at risk. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-mental-health-day/2021/mental_health_action_plan_flyer_member_states.pdf?sfvrsn=b420b6f1_7&download=true

Payne, R. A. (2003). Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde (2a. Ed.). Lusociência.

Peplau, H. E. (1952). International relations in nursing; a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. G.P. Putnam's Sons.

Pereira, R., & Rito, M. (2013). A análise swot como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/33845/1/Artigo_SWOT.pdf

Phaneuf, M., Salgueiro, N., Salgueiro, R. P., & Carvalho Coutinho, E. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusodidacta.

Pluchevskaya, E., Varlacheva, N., & Andrienko, O. (2017). Application of the SWOT - Analysis as an evaluation tool to achieve state of personal well-being. 548-553. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2017.01.74>

Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2014). Le "Montreal model": enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. In Santé publique (Vol. 27). <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41?lang=fr>

Pomey, M. P., Schaad, B., Lasserre Moutet, A., Böhme, P., & Jackson, M. (2024). Towards a New Integrated Model for Taking Into Account the Experiential Knowledge of People With Chronic Diseases, Integrating Mediation, Therapeutic Education and Partnership: The Expanded Chronic Care Patient-Professional Partnership Model. Health Expectations, 27(5). <https://doi.org/10.1111/hex.70054>

Pope, K. (2014). Crisis Intervention in Dealing With Violent Patients: De-escalation Techniques. <https://paetc.org/wp-content/uploads/2014/10/De-escalation-PACE.pdf>

- Prince, H., & Alexander, L. (2017). Self-awareness. The Insights Group .
<https://www.insights.com/media/1744/self-awareness-white-paper.pdf>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Queirós, T. P., Coelho, F. S., Linhares, L. A., & Correia, D. T. (2019). Esquizofrenia: O Que o Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 70-77.
<https://doi.org/10.20344/amp.10768>
- Rabin, R. A., Kozak, K., Zakzanis, K. K., Remington, G., & George, T. P. (2018). Effects of extended cannabis abstinence on clinical symptoms in cannabis dependent schizophrenia patients versus non-psychiatric controls. *Schizophrenia Research*, 194, 55-61.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.010>
- Rebelo, S., & Carvalho, J. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. *Presencia: Revista de Enfermeria de Salud Mental*.
https://www.researchgate.net/profile/Jose-Carlos-Carvalho-2/publication/283853274_Ansiedade_Intervencoes_de_enfermagem/links/5657338c08ae4988a7b53007/Ansiedade-Intervencoes-de-enfermagem.pdf
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República II Série nº 26* (pp. 4744-4750).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 356/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. In *Diário da República II Série nº 122* (pp. 17034-17041). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Regulamento nº 515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. In *Diário da República II Série nº 151* (pp. 21427-21430).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Regulamento nº 728/2021. (2021). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense. In *Diário da República II Série nº 151* (pp. 173-188).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/08/151000000/0017300188.pdf>
- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. In *Diário da República II Série nº 184* (pp. 128-155). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Reinaldo, A., & Luís, M. (2006). Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para Enfermagem Psiquiátrica. In *REME-Rev. Min. Enf* (Vol. 10, Issue 1).

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50793/42759>

Rodrigues, L. (2013). A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro. file:///C:/Users/monte/Downloads/D2012_10001822012_21016011_1.pdf

Rodriguez Cruz, J., Sahlsten Schölin, J., & Hjorth, S. (2021). Case Report: Cariprazine in a Patient With Schizophrenia, Substance Abuse, and Cognitive Dysfunction. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 12). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.727666>

Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Sampaio, F. (2023). Pronúncia mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica N.º 47/2023. In *Ordem dos Enfermeiros*.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. (2018a). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>

Sampaio, F., Araújo, O., Sequeira, C., Canut, M., & Martins, T. (2018b). Evaluation of the Psychometric Properties of NOC Outcomes "Anxiety Level" and "Anxiety Self-Control" in a Portuguese Outpatient Sample. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 184-191. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12169>

Sampaio, F., Martins, A., Marques, J., Barreto, M., Seabra, P., & Lopes, S. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf

Santos, E., Coelho, J., Ribeiro, I., & Sampaio, F. (2023). Translation, cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Hamilton Anxiety Scale among a sample of Portuguese adult patients with mental health disorders. *BMC Psychiatry*, 23(1), 520. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05010-5>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (1.a Ed.). Lidel.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão*. <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=467&languageId=1>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2020). *Guia de apoio à acessibilidade das pessoas em situação de sem abrigo aos cuidados de saúde especializados em comportamentos aditivos e dependências*. <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=476&languageId=1>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2021). Comportamentos aditivos. Perspectivas e desafios. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/52236/1/DossierTematico_ComportamentosAditivos_Perspetiva_e_desafios.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2023a). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030. <https://www.icad.pt/Page/GetDocument/583>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2023b). Relatório Anual 2022 - A Situação do País em matéria de drogas e toxicodependências. <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=604&languageId=1>

Shah, L. B. I., Klainin-Yobas, P., Torres, S., & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of Psychoeducation and Relaxation Interventions on Stress-Related Variables in People With Mental Disorders: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(2), 94-101. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.11.004>

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (n.d.). Esquizofrenia. <https://www.sppsm.org/informemente/esquizofrenia/>

Sousa, D., Guedes de Pinho, L., & Pereira, A. (2017). Quality of life and social support in patients with schizophrenia. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(1), 91-101. <https://doi.org/10.15309/17psd180108>

Stahl, S. M., & Grady, M. M. (2006). *Essential psychopharmacology: the prescriber's guide*. Cambridge University Press.

Stępnicki, P., Kondej, M., & Kaczor, A. A. (2018). Current concepts and treatments of schizophrenia. In *Molecules* (Vol. 23, Issue 8). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/molecules23082087>

Stilo, S. A., & Murray, R. M. (2019). Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 21(10), 100. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3>

Tavares, A. L. B., Neto, L. L. S., & Campos, E. de M. (2023). Bioética e psiquiatria: escassez de literatura recente no Brasil. *Revista Bioética*, 31(2). <https://doi.org/10.1590/1983-803420233564PT>

Teixeira, M., Quintão, J., Rocha, A., Leomaro, V., & Sales, L. (2024). Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”? *Salutis Scientia - Revista de Ciências Da Saúde Da ESSCVP - Lisboa*, 16, 14-27. <https://salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=32612>

Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). *Ansiedade e Depressão em Medicina - Modelos Teóricos*

e Avaliação. Acta Médica Portuguesa, 22(1), 89-98.
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1680/1260>

Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P. (2023). The therapeutic relationship at the heart of nursing care: A participatory action research in acute mental health units. <https://doi.org/10.1111/jocn.16606>

Tostes, J. G., De Vasconcelos, A. C. B., Tostes, C. B. da S., De Brito, K. A. N. D., De Souza, T. F., & De Freitas, R. L. (2020). Esquizofrenia e Cognição. *Revista Psicologia Em Pesquisa*, 14(4), 102-119. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2020.v14.30284>

Toussaint, L., Nguyen, Q. A., Roettger, C., Dixon, K., Offenbächer, M., Kohls, N., Hirsch, J., & Sirois, F. (2021). Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation, Deep Breathing, and Guided Imagery in Promoting Psychological and Physiological States of Relaxation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2021, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2021/5924040>

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica - Conceito de cuidado na prática baseada na evidência* (6.a Ed.). Lusociência.

UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

United Nations. (n.d.). Sustainable development goals. <https://ods.pt/objectivos/3-vida-saudavel/>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *The world drug report*. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/WDR_2024_SPI.pdf

University of California. (2016). *SMART Goals: A How to Guide*. https://www.ucop.edu/local-human-resources/_files/performance-appraisal/How%20to%20write%20SMART%20Goals%20v2.pdf

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros* (14a Edição). Lusodidacta .

Villeneuve, K., Potvin, S., Lesage, A., & Nicole, L. (2010). Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder. In *Schizophrenia Research* (Vol. 121, Issues 1-3, pp. 266-270). <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.04.003>

Wolitzky-Taylor, K., Drazdowski, T. K., Niles, A., Roy-Byrne, P., Ries, R., Rawson, R., & Craske, M. G. (2018). Change in anxiety sensitivity and substance use coping motives as putative mediators of treatment efficacy among substance users. *Behaviour Research and Therapy*, 107, 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.05.010>

World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases - 11th Revision*. <https://icd.who.int/pt>

World Health Organization. (2022a). International Classification of Diseases (ICD-11). <https://icd.who.int/en>

World Health Organization. (2022b). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. In Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002831.pub2>

Yoshida, K., & Takeuchi, H. (2021). Dose-dependent effects of antipsychotics on efficacy and adverse effects in schizophrenia. *Behavioural Brain Research*, 402, 113098. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.113098>

8. ANEXOS

Anexo I

ANEXO I – ESCALA DE SOCRATES 8D (AVALIAÇÃO INICIAL)

SOCRATES 8D

INSTRUÇÕES: Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de drogas*. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda *neste momento* com cada afirmação. Por favor, coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

		NÃO!	Não	?	Sim	SIM!
		Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas.	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
5	Em tempos já consumi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
7	Eu tenho um problema com drogas.	1	2	3	4	5
8	Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
9	Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar recaídas.	1	2	3	4	5
10	Eu tenho um problema sério com drogas.	1	2	3	4	5
11	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
12	O meu consumo de substâncias está a causar muito mal.	1	2	3	4	5
13	Atualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
14	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
15	Eu sei que tenho um problema com as drogas.	1	2	3	4	5
16	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo.	1	2	3	4	5
17	Eu sou um toxicodependente.	1	2	3	4	5
18	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
19	Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de drogas e quero ajuda para evitar consumir drogas do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5

Tabela 1
Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1		5	
Item 2			3
Item 3	5		
Item 4		5	
Item 5	----	----	----
Item 6			5
Item 7	4		
Item 8		4	
Item 9		5	
Item 10	4		
Item 11			4
Item 12	4		
Item 13		5	
Item 14		4	
Item 15	5		
Item 16			4
Item 17	2		
Item 18		5	
Item 19		5	
	Total <u>24</u>	Total <u>38</u>	Total <u>16</u>
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2
Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

Percentis para os três níveis da SOCRATES 8D					
	Percentis (%)		Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
-	10	<i>muito baixo</i>	15	32	8
	20		21	33	11
	30	<i>baixo</i>	24	35	13
	40		25	36	14
	50	<i>médio</i>	26	37	--
+	60		27	38	15
	70	<i>alto</i>	29	39	16
	80		30	39	17
	90	<i>muito alto</i>	--	40	18

Resultado: Fase Manutenção

ANEXO II – ESCALA DE SOCRATES 8D (AVALIAÇÃO FINAL)

contribuindo assim para o mandato social da profissão.

SOCRATES 8D

INSTRUÇÕES: Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de drogas*. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda *neste momento* com cada afirmação. Por favor, coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

	NÃO!	Não	?	Sim	SIM!
	Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente
1 Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2 Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas.	1	2	3	4	5
3 Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4 Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
5 Em tempos já consumi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6 Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
7 Eu tenho um problema com drogas.	1	2	3	4	5
8 Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
9 Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar recaídas.	1	2	3	4	5
10 Eu tenho um problema sério com drogas.	1	2	3	4	5
11 Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
12 O meu consumo de substâncias está a causar muito mal.	1	2	3	4	5
13 Atualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
14 Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
15 Eu sei que tenho um problema com as drogas.	1	2	3	4	5
16 Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo.	1	2	3	4	5
17 Eu sou um toxicodependente.	1	2	3	4	5
18 Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
19 Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de drogas e quero ajuda para evitar consumir drogas do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5

Tabela 1
Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1		5	
Item 2			2
Item 3	5		
Item 4		5	
Item 5	----	----	----
Item 6			5
Item 7	4		
Item 8		5	
Item 9		5	
Item 10	4		
Item 11			3
Item 12	4		
Item 13		5	
Item 14		5	
Item 15	5		
Item 16			2
Item 17	2		
Item 18		5	
Item 19		5	
	Total <u>24</u>	Total <u>40</u>	Total <u>12</u>
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2
Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

	Percentis (%)	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
-	10	<i> muito baixo</i>	15	8
	20		21	11
	30	<i>baixo</i>	24	13
	40		25	14
	50	<i>médio</i>	26	--
+	60		27	15
	70	<i>alto</i>	29	16
	80		30	17
	90	<i>muito alto</i>	--	18

Resultado: Fase Manutenção

**ANEXO III – RESULTADO NOC “COMPORTAMENTO DE CESSAÇÃO DO ABUSO DE DROGAS”
(1630) (AVALIAÇÃO INICIAL)**

RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO TOTAL		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado	
		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
163001	Expressa desejo de parar o uso de drogas	1	2	3	4	5	NA
163002	Expressa crença na capacidade de parar o uso de drogas	1	2	3	4	5	NA
163003	Identifica benefícios em eliminar o uso de drogas prejudiciais	1	2	3	4	5	NA
163004	Identifica consequências negativas do uso de drogas	1	2	3	4	5	NA
163005	Cria estratégias efetivas para eliminar o uso da droga	1	2	3	4	5	NA
163006	Identifica barreiras para a eliminação do uso prejudicial de drogas	1	2	3	4	5	NA
163007	Ajusta-se a estratégias para a eliminação de drogas quando necessário	1	2	3	4	5	NA
163008	Compromete-se com estratégias para a eliminação das drogas	1	2	3	4	5	NA
163009	Segue estratégias selecionadas para a eliminação da droga	1	2	3	4	5	NA
163010	Investiga problemas de saúde associados	1	2	3	4	5	NA
163011	Utiliza estratégias para lidar com a síndrome de abstinência	1	2	3	4	5	NA
163012	Utiliza estratégias de modificação de comportamentos	1	2	3	4	5	NA
163013	Utiliza estratégias efetivas para lidar com a situação	1	2	3	4	5	NA
163014	Obtém assistência de profissional da saúde	1	2	3	4	5	NA
163015	Utiliza sistema de suporte pessoal	1	2	3	4	5	NA
163016	Utiliza fontes de informações seguras	1	2	3	4	5	NA
163017	Utiliza terapia de substituição de drogas	1	2	3	4	5	NA
163018	Utiliza terapia alternativa	1	2	3	4	5	NA
163019	Identifica estado emocional que afeta o uso de droga	1	2	3	4	5	NA
163020	Ajusta-se a estilo de vida que promove eliminação da droga	1	2	3	4	5	NA
163021	Participa de programas para abstinência de drogas	1	2	3	4	5	NA
163022	Participa de aconselhamentos	1	2	3	4	5	NA
163023	Monitora-se para sinais de depressão	1	2	3	4	5	NA
163024	Utiliza medicamentos prescritos conforme recomendado	1	2	3	4	5	NA
163025	Utiliza medicamentos não prescritos conforme recomendado	1	2	3	4	5	NA
163026	Utiliza grupo de apoio disponível	1	2	3	4	5	NA
163027	Usa recursos comunitários disponíveis	1	2	3	4	5	NA
163028	Elimina uso prejudicial de drogas	1	2	3	4	5	NA

**ANEXO IV – RESULTADO NOC “COMPORTAMENTO DE CESSAÇÃO DO ABUSO DE DROGAS”
(1630) (AVALIAÇÃO FINAL)**

RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO TOTAL		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado	
		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
163001	Expressa desejo de parar o uso de drogas	1	2	3	4	5	NA
163002	Expressa crença na capacidade de parar o uso de drogas	1	2	3	4	5	NA
163003	Identifica benefícios em eliminar o uso de drogas prejudiciais	1	2	3	4	5	NA
163004	Identifica consequências negativas do uso de drogas	1	2	3	4	5	NA
163005	Cria estratégias efetivas para eliminar o uso da droga	1	2	3	4	5	NA
163006	Identifica barreiras para a eliminação do uso prejudicial de drogas	1	2	3	4	5	NA
163007	Ajusta-se a estratégias para a eliminação de drogas quando necessário	1	2	3	4	5	NA
163008	Compromete-se com estratégias para a eliminação das drogas	1	2	3	4	5	NA
163009	Segue estratégias selecionadas para a eliminação da droga	1	2	3	4	5	NA
163010	Investiga problemas de saúde associados	1	2	3	4	5	NA
163011	Utiliza estratégias para lidar com a síndrome de abstinência	1	2	3	4	5	NA
163012	Utiliza estratégias de modificação de comportamentos	1	2	3	4	5	NA
163013	Utiliza estratégias efetivas para lidar com a situação	1	2	3	4	5	NA
163014	Obtém assistência de profissional da saúde	1	2	3	4	5	NA
163015	Utiliza sistema de suporte pessoal	1	2	3	4	5	NA
163016	Utiliza fontes de informações seguras	1	2	3	4	5	NA
163017	Utiliza terapia de substituição de drogas	1	2	3	4	5	NA
163018	Utiliza terapia alternativa	1	2	3	4	5	NA
163019	Identifica estado emocional que afeta o uso de droga	1	2	3	4	5	NA
163020	Ajusta-se a estilo de vida que promove eliminação da droga	1	2	3	4	5	NA
163021	Participa de programas para abstinência de drogas	1	2	3	4	5	NA
163022	Participa de aconselhamentos	1	2	3	4	5	NA
163023	Monitora-se para sinais de depressão	1	2	3	4	5	NA
163024	Utiliza medicamentos prescritos conforme recomendado	1	2	3	4	5	NA
163025	Utiliza medicamentos não prescritos conforme recomendado	1	2	3	4	5	NA
163026	Utiliza grupo de apoio disponível	1	2	3	4	5	NA
163027	Usa recursos comunitários disponíveis	1	2	3	4	5	NA
163028	Elimina uso prejudicial de drogas	1	2	3	4	5	NA

ANEXO V – MoCA Test

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Versão Experimental Brasileira

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____ Data de avaliação: ____/____/____
Sexo: _____ Idade: _____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		Pontos																							
		Copiar o cubo	Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)	[✓] [✓] [✓] Contorno Números Ponteiros	5/5																				
NOMEAÇÃO				[✓] [✓] [✓]	3/3																				
MEMÓRIA Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas Evocar após 5 minutos	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Rosto</th> <th>Veludo</th> <th>Igreja</th> <th>Margarida</th> <th>Vermelho</th> <th>Sem Pontuação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1ª tentativa</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2ª tentativa</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação	1ª tentativa	✓	✓	✓	✓	✓		2ª tentativa	✓	✓	✓	✓	✓				
	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação																			
1ª tentativa	✓	✓	✓	✓	✓																				
2ª tentativa	✓	✓	✓	✓	✓																				
ATENÇÃO Leia a sequência de números (1 número por segundo)	O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta [✓] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta [✓] 7 4 2	2/2																							
Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros. [✓] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B				1/1																					
Subtração de 7 começando pelo 100 [✓] 93 [✓] 86 [✓] 79 [✓] 72 [✓] 65 4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto				3/3																					
LINGUAGEM Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. [✓]	O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala. [✓]	2/2																							
Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). [✓] 12 (N ≥ 11 palavras)				1/1																					
ABSTRAÇÃO Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta [✓] trem - bicicleta [✓] relógio - régua [✓]				2/2																					
EVOCAÇÃO TARDIA Deve recordar as palavras SEM PISTAS	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Rosto</th> <th>Veludo</th> <th>Igreja</th> <th>Margarida</th> <th>Vermelho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[✓]</td> <td>[✓]</td> <td>[✓]</td> <td>[✓]</td> <td>[✓]</td> <td>[✓]</td> </tr> </tbody> </table>		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	[✓]	[✓]	[✓]	[✓]	[✓]	[✓]	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS			5/5								
	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho																				
[✓]	[✓]	[✓]	[✓]	[✓]	[✓]																				
OPCIONAL Pista de categoria Pista de múltipla escolha																									
ORIENTAÇÃO [✓] Dia do mês [✓] Mês [✓] Ano [✓] Dia da semana [✓] Lugar [✓] Cidade	6/6																								

© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org
Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmiento
Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman

(UNIFESP-SP 2007)

TOTAL
Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade 30/30

ANEXO VI – RESULTADO NOC “COGNIÇÃO” (0900)

RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO TOTAL		Gravemente comprometido	Substancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido	
		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
090014	Comunicação clara para a idade	1	2	3	4	5	NA
090015	Comunicação adequada para a idade	1	2	3	4	5	NA
090013	Compreensão do significado das situações	1	2	3	4	5	NA
090003	Capacidade para ficar atento	1	2	3	4	5	NA
090004	Concentração	1	2	3	4	5	NA
090005	Orientação cognitiva	1	2	3	4	5	NA
090006	Memória imediata	1	2	3	4	5	NA
090007	Memória recente	1	2	3	4	5	NA
090008	Memória remota	1	2	3	4	5	NA
090009	Processamento de informações	1	2	3	4	5	NA
090010	Ato de pesar alternativas ao tomar decisões	1	2	3	4	5	NA
090011	Tomada de decisão adequada	1	2	3	4	5	NA
090016	Habilidades de cálculos complexos	1	2	3	4	5	NA

ANEXO VII – RESULTADO NOC “CONHECIMENTO: MEDICAMENTO” (1808) (AVALIAÇÃO INICIAL)

CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		Nenhum conhecimento	Conhecimento limitado	Conhecimento moderado	Conhecimento substantial	Conhecimento vasto	
		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
180801	Importância de informar ao profissional da saúde todos os medicamentos atuais	1	2	3	4	5	NA
180802	Nome correto do medicamento	1	2	3	4	5	NA
180803	Aparência do medicamento	1	2	3	4	5	NA
180819	Efeitos terapêuticos do medicamento	1	2	3	4	5	NA
180805	Efeitos colaterais do medicamento	1	2	3	4	5	NA
180820	Efeitos adversos do medicamento	1	2	3	4	5	NA
180807	Uso de auxiliares de memória	1	2	3	4	5	NA
180808	Possíveis interações dos medicamentos	1	2	3	4	5	NA
180809	Possíveis interações do medicamento com outros agentes	1	2	3	4	5	NA
180810	Uso correto do medicamento prescrito	1	2	3	4	5	NA
180821	Uso correto do medicamento não prescrito	1	2	3	4	5	NA
180822	Técnica apropriada para autoinjeção	1	2	3	4	5	NA
180811	Técnicas de automonitoramento	1	2	3	4	5	NA
180812	Armazenamento adequado do medicamento	1	2	3	4	5	NA
180815	Eliminação apropriada do medicamento	1	2	3	4	5	NA
180813	Cuidado apropriado com dispositivos de administração	1	2	3	4	5	NA
180823	Descarte apropriado de seringas e agulhas	1	2	3	4	5	NA
180824	Estratégias para obter medicamento necessário	1	2	3	4	5	NA
180825	Estratégias para obter suprimentos necessários	1	2	3	4	5	NA
180826	Apoio financeiro disponível	1	2	3	4	5	NA
180816	Testes laboratoriais necessários para monitoramento do medicamento	1	2	3	4	5	NA
180817	Importância do uso da identificação de alerta médico	1	2	3	4	5	NA
Medicamento(s) específico(s): _____							

ANEXO VIII – RESULTADO NOC “CONHECIMENTO: MEDICAMENTO” (1808) (AVALIAÇÃO FINAL)

CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		Nenhum conhecimento	Conhecimento limitado	Conhecimento moderado	Conhecimento substancial	Conhecimento vasto
		1	2	3	4	5
Indicadores:						
180801	Importância de informar ao profissional da saúde todos os medicamentos atuais	1	2	3	4	5
180802	Nome correto do medicamento	1	2	3	4	5
180803	Aparência do medicamento	1	2	3	4	5
180819	Efeitos terapêuticos do medicamento	1	2	3	4	5
180805	Efeitos colaterais do medicamento	1	2	3	4	5
180820	Efeitos adversos do medicamento	1	2	3	4	5
180807	Uso de auxiliares de memória	1	2	3	4	5
180808	Possíveis interações dos medicamentos	1	2	3	4	5
180809	Possíveis interações do medicamento com outros agentes	1	2	3	4	5
180810	Uso correto do medicamento prescrito	1	2	3	4	5
180821	Uso correto do medicamento não prescrito	1	2	3	4	5
180822	Técnica apropriada para autoinjeção	1	2	3	4	5
180811	Técnicas de automonitoramento	1	2	3	4	5
180812	Armazenamento adequado do medicamento	1	2	3	4	5
180815	Eliminação apropriada do medicamento	1	2	3	4	5
180813	Cuidado apropriado com dispositivos de administração	1	2	3	4	5
180823	Descarte apropriado de seringas e agulhas	1	2	3	4	5
180824	Estratégias para obter medicamento necessário	1	2	3	4	5
180825	Estratégias para obter suprimentos necessários	1	2	3	4	5
180826	Apoio financeiro disponível	1	2	3	4	5
180816	Testes laboratoriais necessários para monitoramento do medicamento	1	2	3	4	5
180817	Importância do uso da identificação de alerta médico	1	2	3	4	5
Medicamento(s) específico(s): _____						

ANEXO IX – RESULTADO NOC “NÍVEL DE ANSIEDADE” (1211) (AVALIAÇÃO INICIAL)

		Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	
CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
121101	Agitação	1	2	3	4	5	NA
121102	Andar de um lado a outro	1	2	3	4	5	NA
121103	Torcer as mãos	1	2	3	4	5	NA
121104	Nervosismo	1	2	3	4	5	NA
121105	Inquietação	1	2	3	4	5	NA
121106	Tensão muscular	1	2	3	4	5	NA
121107	Tensão facial	1	2	3	4	5	NA
121108	Irritabilidade	1	2	3	4	5	NA
121109	Indecisão	1	2	3	4	5	NA
121110	Rompantes de raiva	1	2	3	4	5	NA
121111	Comportamento problemático	1	2	3	4	5	NA
121112	Dificuldade de concentração	1	2	3	4	5	NA
121113	Dificuldade de aprendizagem	1	2	3	4	5	NA
121114	Dificuldade para resolver problemas	1	2	3	4	5	NA
121115	Ataques de pânico	1	2	3	4	5	NA
121116	Apreensão verbalizada	1	2	3	4	5	NA
121117	Ansiedade verbalizada	1	2	3	4	5	NA
121118	Preocupação exagerada sobre eventos de vida	1	2	3	4	5	NA
121119	Pressão arterial aumentada	1	2	3	4	5	NA
121120	Frequência de pulsações aumentada	1	2	3	4	5	NA
121121	Frequência respiratória aumentada	1	2	3	4	5	NA
121122	Pupilas dilatadas	1	2	3	4	5	NA
121123	Sudorese	1	2	3	4	5	NA
121124	Tontura	1	2	3	4	5	NA
121125	Fadiga	1	2	3	4	5	NA
121126	Produtividade diminuída	1	2	3	4	5	NA
121127	Desempenho escolar diminuído	1	2	3	4	5	NA
121128	Afastamento	1	2	3	4	5	NA
121129	Distúrbios do sono	1	2	3	4	5	NA
121130	Mudanças no padrão intestinal	1	2	3	4	5	NA
121131	Mudanças no padrão alimentar	1	2	3	4	5	NA

ANEXO X – RESULTADO NOC “NÍVEL DE ANSIEDADE” (1211) (AVALIAÇÃO FINAL)

		Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	
CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
121101	Agitação	1	2	3	4	5	NA
121102	Andar de um lado a outro	1	2	3	4	5	NA
121103	Torcer as mãos	1	2	3	4	5	NA
121104	Nervosismo	1	2	3	4	5	NA
121105	Inquietação	1	2	3	4	5	NA
121106	Tensão muscular	1	2	3	4	5	NA
121107	Tensão facial	1	2	3	4	5	NA
121108	Irritabilidade	1	2	3	4	5	NA
121109	Indecisão	1	2	3	4	5	NA
121110	Rompantes de raiva	1	2	3	4	5	NA
121111	Comportamento problemático	1	2	3	4	5	NA
121112	Dificuldade de concentração	1	2	3	4	5	NA
121113	Dificuldade de aprendizagem	1	2	3	4	5	NA
121114	Dificuldade para resolver problemas	1	2	3	4	5	NA
121115	Ataques de pânico	1	2	3	4	5	NA
121116	Apreensão verbalizada	1	2	3	4	5	NA
121117	Ansiedade verbalizada	1	2	3	4	5	NA
121118	Preocupação exagerada sobre eventos de vida	1	2	3	4	5	NA
121119	Pressão arterial aumentada	1	2	3	4	5	NA
121120	Frequência de pulsações aumentada	1	2	3	4	5	NA
121121	Frequência respiratória aumentada	1	2	3	4	5	NA
121122	Pupilas dilatadas	1	2	3	4	5	NA
121123	Sudorese	1	2	3	4	5	NA
121124	Tontura	1	2	3	4	5	NA
121125	Fadiga	1	2	3	4	5	NA
121126	Produtividade diminuída	1	2	3	4	5	NA
121127	Desempenho escolar diminuído	1	2	3	4	5	NA
121128	Afastamento	1	2	3	4	5	NA
121129	Distúrbios do sono	1	2	3	4	5	NA
121130	Mudanças no padrão intestinal	1	2	3	4	5	NA
121131	Mudanças no padrão alimentar	1	2	3	4	5	NA

ANEXO XI – RESULTADO NOC “AUTOCONTROLE DA ANSIEDADE” (1402) (AVALIAÇÃO INICIAL)

		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado	
CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
140201	Monitora a intensidade da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140202	Elimina precursores da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140203	Diminui estímulos ambientais quando ansioso	1	2	3	4	5	NA
140204	Busca informações para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140205	Planeja estratégias de enfrentamento para situações estressantes	1	2	3	4	5	NA
140206	Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento	1	2	3	4	5	NA
140207	Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140208	Monitora a duração dos episódios	1	2	3	4	5	NA
140209	Monitora a duração do tempo entre os episódios	1	2	3	4	5	NA
140210	Mantém o desempenho de papel	1	2	3	4	5	NA
140211	Mantém as relações sociais	1	2	3	4	5	NA
140212	Mantém a concentração	1	2	3	4	5	NA
140213	Monitora distorções perceptivas sensoriais	1	2	3	4	5	NA
140214	Mantém sono adequado	1	2	3	4	5	NA
140215	Monitora manifestações físicas de ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140216	Monitora manifestações comportamentais de ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140217	Controla a resposta à ansiedade	1	2	3	4	5	NA

ANEXO XII – RESULTADO NOC “AUTOCONTROLE DA ANSIEDADE” (1402) (AVALIAÇÃO FINAL)

		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado	
CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
140201	Monitora a intensidade da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140202	Elimina precursores da ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140203	Diminui estímulos ambientais quando ansioso	1	2	3	4	5	NA
140204	Busca informações para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140205	Planeja estratégias de enfrentamento para situações estressantes	1	2	3	4	5	NA
140206	Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento	1	2	3	4	5	NA
140207	Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140208	Monitora a duração dos episódios	1	2	3	4	5	NA
140209	Monitora a duração do tempo entre os episódios	1	2	3	4	5	NA
140210	Mantém o desempenho de papel	1	2	3	4	5	NA
140211	Mantém as relações sociais	1	2	3	4	5	NA
140212	Mantém a concentração	1	2	3	4	5	NA
140213	Monitora distorções perceptivas sensoriais	1	2	3	4	5	NA
140214	Mantém sono adequado	1	2	3	4	5	NA
140215	Monitora manifestações físicas de ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140216	Monitora manifestações comportamentais de ansiedade	1	2	3	4	5	NA
140217	Controla a resposta à ansiedade	1	2	3	4	5	NA

ANEXO XIII – RESULTADO NOC “COGNIÇÃO” (0900)

RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO TOTAL		Gravemente comprometido	Substancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido	
		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
090014	Comunicação clara para a idade	1	2	3	4	5	NA
090015	Comunicação adequada para a idade	1	2	3	4	5	NA
090013	Compreensão do significado das situações	1	2	3	4	5	NA
090003	Capacidade para ficar atento	1	2	3	4	5	NA
090004	Concentração	1	2	3	4	5	NA
090005	Orientação cognitiva	1	2	3	4	5	NA
090006	Memória imediata	1	2	3	4	5	NA
090007	Memória recente	1	2	3	4	5	NA
090008	Memória remota	1	2	3	4	5	NA
090009	Processamento de informações	1	2	3	4	5	NA
090010	Ato de pesar alternativas ao tomar decisões	1	2	3	4	5	NA
090011	Tomada de decisão adequada	1	2	3	4	5	NA
090016	Habilidades de cálculos complexos	1	2	3	4	5	NA



TrofaSaúde

CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Ana Filipa Rodrigues Monteiro

apresentou um trabalho, em forma de poster, com o tema
**"Intervenção Psicoterapêutica em cliente com esquizofrenia e
abuso de substância: Case Report"** no **II Congresso de
Psiquiatria**, realizado no Auditório do Trofa Saúde Hospital Central,
em Vila do Conde, nos dias **5, 6 e 7 de dezembro de 2024**.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde



TrofaSaúde

CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Ana Filipa Rodrigues Monteiro

apresentou um trabalho, em forma de poster, com o tema **"Entrevista Motivacional em cliente com perturbação delirante em contexto de abuso de substâncias: Case Report"** no II Congresso de **Psiquiatria**, realizado no Auditório do Trofa Saúde Hospital Central, em Vila do Conde, nos dias **5, 6 e 7 de dezembro de 2024**.

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

APÊNDICE I - PLANEAMENTO DA ENTREVISTA CLÍNICA

Planeamento Entrevista Clínica		
Data e Hora: 15/10/2024 às 11h30		Local: Gabinete do Serviço de Internamento
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: Sr. J.
Objetivos Gerais: • Estabelecer o primeiro contacto com a pessoa; • Promover uma relação terapêutica; • Executar a avaliação de enfermagem; • Aplicar instrumentos de avaliação; • Identificar possíveis diagnósticos de enfermagem.		
Métodos: • Participativo; • Expositivo • Ativo; • Interrogativo.		Recursos: • Mesa e cadeiras; • Material de escrita; • Instrumentos de avaliação.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	• Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); • Apresentação (primeiro e último nome, título profissional); • Questionar como gosta de ser tratada; • Obtenção de consentimento para recolha de dados, salvaguardando a confidencialidade e sigilo profissional.	5 min
Desenvolvimento	• Questionar sobre: dados pessoais, processo de adoecer, história de doença atual, hábitos de vida/atividades de vida diárias; • Elaboração de Genograma e Ecomapa; • Monitorizar peso, altura e sinais vitais; • Aplicar de instrumentos de avaliação: SOCRATES 8D (Anexo I); Resultado NOC Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas (1630) (Anexo III); MoCA (Anexo V); Resultado NOC Cognição (0900) (Anexo VI); Resultado NOC Conhecimento: Medicamento (1808) (Anexo VII).	50 min
Conclusão	• Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; • Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; • Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; • Agendar a próxima sessão; • Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

APÊNDICE II – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- **HISTÓRIA BIOPSISSOCIAL**

Nome: J. D.

Nome favorito: J.

Idade: 39 anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Agregado familiar composto por:

Residência: Vivia em situação de indigência.

Naturalidade: Gambia

Nacionalidade: Guineense

Habilitações literárias: 9º ano de escolaridade

Profissão:

Situação Profissional: Desempregado à data da detenção, encontrava-se em situação de indigência.

Pessoa a contactar/relação de parentesco:

- **ANAMNESE**

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide e perturbação de uso de múltiplas substâncias (canábis, heroína e cocaína).

Antecedentes pessoais: Nega antecedentes médicos e/ou cirúrgicos.

Exame físico:

Sinais Vitais:

TA – 128/76 mmHg; FC – 78 bpm (amplo, rítmico e regular); T – 36,2°C; Dor – 0 (Escala Numérica da dor)

Estado Nutricional:

Peso: 78kg; Altura: 1,80m

IMC: 24,1 kg/m² (Normal)

Pele e mucosas: Coradas e hidratadas

Hábitos de vida:

Independente nos autocuidados.

Habitualmente faz seis refeições por dia.

Sono-reposou: Regularizado, refere dormir 8h por noite.

Eliminação vesical: Sem alterações

Eliminação intestinal: Regular

Atividades na UIPF: Frequenta a piscina, aula de educação física, teatro, upcycling e sessões de terapia ocupacional. Com registo de interesse e bom desempenho nas tarefas atribuídas na UIPF.

Estilos de vida:

Consumo de tabaco: Na UIPF fuma cerca de 10 cigarros por dia.

Consumo de drogas: Segundo o pessoa a última data de consumo terá sido antes da detenção. Refere que “fumava 4/5 charros por dia de heroína e cocaína.” (SIC).

Consumo de álcool: Nega consumo de álcool a não ser em contextos festivos.

Consumo de cafeína: 2/3 cafés por dia.

- **EXAME PSICOLÓGICO**

Pessoa vígil, orientado nas três dimensões, comportamento adequado, com discurso espontâneo e coerente. Humor eutímico, afável ao contacto direto, mantém contacto ocular. Atenção fácil de captar e manter, sem alterações do pensamento. Sem atividade delirante ou alucinatória detetável.

- **HISTÓRIA FAMILIAR**

É o irmão mais velho de uma fratria de três irmãos. Viveu com os pais e com a irmã em África até 1997, nessa altura mudaram-se para Portugal. A irmã mais nova nasceu em Portugal.

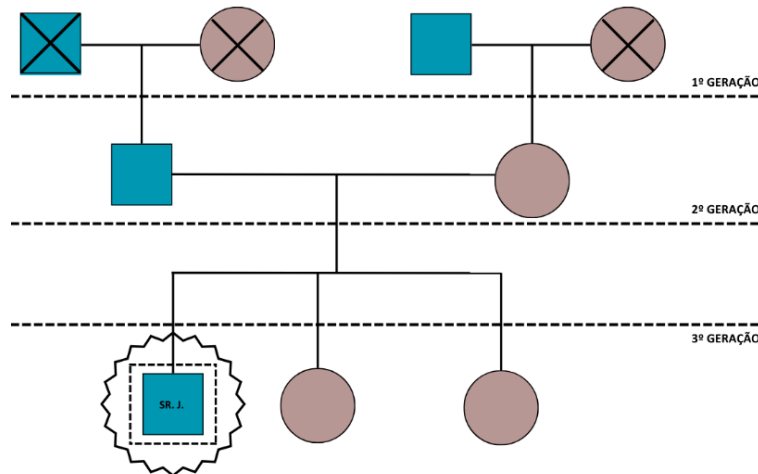
Em 2010, durante a crise financeira, o Pai emigrou para França. O Sr. J. viveu com a Mãe e as irmãs até 2012, sendo que nessa altura foi viver sozinho. Não trabalhava, contudo, segundo o mesmo, pagava as despesas com dinheiro que o avô que estava em África lhe enviava todos os meses. Foi nesse ano que iniciou consumo de heroína. Em 2013 regressa a casa da Mãe por já não ter possibilidade de pagar as despesas, segundo o mesmo “...tive que vender as coisas que mais gostava, a play station por exemplo, para poder pagar a droga... foi até não ter mais nada.”. Quando regressa a casa da Mãe, esta descobre os consumos, mas não conta ao Pai do Sr. J. O avô descobre e corta-lhe a mesada.

Com o aumento dos consumos e introdução da cocaína começam os episódios mais graves de alteração do comportamento. Segundo o Sr. J. “Houve um dia que bati na minha irmã mais velha e nesse dia decidi sair de casa e fui viver para a rua ... ia vivendo em garagens onde consumíamos, em casa de amigos... até ser preso.”.

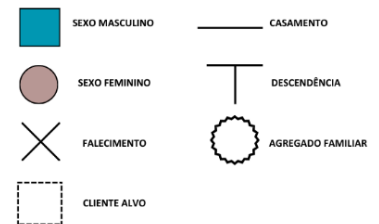
Em 2017 a Mãe e a irmã mais nova vão para França viver. A irmã mais velha ficou em Portugal.

Refere uma ligação importante com o avô que vive em África e com o qual perdeu contacto desde que iniciou a história de consumos. Refere não haver história de doença psiquiátrica na família, nem há registos que o refiram.

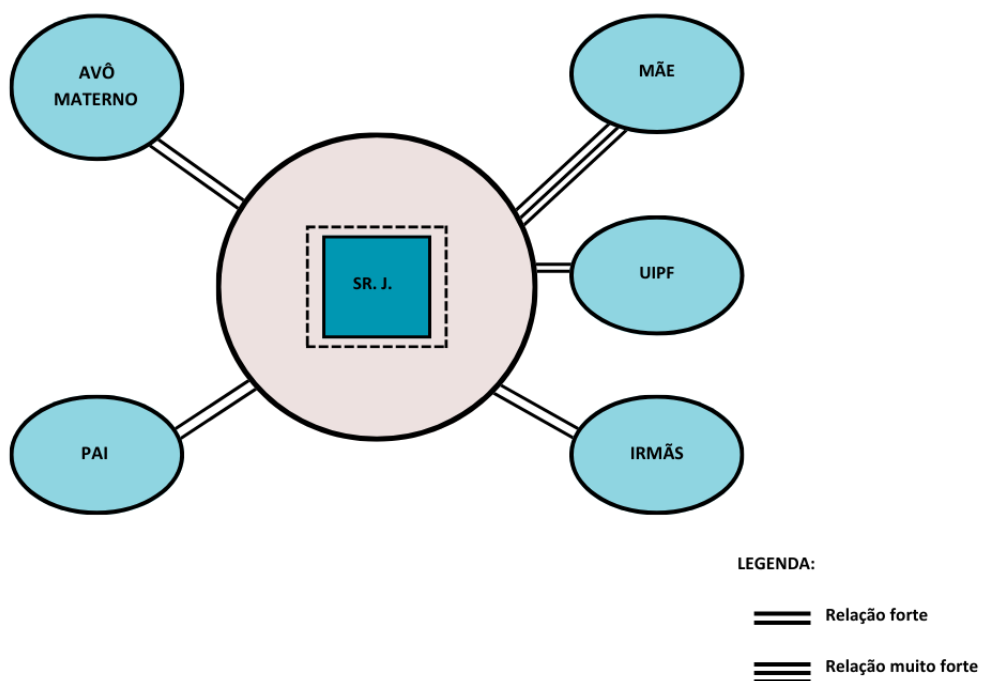
Genograma:



LEGENDA:



Ecomapa:



- **HISTÓRIA SOCIAL**

Segundo o pessoa atualmente tem uma boa relação com os pais e com a irmã mais nova que estão a viver em França. Refere que o Pai só teve conhecimento dos consumos quando iniciou a medida de segurança, mas que o perdoou e até o visitou no início do cumprimento da medida. Segundo o pessoa fala periodicamente com os pais por chamada e estes já se mostraram disponíveis para o receber em França aquando do término da medida.

Relativamente à irmã mais velha que está a residir em Portugal, é com esta que mantém contacto telefónico mais frequente.

Refere uma ligação forte com o avô que se encontra em África e que como era o neto mais velho do sexo masculino, o avô sempre o ajudou, enviando-lhe dinheiro mensalmente quando vieram viver para Portugal. Contudo, perdeu o contacto com o avô quando este descobriu que e consumia.

Refere ter tido um relacionamento amoroso aquando da época de maiores consumos, mas que, quando foi detido perdeu o contacto com a namorada.

Diz ter uma boa relação com os profissionais e outros presidiários na UIPF.

- **HISTÓRIA DA INFÂNCIA**

Durante a entrevista o pessoa refere ter nascido no Gambia e ter sido muito bem cuidado pelos pais. Terá vivido no Senegal e, posteriormente, na Guiné-Bissau. Segundo a pessoa o período vivido em África terá sido dos mais felizes “... era livre, brincava muito na rua...”

Refere ter vindo viver para Portugal em 1997 com a mãe e as irmãs, para se juntarem ao pai que já de encontrava em território nacional. Refere ter ido viver para um bairro em Lisboa onde fez muitas amizades “... passava o tempo na rua também, jogava futebol todos os dias, fiz amigos muito facilmente...”.

- **HISTÓRIA LABORAL**

Iniciou o contexto laboral aos 13 anos de idade quando ainda se encontrava a estudar, uma vez que, ao fim de semana, em contexto de part-time trabalhava com o Pai nas obras. Aos 19 anos, quando abandonou os estudos, começou a trabalhar numa fábrica como carpinteiro. Teve experiência de trabalho também numa biblioteca e num café.

Quando já consumia drogas, teve uma proposta de trabalho para uma loja de publicidade, nessa altura terá reduzido os consumos. Contudo, não teve ordenado ao final de um mês e deixou o trabalho, tendo retomado os consumos.

- **HISTÓRIA DE CONSUMOS**

THC: Primeiro contacto em 2006, com 21 anos, “no bairro todos os meus amigos consumiam” (SIC). Refere ter fumado de forma sistemática até aos 26 anos, com posteriores consumos esporádicos até à data da detenção.

Cocaína: Início do consumo em 2012, aos 26 anos de idade, até à data da detenção.

Heroína: Início dos consumos em 2015, aos 30 anos de idade, até à data da detenção. Nega consumo de injetáveis ou de outras substâncias.

Segundo o pessoa terá sido induzido ao primeiro contacto com a cocaína por um amigo que consumia e lhe pedia dinheiro emprestado e o convidava a provar. “Resisti 2 meses... ao final de 2 meses comecei a consumir... numa fase inicial era só ao fim de semana, depois passou a ser todos os dias... tive que vender a minha play station e outras coisas que gostava até deixar de conseguir suportar as despesas e ter que voltar para casa da minha mãe.” (SIC)

- **PROCESSO DE ADOECER**

Antecedentes de consumo de haxixe desde os 21 anos, de consumo de heroína desde os 26 anos e de consumo de cocaína desde os 30 anos. Refere consumo de álcool pontual quando estudava. O pessoa nega consumo de injetáveis e de outras substâncias.

O primeiro contacto com a Psiquiatria ocorreu aos 24 anos, em 2009, quando teve o primeiro episódio psicótico, tendo sido diagnosticado com Esquizofrenia Paranoide. Existiram no total 5 episódios de internamento:

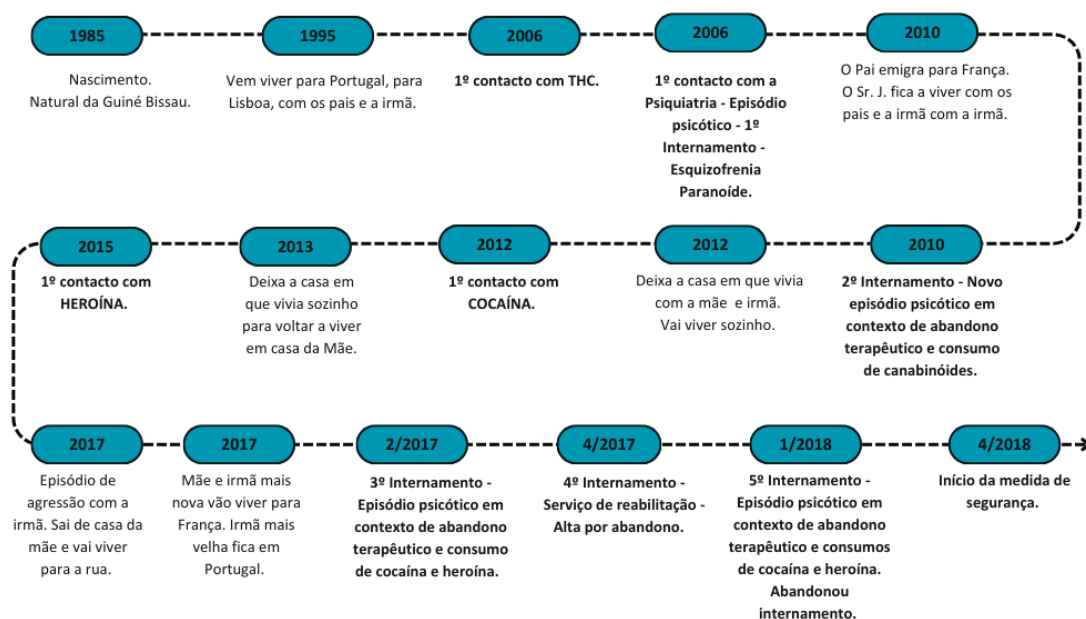
- 1º (junho de 2009) – 14 dias de internamento, 1º episódio psicótico;
- 2º (agosto de 2010) – Internamento involuntário durante 44 dias, episódio psicótico em contexto de abandono terapêutico e consumo de canabinóides;
- 3º (fevereiro de 2017) – Internamento involuntário de 49 dias, episódio psicótico em contexto de abandono terapêutico e consumos de cocaína e heroína;
- 4º (abril de 2017) – Internamento voluntário, no serviço de reabilitação, alta por abandono;
- 5º (janeiro de 2018) – Internamento voluntário de 37 dias, episódio psicótico em contexto de abandono terapêutico e consumos de cocaína e heroína. Abandonou o internamento.

- **HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL**

Pessoa deu entrada no UIPF a 10 de abril de 2024 para cumprimento da medida de segurança, transferido de um estabelecimento prisional da região norte do país. A data da detenção é 24 de maio de 2018, sendo este o primeiro contacto com o sistema prisional.

Com diagnóstico de Esquizofrenia paranoide (F20.0/CID 10) e transtornos mentais e do comportamento devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19/CID 10).

Apresenta-se vígil, orientado nas três dimensões, com comportamento adequado, discurso espontâneo e coerente. Humor eutímico, afável ao contacto, atenção fácil de captar e manter, sem alterações do pensamento. Estabelece contacto ocular. Não se deteta atividade delirante ou alucinatória.



• ADESÃO/GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Pessoa com história de incumprimento e abandono da terapêutica. No internamento, adere ao regime medicamentoso.

Medicação prescrita no internamento (nome/dose/horário):

FÁRMACO	VIA DE ADMNISTRAÇÃO	DOSE	HORÁRIO
Diazepam	PO	10mg	19h
Diazepam	PO	5mg	9h
Mirtazapina	PO	30mg	19h
Quetiapina	PO	200mg	21h
Olanzapina	PO	20mg	21h
Olanzapina	PO	10mg	9h

Medicação prescrita no internamento em SOS (nome/dose/horário):

FÁRMACO	VIA DE ADMNISTRAÇÃO	DOSE	FREQUÊNCIA
Diazepam	PO	5mg	12/12h
Clorpromazina	IM	25mg	12/12h

• EXPECTATIVAS

Tem como objetivo quando terminar a medida de segurança ir viver com a irmã em Lisboa, encontrar um emprego, juntar dinheiro para depois ir ter com os pais a França. Refere que não quer voltar a consumir porque essa é razão para ter iniciado os crimes de furto que o levou a estar na UIPF. Quer sentir-se capaz para retomar as atividades que lhe dão prazer,

como voltar a jogar futebol e andar de bicicleta. Quer recuperar o estado de saúde e a harmonia familiar.

Fonte/s de dados: Admissão do pessoa, entrevista clínica, consulta do processo clínico e equipa multidisciplinar.

APÊNDICE III - PLANEAMENTO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA TÉCNICA DE MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO

Planeamento Sessão 1 - TMC			
Data e Hora: 22/10/2024 às 11h30		Local: Gabinete da UIPF	
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro		Destinatário: Sr. J.
Objetivos Gerais:			
- Promover uma relação terapêutica; - Aumentar a consciencialização da pessoa face ao consumo de substâncias; - Reduzir os comportamentos disfuncionais associados ao consumo de substâncias; - Promover estratégias adaptativas para controlo de impulsos.			
Métodos:		Recursos:	
- Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		- Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Contrato terapêutico (Apêndice IV) - Plano de ação I e II (Apêndice VI)	
Fase	Conteúdo		Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão; - Obter consentimento para a recolha de dados.		5 min
Desenvolvimento	- Identificar com a pessoa comportamento que necessita de ser mudado; - Promover a consciencialização da pessoa; - Reforçar a necessidade para a mudança; - Explicar em que consiste a intervenção psicoterapêutica TMC qual a duração, o número de sessões previstas e o funcionamento das mesmas; - Informar sobre a importância da participação ativa da pessoa; - Efetivar um contrato terapêutico (Apêndice IV); - Incentivar a pessoa a identificar prós e contras do consumo de substâncias ilícitas (Apêndice V); - Solicitar plano de ação até à próxima sessão: - Descrever o dia-a-dia antes do internamento, identificando os contextos e fatores desencadeantes para o consumo de substâncias ilícitas (Apêndice VI e VII).		50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.		5 min

Planeamento Sessão 2 - TMC		
Data e Hora: 23/10/2024 às 16h30		Local: Gabinete da UIPF
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: Sr. J.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Aumentar a consciencialização da pessoa face ao consumo de substâncias; - Reduzir os comportamentos disfuncionais associados ao consumo de substâncias; - Promover estratégias adaptativas para controlo de impulsos.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Planos de ação (Apêndice VIII, IX e X).
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Solicitar à pessoa que faça um resumo do que foi abordado na sessão anterior; - Avaliar o progresso inter-sessão; - Discutir o plano de ação proposto na sessão anterior: - Analisar o contexto diário antes do consumo (Apêndice VI). - Encorajar a pessoa a avaliar o seu comportamento, no intuito deste refletir sobre as consequências e áreas de impacto que o consumo de substâncias tem na sua vida; - Informar a pessoa sobre os mecanismos de aprendizagem que o levaram à aquisição do comportamento disfuncional (neste caso clínico foi por modelagem) e quais os fatores que contribuíram para a sua manutenção; - Solicitar à pessoa que complete o quadro relativo às situações que podem levar ao consumo / estratégia para evitar o consumo (Anexo VIII); - Discutir estratégias para evitar o consumo de substâncias; - Solicitar plano de ação até à próxima sessão: - Completar as frases solicitadas (Apêndice IX) - Escrever a sua visão para o futuro nas áreas de impacto identificadas na primeira sessão (Apêndice X).	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

Planeamento Sessão 3 - TMC		
Data e Hora: 24/10/2024 às 11h30		Local: Gabinete da UIPF
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: Sr. J.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Aumentar a consciencialização da pessoa face ao consumo de substâncias; - Reduzir os comportamentos disfuncionais associados ao consumo de substâncias; - Promover estratégias adaptativas para controlo de impulsos.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Plano de ação (Apêndice XI).
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Solicitar à pessoa que faça um resumo do que foi abordado na sessão anterior; - Avaliar o progresso inter-sessão; - Discutir o plano de ação proposto na sessão anterior: - Analisar a motivação e posição da pessoa perante o consumo (Apêndice X). - Planear estratégias de modificação de comportamentos indesejáveis relacionados com o consumo de substâncias; - Analisar razões apresentadas para a eficácia dessas estratégias; - Hierarquizar as estratégias e a forma de as operacionalizar; - Ajudar a pessoa a identificar as áreas a serem modificadas no seu estilo de vida; - Solicitar plano de ação até à próxima sessão: - Escrever as metas para o futuro (Apêndice XI).	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

Planeamento Sessão 4 - TMC		
Data e Hora: 31/10/2024 às 16h30		Local: Gabinete da UIPF
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: Sr. J.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Aumentar a consciencialização da pessoa face ao consumo de substâncias; - Reduzir os comportamentos disfuncionais associados ao consumo de substâncias; - Promover estratégias adaptativas para controlo de impulsos.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Plano de ação (Apêndice XII).
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Solicitar à pessoa que faça um resumo do que foi abordado na sessão anterior; - Avaliar o progresso inter-sessão; - Solicitar à pessoa que enumere vantagens e desvantagens de não consumir (Apêndice XII); - Treinar as estratégias de modificação do comportamento analisadas na sessão anterior; - Assistir a pessoa na identificação dos seus pontos positivos e a reforçá-los; - Analisar a reação da pessoa perante situações imaginadas (<i>role playing</i>) e quais as estratégias que utilizaria em cada situação em cada situação criada.	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

Planeamento Sessão 5 - TMC		
Data e Hora: 29/10/2024 às 16h30		Local: Gabinete da UIPF
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: Sr. J.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Aumentar a consciencialização da pessoa face ao consumo de substâncias; - Reduzir os comportamentos disfuncionais associados ao consumo de substâncias; - Promover estratégias adaptativas para controlo de impulsos.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Plano de ação (Apêndice XIII e XIV).
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Solicitar à pessoa que faça um resumo do que foi abordado na sessão anterior; - Avaliar o progresso inter-sessão; - Avaliar de que forma a sua família e pessoas significativas podem ser envolvidas na mudança de comportamento; - Informar e analisar recursos disponíveis após cumprimento de medida de segurança; - Fornecer impresso com contactos de emergência (Apêndice XIII) - Elaborar um plano de prevenção de recaídas com a pessoa (Apêndice XIV)	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

Planeamento Sessão 6 - TMC		
Data e Hora: 29/10/2024 às 16h30		Local: Gabinete da UIPF
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: Sr. J.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Avaliar resultados obtidos através de instrumentos de avaliação.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Instrumentos de avaliação.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Solicitar à pessoa que faça um resumo do que foi abordado na sessão anterior; - Dar reforço positivo pelo progresso observado nas sessões e pelo desenvolvimento de estratégias de mudança de comportamento, que deverão ser aplicadas após término da medida de segurança; - Elogiar os esforços de autocontrolo desenvolvidos; - Salientar que só será possível mudar se tiver autocontrolo; - Salientar a importância do planeamento individual das atividades a realizar no dia-a-dia; - Informar sobre a importância de vigilância da saúde e adesão ao regime terapêutico prescrito e a um estilo de vida/hábitos de vida saudáveis; - Aplicar instrumentos de avaliação: SOCRATES 8D (Anexo II); Resultado NOC Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas (1630) (Anexo IV).	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Orientar para <i>follow-up</i>; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

APÊNDICE IV – CONTRATO TERAPÊUTICO

CONTRATO TERAPÊUTICO

Por favor, leia com atenção, se tiver alguma dúvida não hesite em colocá-la e se estiver de acordo, assine no local indicado.

Tendo em conta os dados obtidos na entrevista clínica já realizada, é prescrita a intervenção psicoterapêutica técnica de modificação de comportamento, cujo objetivo é: promover a modificação do comportamento que conduziu a este internamento.

Terá a duração prevista de seis sessões de 60 minutos cada uma, previamente agendadas. No conjunto das sessões ser-lhe-á pedido que realize planos de ação para a sessão seguinte, como por exemplo escrever, de forma sucinta, vantagens e desvantagens do comportamento em causa, entre outros.

A intervenção será interrompida caso: manifeste vontade abandonar a mesma; haja alguma alteração de sintomatologia que assim o justifique; a enfermeira estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica entenda que a intervenção não esteja a surtir os efeitos previstos.

Todas as informações transmitidas durante a intervenção são absolutamente sigilosas, ficando o seu registo restrito ao processo clínico para que outros profissionais da unidade possam consultar no âmbito da assistência multidisciplinar prestada.

A sua assinatura significa que leu e compreendeu todas as questões abordadas no contrato e que se compromete a colaborar ativamente ao longo de todo o processo.

Data:

Assinatura:

APÊNDICE V – PLANO DE AÇÃO I

PRÓS E CONTRAS NAS ÁREAS DE IMPACTO

Escreva os prós e contras dos seus consumos nas diferentes áreas da sua vida.

ÁREAS DE IMPACTO	PRÓS	CONTRAS
FAMÍLIA		
TRABALHO		
VIDA SOCIAL		
AUTOESTIMA		
SAÚDE FÍSICA/EMOCIONAL		
QUESTÕES LEGAIS/JUSTIÇA		
OUTRA(S)? ESPECIFIQUE: 		

APÊNDICE VI – PLANO DE AÇÃO II

DESCRIÇÃO DO DIA-A-DIA

Descreva um dia típico da sua vida, antes do internamento.

MANHÃ:

TARDE:

NOITE:

APÊNDICE VII – PLANO DE AÇÃO III

Indique o contexto e os fatores desencadeantes para o consumo.

CONTEXTO	O QUE O LEVOU A CONSUMIR?

APÊNDICE VIII – PLANO DE AÇÃO IV

Imagine quais as situações que o possam levar ao consumo de substâncias ilícitas (por exemplo: festas, bares, estado de espírito, após o trabalho, discussões, críticas, pessoas em particular, tensão, sentir-se só, aborrecimento, insónia, fins de semana, quando os outros estão a consumir, etc.), descreve-as e indique quais as estratégias que poderá adotar para evitar o consumo.

SITUAÇÃO QUE POSSA LEVAR AO CONSUMO	ESTRATÉGIA PARA EVITAR O CONSUMO

APÊNDICE XI – PLANO DE AÇÃO IV

Complete as frases:

Neste momento desejaria

A maioria das pessoas que conheço

Lamento que

O meu objetivo é

Tenho medo que

Sinto orgulho em

Estou aqui porque

Aquilo que me assusta quando terminar a medida de segurança é

Uma mudança que desejo fazer em mim mesmo é

Uma ideia que tenho acerca de como começar a fazer a esta mudança é

A primeira coisa que desejo fazer quando terminar a medida de segurança é

APÊNDICE X – PLANO DE AÇÃO V

Na primeira sessão foi preenchida uma folha com os prós e os contras nas áreas de impacto que o comportamento aditivo. Com base nas escolhas, descreva qual é a sua visão do futuro, nas mesmas áreas de impacto.

ÁREAS DE IMPACTO	A MINHA VISÃO PARA O FUTURO
FAMÍLIA	
TRABALHO	
VIDA SOCIAL	
AUTOESTIMA	
SAÚDE FÍSICA/EMOCIONAL	
QUESTÕES LEGAIS/JUSTIÇA	
OUTRA(S)? ESPECIFIQUE: 	

APÊNDICE XI – PLANO DE AÇÃO VI

Em cada área, defina metas para concretizar no futuro.

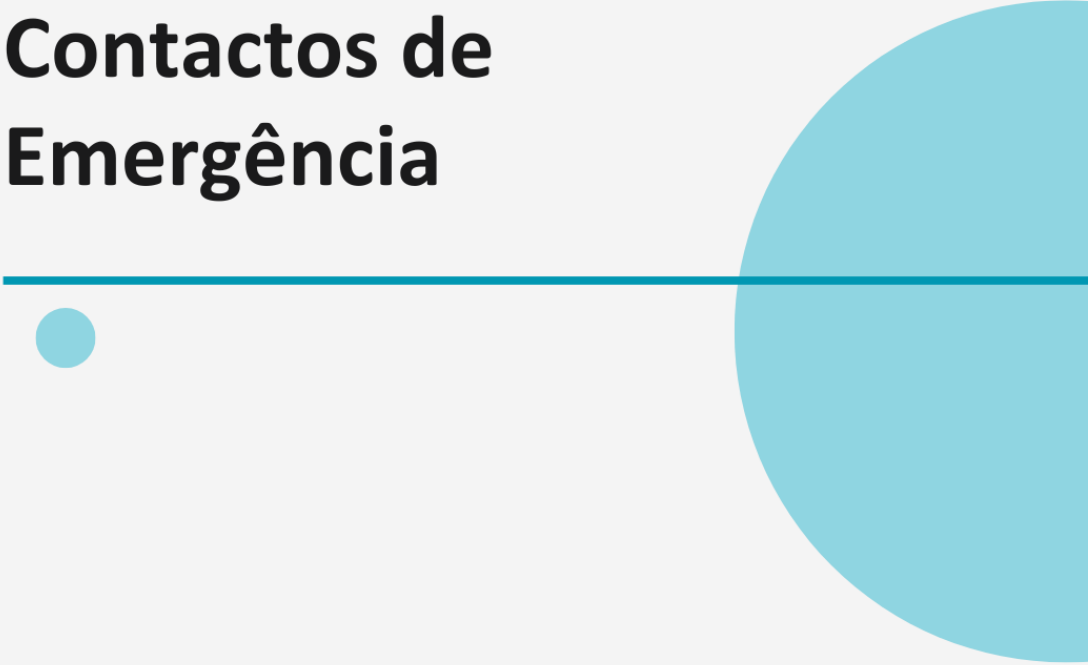
SAÚDE FÍSICA/EMOCIONAL
META:
FAMÍLIA/AMIGOS
META:
TRABALHO
META:
REALIZAÇÕES PESSOAIS
META:
FINANCEIRA
META:

APÊNDICE XII – PLANO DE AÇÃO VII

Complete o quadro, enumerando as vantagens pessoais de não consumir substâncias ilícitas.

VANTAGENS FÍSICAS	VANTAGENS EMOCIONAIS	VANTAGENS SOCIAIS	VANTANGENS FINANCEIRA

Contactos de Emergência



Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

Linha 1414

E-mail: 1414@icad.min-saude.pt.

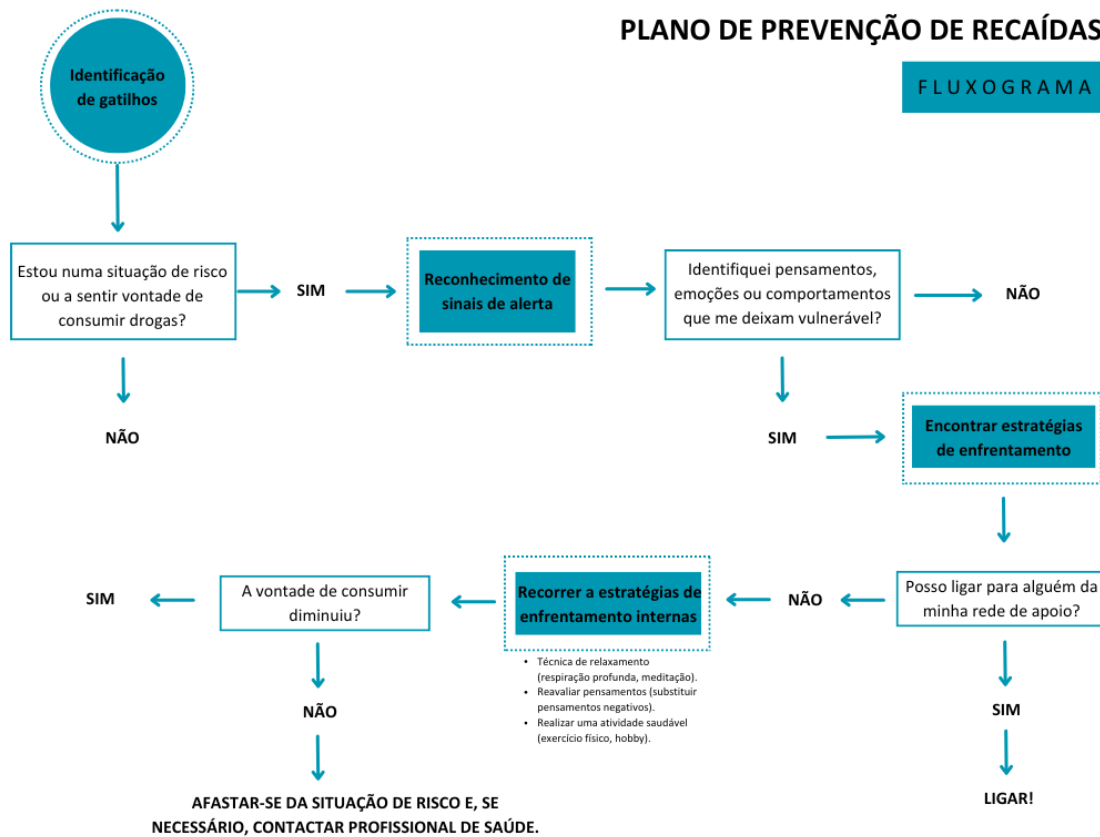
Todos os dias úteis entre as 10h00 e as 18h00.



APÊNDICE XIV – PLANO DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

PLANO DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

FLUXOGRAMA



APÊNDICE XV – AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

	Participação			Envolvimento		
	REDUZIDA	MODERADA	ELEVADA	REDUZIDO	MODERADO	ELEVADO
Sessão 1			X			X
Observações: Durante a sessão a pessoa alvo de cuidados mostrou-se recetivo e colaborante ao longo da sessão. Participou ativamente na identificação de comportamentos a modificar e refletiu sobre os prós e contras do uso de substâncias. Demonstrou interesse na interesse, evidenciando motivação e boa predisposição para o trabalho terapêutico.						
Sessão 2			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados mostrou-se motivada, colaborante e com boa capacidade de autorreflexão. Recordou adequadamente os conteúdos da sessão anterior e descreveu de forma clara o seu contexto de consumo de substâncias. Revelou consciência dos impactos do consumo e reconheceu a influência do ambiente. Participou ativamente na discussão de estratégias de prevenção.						
Sessão 3			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados apresentou-se envolvida e colaborante, recordando adequadamente a sessão anterior e demonstrando progressos na clareza da sua motivação para a mudança. Participou ativamente na definição e hierarquização de estratégias de modificação comportamental, justificando as escolhas com coerência. Identificou áreas a melhorar no seu estilo de vida.						
Sessão 4			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados manteve-se participativa e motivada e colaborante, recordando com facilidade a sessão anterior e demonstrando progressos. Refletiu de forma clara sobre as vantagens da abstenção e identificou pontos positivos da mesma. Participou ativamente no <i>role playing</i> , aplicando estratégias adequadas às situações simuladas.						
Sessão 5			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados apresentou-se colaborante e reflexivo, resumindo adequadamente a sessão anterior e demonstrando continuidade no progresso. Mostrou-se disponível para envolver a família no processo de mudança aquando da alta, reconhecendo, igualmente, a importância do apoio social. Participou ativamente na análise de recursos disponíveis após o cumprimento da medida de segurança e acolheu com interesse os contactos de emergência fornecidos. Colaborou na elaboração do plano de prevenção de recaídas, evidenciando consciência dos riscos e estratégias de proteção.						
Sessão 6			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados mostrou-se recetiva e colaborante, resumindo com clareza os conteúdos da sessão anterior. Demonstrou reconhecimento dos progressos alcançados e das estratégias desenvolvidas ao longo das sessões, evidenciando sentido de responsabilidade face ao término da medida de segurança. Reagiu positivamente ao reforço dos elogios quanto ao seu autocontrolo, reconhecendo a importância do mesmo para a continuidade da mudança. Mostrou-se sensibilizado para necessidade de planear a rotina, mantendo uma atitude motivada. Colaborou na aplicação dos instrumentos de avaliação.						

APÊNDICE XVI – PLANEAMENTO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PSICOEDUCAÇÃO

Planeamento Sessão 1 – Psicoeducação		
Data e Hora: 02/11/2024 às 16h30	Local: Gabinete da UIPF	
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: Sr. J.
Objetivos Gerais: • Promover uma relação terapêutica; • Promover literacia em saúde mental; • Facilitar a gestão de sinais e sintomas; • Promover a adesão ao regime medicamentoso.		
Métodos: • Expositivo; • Participativo; • Ativo; • Interrogativo.		Recursos: • Mesa e cadeiras; • Material de escrita; • Contrato terapêutico. • Guia da terapêutica prescrita; • Medicação.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	• Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); • Explicar o objetivo da sessão; • Obter consentimento para a recolha de dados.	5 min
Desenvolvimento	• Clarificar o motivo e o objetivo da intervenção em função do diagnóstico de enfermagem; • Explicar em que consiste a intervenção psicoterapêutica Psicoeducação e qual a duração, o número de sessões previstas e o funcionamento das mesmas; • Informar sobre objetivos e expectativas: ○ Enfatizar os benefícios a curto e a longo prazo a serem obtidos. • Efetivar um contrato terapêutico (Apêndice XVII); • Informar sobre literacia em saúde mental; • Informar sobre gestão de sinais e sintomas no processo de doença; • Informar sobre o regime medicamentoso (nomes, doses e frequência); • Informar sobre o efeito terapêutico da medicação; • Informar sobre a importância e benefícios da adesão ao regime medicamentoso; • Identificar os fatores facilitadores de adesão ao regime medicamentoso; • Identificar os fatores de risco para a não adesão ao regime medicamentoso; • Informar sobre as consequências da não adesão ao regime medicamentoso.	50 min

Conclusão	• Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; • Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; • Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; • Agendar a próxima sessão; • Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min
-----------	--	-------

Planeamento Sessão 2 – Psicoeducação		
Data e Hora: 04/11/2024 às 16h30		Local: Gabinete da UIPF
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: Sr. J.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Promover a adesão ao regime medicamentoso.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Guia da terapêutica prescrita; - Medicação.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Solicitar à pessoa que faça um resumo do que foi abordado na sessão anterior; - Avaliar o progresso inter-sessão; - Informar sobre a diferença entre efeitos secundários e reações adversas; - Informar sobre os principais efeitos secundários e reações adversas da medicação prescrita; - Informar sobre o que fazer perante a presença de uma reação adversa; - Informar sobre a importância da comunicação com a equipa de saúde.	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

Planeamento Sessão 3 – Psicoeducação		
Data e Hora: 08/11/2024 às 16h30		Local: Gabinete da UIPF
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: Sr. J.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Promover a adesão ao regime medicamentoso; - Avaliar resultados da intervenção através de instrumentos de avaliação.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Guia da terapêutica prescrita; - Plano de ação (Apêndice XVII e XVIII); - Instrumentos de avaliação.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Solicitar à pessoa que faça um resumo do que foi abordado na sessão anterior; - Identificar estratégias de adesão ao regime medicamentoso (uso de alarmes de aviso, organização de caixas de medicação, etc.) - Incentivar a pessoa na autonomia da preparação da medicação; - Realização de um guia do regime medicamentoso individual (Apêndice XVII); - Analisar o panfleto “Adesão ao regime medicamentoso” (Apêndice XVIII); - Avaliar o trabalho desenvolvido e obter feedback sobre a intervenção: - Utilizar a discussão para promover a expressão de conhecimentos obtidos; - Aplicar instrumentos de avaliação: Resultado NOC Conhecimento: Medicamento (1808) (Anexo VIII).	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Orientar para <i>follow-up</i>; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

APÊNDICE XVII – CONTRATO TERAPÊUTICO

CONTRATO TERAPÊUTICO

Por favor, leia com atenção, se tiver alguma dúvida não hesite em colocá-la e se estiver de acordo, assine no local indicado.

Tendo em conta os dados obtidos na entrevista clínica já realizada, é prescrita a intervenção psicoterapêutica Psicoeducação, cujo objetivo é: promover literacia em saúde, conhecimento sobre a doença e sobre o regime medicamentoso.

Terá a duração prevista de três sessões de 60 minutos cada uma, previamente agendadas.

A intervenção será interrompida caso: manifeste vontade abandonar a mesma; haja alguma alteração de sintomatologia que assim o justifique; a enfermeira estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica entenda que a intervenção não esteja a surtir os efeitos previstos.

Todas as informações transmitidas durante a intervenção são absolutamente sigilosas, ficando o seu registo restrito ao processo clínico para que outros profissionais da unidade possam consultar no âmbito da assistência multidisciplinar prestada.

A sua assinatura significa que leu e compreendeu todas as questões abordadas no contrato e que se compromete a colaborar ativamente ao longo de todo o processo.

Data:

Assinatura:

APÊNDICE XVIII - PLANO DE AÇÃO I

Guia regime medicamentoso

NOME MEDICAMENTO	DOSE	HORÁRIO

ADESÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO



Benefícios da adesão ao regime medicamentoso

- Ajuda no controlo dos sintomas
- Aumenta a estabilidade emocional
- Pode ajudar a reduzir a vontade de consumir substâncias
- Evita recaídas
- Evita hospitalizações

MELHORA
QUALIDADE
VIDA



Dicas para garantir a toma da medicação

- Estabelecer rotinas: definir um horário fixo para tomar a medicação no mesmo horário todos os dias
- Usar caixa organizadora de medicamentos
- Usar alarme de aviso sonoro



O que fazer se existirem efeitos secundários?

- CONTACTAR O MÉDICO



Consequências da não adesão ao regime medicamentoso

- Recorrência dos sintomas
- Agravamento da condição de saúde
- Afeta negativamente a eficácia do tratamento



Fatores facilitadores da adesão ao regime medicamentoso

- Nível adequado de informação recebida
- Confiança nos profissionais de saúde
- Motivação
- Reconhecimento da doença

APÊNDICE XX – AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

	Participação			Envolvimento		
	REDUZIDA	MODERADA	ELEVADA	REDUZIDO	MODERADO	ELEVADO
Sessão 1			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados apresentou-se atenta, receptiva e participativa ao longo da sessão. Demonstrou interesse em compreender o objetivo da intervenção psicoeducativa e os benefícios associado à mesma. Revelou boa capacidade de compreensão relativamente à gestão da doença, ao regime medicamentoso e à importância da adesão terapêutica. Evidenciou consciência das possíveis consequências da falta de adesão ao regime medicamentoso, comparando inclusive com episódios do passado.						
Sessão 2			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados apresentou-se atenta e participativa, resumindo corretamente os pontos abordados na sessão anterior. Demonstrou progresso no entendimento dos tópicos abordados. Mostrou-se receptivo às informações disponibilizadas, mostrando compreensão pelas mesmas. Aceitou bem as orientações sobre como proceder em caso da presença de reações adversas e demonstrou a importância de manter comunicação com a equipa de saúde, evidenciando compromisso com o autocuidado.						
Sessão 3			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados mostrou-se colaborante e atenta, resumindo adequadamente os conteúdos abordados na sessão anterior. Participou ativamente na identificação de estratégias para melhorar a adesão ao regime medicamentoso. Demonstrou interesse e motivação ao ser incentivado a assumir maior autonomia na preparação da medicação. Colaborou na elaboração do guia do regime medicamentoso individual e analisou o panfleto fornecido. Partilhou de forma positiva o feedback sobre a intervenção e demonstrou boa compreensão dos conhecimentos adquiridos, evidenciada pela aplicação dos instrumentos de avaliação.						

APÊNDICE XXI – PLANEAMENTO DA ENTREVISTA

Planeamento Entrevista Clínica		
Data e Hora: 19/12/2024 às 11h30		Local: Gabinete da UCC
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: D. C.
Objetivos Gerais: • Estabelecer o primeiro contacto com a pessoa; • Promover uma relação terapêutica com a pessoa; • Executar a avaliação de enfermagem; • Aplicar instrumentos de avaliação; • Identificar possíveis diagnósticos de enfermagem.		
Métodos: • Participativo; • Expositivo • Ativo; • Interrogativo.		Recursos: • Mesa e cadeiras; • Material de escrita; • Instrumentos de avaliação.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	• Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); • Apresentação (primeiro e último nome, título profissional); • Questionar como gosta de ser tratada; • Obtenção de consentimento para recolha de dados, salvaguardando a confidencialidade e sigilo profissional.	5 min
Desenvolvimento	• Questionar sobre: dados pessoais, processo de adoecer, história de doença atual, hábitos de vida/atividades de vida diárias; • Elaboração de Genograma e Ecomapa; • Monitorizar peso, altura e sinais vitais; • Aplicação de instrumentos de avaliação: Resultado NOC Cognição (0900) (Anexo XIII); Resultado NOC Nível de ansiedade (1402) (Anexo IX); NOC Autocontrolo Ansiedade (1211) (XI).	50 min
Conclusão	• Realizar resumo da informação abordada (englobando aspetos principais da entrevista e feedback dos diagnósticos de enfermagem identificados); • Esclarecimento de dúvidas; • Agendamento do próximo contacto; • Despedida formal com acompanhamento até à porta.	5 min

APÊNDICE XXII – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- **HISTÓRIA BIOPSISSOCIAL**

Nome: C. T.

Nome favorito: C.

Idade: 41 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Casada

Agregado familiar composto por: 3

Residência: Porto

Naturalidade: Porto

Nacionalidade: Portuguesa

Habilitações literárias: 9º ano de escolaridade incompleto: curso profissional de cozinheira

Profissão: Doméstica, limpeza de alojamentos locais

Situação Profissional: Empregada

Pessoa a contactar/relação de parentesco:

- **ANAMNESE**

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide.

Antecedentes pessoais: Nega antecedentes médicos e/ou cirúrgicos.

Exame físico:

Sinais Vitais:

TA – 102/73 mmHg; FC – 81 bpm (amplo, rítmico e regular); T – 36,2°C; Dor – 0 (Escala Numérica da dor)

Estado Nutricional:

Peso: 47kg; Altura: 1,56m

IMC: 19,1 kg/m² (Normal)

Pele e mucosas: Coradas e hidratadas

Hábitos de vida:

Independente nos autocuidados.

Habitualmente faz seis refeições por dia.

Sono-reposou: Refere dormir entre três a seis horas por noite e uma a duas horas de dia.

Eliminação vesical: Sem alterações

Eliminação intestinal: Regular

Estilos de vida:

Consumo de tabaco: Refere fumar dois maços de tabaco por dia.

Consumo de drogas: Segundo a pessoa terá tido consumos de haxixe aos 21 anos de forma regular. Atualmente assume consumos de forma esporádica em contextos festivos e em situações de ansiedade mais marcada.

Consumo de álcool: Refere beber dois copos de vinho por dia, às das refeições.

Consumo de cafeína: Seis cafés por dia.

- **EXAME PSICOLÓGICO**

Pessoa vígil, orientada nas três dimensões, comportamento adequado, aspeto cuidado, porém emagrecido. Afável ao contacto, humor eutímico, postura descontraída, notória ligeira inquietação psicomotora que a pessoa descreve como constitucional.

Discurso espontâneo e coerente embora semanticamente empobrecido.

Atenção fácil de captar e manter. Não se apuram alterações na forma, curso ou conteúdo do pensamento. Sem alterações senso percetivas, não se observam atitudes ou posturas sugestivas da mesma.

- **HISTÓRIA FAMILIAR**

É filha única, contudo teve um irmão mais velho com diagnóstico de esquizofrenia, fruto de um relacionamento anterior da mãe. Tem uma irmã mais nova, a viver em Espanha, filha do atual casamento do pai.

Viveu com os pais e com a irmão mais velho até aos 14 anos.

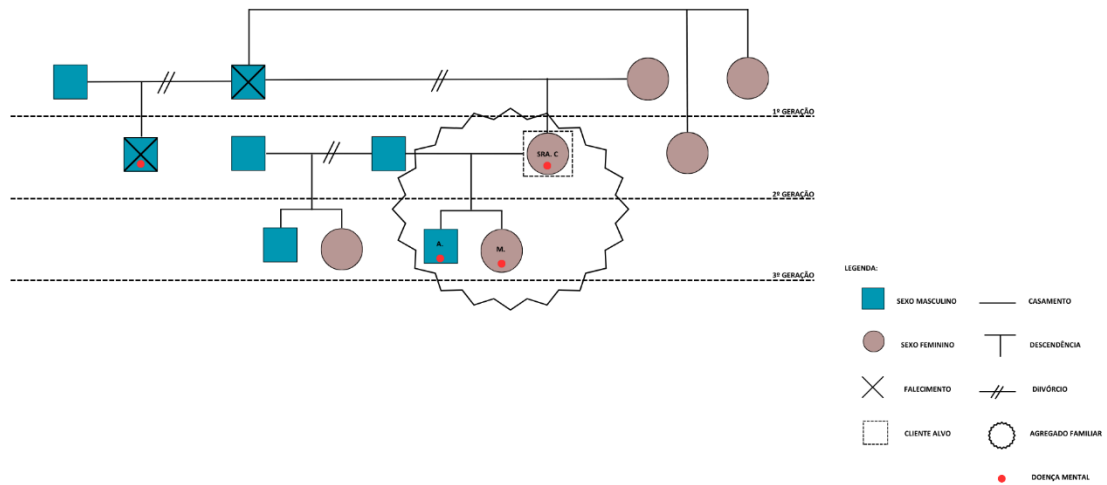
O irmão mais velho faleceu com 19 anos de idade resultado de suicídio.

Teve um primeiro casamento do qual resultaram dois filhos, atualmente com 23 e 24 anos. Durante o primeiro casamento, por dificuldades financeiras, refere ter emigrado com o marido para a Holanda durante dois anos. Nesse período os filhos ficaram ao encargo dos avós paternos.

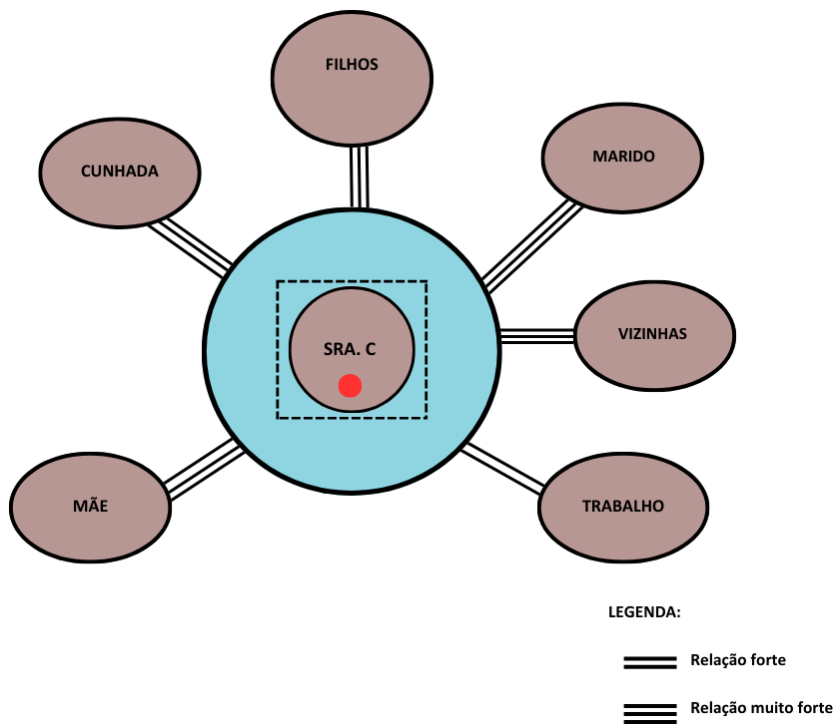
Do casamento atual, tem dois filhos, agora com 16 e sete anos. O marido encontra-se a cumprir pena de prisão há três anos.

Os filhos do 1º casamento atualmente vivem atualmente com os avós paternos.

Genograma:



Ecomapa:



HISTÓRIA SOCIAL

Segundo a pessoa tem uma boa relação com a mãe e com a cunhada. Refere que o Pai se encontra a viver em Espanha e que o contacto com o mesmo é esporádico.

A pessoa refere ainda uma boa relação com as vizinhas, "... cozinho muitas vezes para elas." (SIC).

- **HISTÓRIA DA INFÂNCIA**

Durante a entrevista a pessoa refere ter nascido e vivido desde sempre no porto, em contexto social precário. Refere uma infância marcada pelo comportamento do irmão mais velho.

- **HISTÓRIA LABORAL**

Iniciou o contexto laboral, a tomar conta de crianças, aos 11 anos de idade, quando ainda se encontrava a estudar.

Aos 14 anos, abandonou os estudos, estava a frequentar um curso profissional de cozinheira.

- **HISTÓRIA DE CONSUMOS**

Antecedentes de consumo de haxixe desde os 21 anos. A pessoa nega consumo de injetáveis e de outras substâncias.

No processo existem dados relativos ao ano de 2023 de seguimento em consulta no CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes), por história de consumo que a pessoa não assume.

- **PROCESSO DE ADOECER**

O primeiro contacto com a Psiquiatria ocorreu aos 28 anos, em 2011, quando teve o primeiro episódio psicótico, tendo sido diagnosticado com Esquizofrenia Paranoide. Existiram no total dois episódios de internamento, o primeiro em agosto de 2011 e o segundo em julho de 2014 em contexto de contexto de incumprimento terapêutico.

- **HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL**

Com diagnóstico de Esquizofrenia paranoide (F20.0/CID 10).

- **ADESÃO/GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO**

Pessoa com história de incumprimento e abandono da terapêutica no passado. Atualmente a cumprir de 28 em 28 dias Haldol Decanoato.

Fonte/s de dados: Admissão do pessoa, entrevista clínica, consulta do processo clínico e equipa multidisciplinar.

APÊNDICE XXIII – PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL

Planeamento Sessão 0 – RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL		
Data e Hora: 13/01/2025 às 11h30		Local: Gabinete da UCC
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: D. C.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Realizar colheita de dados que permita a compreensão das suas necessidades; - Clarificar possíveis diagnósticos de enfermagem.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Contrato terapêutico (Apêndice XXIII).
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão; - Obter consentimento para a recolha de dados.	5 min
Desenvolvimento	- Estabelecer contacto/ligação com a pessoa; - Questionar sobre o que levou a procurar ajuda; - Avaliar numa escala de 0 a 10 a motivação e interesse da pessoa em identificar e resolver o seu problema; - Clarificar as expectativas recíprocas face à dificuldade que foi identificada; - Identificar um diagnóstico de Enfermagem que retrate a necessidade de ajuda; - Propor uma estratégia de intervenção adaptada à pessoa e ao seu problema, clarificando as responsabilidades e tarefas de cada um; - Informar sobre a intervenção. - Negociar contrato terapêutico e assinar o documento (Apêndice XXIII).	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

Planeamento Sessão 1 - RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL		
Data e Hora: 19/01/2025 às 11h30		Local: Gabinete da UCC
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: D. C.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Identificar e clarificar diagnóstico de enfermagem ativo; - Analisar os fatores concorrentes para o diagnóstico de enfermagem e as situações que o desencadeiam; - Clarificar o funcionamento das sessões e definir objetivos principais; - Esclarecer sobre a intervenção psicoterapêutica: relação de ajuda profissional.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Explicar em que consiste a intervenção psicoterapêutica: relação de ajuda profissional, qual a duração e o número de sessões previstas; - Clarificar os papéis dos intervenientes; - Clarificar e caracterizar o diagnóstico de enfermagem ao qual a relação de ajuda profissional pode dar resposta; - Analisar com a pessoa os fatores concorrentes para o diagnóstico de enfermagem e as situações que o desencadeiam; - Clarificar as implicações do diagnóstico de enfermagem; - Definir objetivos e avaliar as expectativas quanto à intervenção; - Orientar sobre a importância da participação ativa da pessoa no processo de mudança; - Favorecer a criação de um clima de confiança através de uma postura de aceitação e de não julgamento.	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

Planeamento Sessão 2 - RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL		
Data e Hora: 09/01/2025 às 11h30		Local: Gabinete da UIPF
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: D. C.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Auxiliar no processo de identificação de estratégias necessárias para a resolução do problema; - Explorar a experiência com a ansiedade; - Ensinar/treinar técnicas de auto relaxamento.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Plano de ação (Apêndice XXIV).
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- A Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Explorar a perceção da pessoa sobre o seu problema (sintomas, gatilhos, impacto no dia a dia); - Avaliar as dificuldades de resolução de problemas e as suas causas; - Executar escuta ativa; - Oferecer suporte emocional; - Executar a técnica de relaxamento respiratório (respiração diafragmática) para auto relaxamento quando necessário; - Instruir sobre o uso da técnica de relaxamento respiratório; - Solicitar plano de ação até à próxima sessão: - Que a pessoa registe episódios de ansiedade (situação, pensamentos, emoções e reações físicas) (Apêndice XXIV); - Praticar técnica de relaxamento respiratório.	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

Planeamento Sessão 3 - RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL		
Data e Hora: 16/01/2025 às 11h30		Local: Gabinete da UCC
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: D. S.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Auxiliar no processo de identificação de estratégias necessárias para a resolução do problema - Auxiliar a D. C. no treino de competências para a utilização das estratégias identificadas e necessárias para a resolução do problema; - Trabalhar a autorreflexão sobre os pensamentos automáticos; - Explorar e reforçar estratégias de coping eficazes.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Solicitar à pessoa que faça um resumo do que foi abordado na sessão anterior; - Discutir o plano de ação proposto na sessão anterior: - Analisar as situações do dia a dia em que refere ansiedade, quais as manifestações e impacto das mesmas; - Reflexão sobre a utilização da técnica de respiração diafragmática. - Executar escuta ativa; - Oferecer suporte emocional; - Solicitar plano de ação até à próxima sessão: - Que a pessoa identifique as dificuldades que sente no dia a dia e o que pode mudar.	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

Planeamento Sessão 4 - RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL		
Data e Hora: 22/01/2025 às 11h30		Local: Gabinete da UCC
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: D. S.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica com a D. C.; - Consolidar estratégias aprendidas; - Aumentar a confiança da D. C. na gestão da ansiedade.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Solicitar à pessoa que faça um resumo do que foi abordado na sessão anterior; - Discutir o plano de ação proposto na sessão anterior: - Analisar vantagens e desvantagens das estratégias delineadas. - Ajudar a pessoa a identificar sinais precoces de ansiedade; - Analisar os meios utilizados pela pessoa para resolver o problema; - Ensinar sobre estratégias de coping; - Permitir que a pessoa verbalize medos, preocupações, indecisões e inseguranças.	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar a próxima sessão; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

Planeamento Sessão FINAL - RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL		
Data e Hora: 29/01/2025 às 11h30		Local: Gabinete da UCC
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: D. S.
Objetivos Gerais: - Promover uma relação terapêutica; - Reavaliar a pessoa e o seu problema.		
Métodos: - Expositivo; - Participativo; - Ativo; - Interrogativo.		Recursos: - Mesa e cadeiras; - Material de escrita; - Instrumentos de avaliação.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	- Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Explicar o objetivo da sessão.	5 min
Desenvolvimento	- Solicitar à pessoa para fazer uma síntese do percurso percorrido; - Rever com a pessoa o processo de mudança; - Aplicação de instrumentos de avaliação: Resultado NOC Nível de ansiedade (1402) (Anexo X); NOC Autocontrolo Ansiedade (1211) (Anexo XII). - Solicitar à pessoa uma avaliação da intervenção que se concluiu.	50 min
Conclusão	- Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; - Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; - Orientar para <i>follow-up</i>; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

APÊNDICE XXIV – CONTRATO TERAPÊUTICO

CONTRATO TERAPÊUTICO

Por favor, leia com atenção, se tiver alguma dúvida não hesite em colocá-la e se estiver de acordo, assine no local indicado.

Tendo em conta os dados obtidos na entrevista clínica já realizada, é prescrita a intervenção psicoterapêutica relação de ajuda profissional, cujo objetivo é: melhorar e capacitar para que, em função dos seus recursos, seja capaz de gerir de forma saudável o problema identificado.

Terá a duração prevista de sete sessões de 60 minutos cada uma, previamente agendadas.

A intervenção será interrompida caso: manifeste vontade abandonar a mesma; haja alguma alteração de sintomatologia que assim o justifique; a enfermeira estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica entenda que a intervenção não esteja a surtir os efeitos previstos.

Todas as informações transmitidas durante a intervenção são absolutamente sigilosas, ficando o seu registo restrito ao processo clínico para que outros profissionais da unidade possam consultar no âmbito da assistência multidisciplinar prestada.

A sua assinatura significa que leu e compreendeu todas as questões abordadas no contrato e que se compromete a colaborar ativamente ao longo de todo o processo.

Data:

Assinatura:

APÊNDICE XXV – PLANO DE AÇÃO I

QUANDO ACONTECE?	
COMO REAGE O MEU CORPO?	
QUE EMOÇÕES SINTO?	
O QUE PENSO?	
O QUE FAÇO?	
QUE BENEFÍCIOS TENHO AO CONSEGUIR LIDAR COM A ANSIEDADE?	
O QUE FICO IMPEDIDA DE FAZER QUANDO ESTOU ANSIOSA?	

APÊNDICE XXVI – AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

	Participação			Envolvimento		
	REDUZIDA	MODERADA	ELEVADA	REDUZIDO	MODERADO	ELEVADO
Avaliação Inicial / Sessão 0			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados mostrou-se receptiva e colaborante, identificando com clareza as razões para procurar ajuda. Demonstrou a sua motivação, refletindo interesse, mas também desafios. Aceitou a estratégia de intervenção proposta.						
Sessão 1			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados apresentou-se colaborante e atenta, compreendendo bem a intervenção. Participou ativamente na análise dos fatores que contribuem para o diagnóstico de enfermagem e as suas implicações. Definiu objetivos para a intervenção e expressou expectativas positivas e demonstrou compreensão sobre a importância da sua participação ativa.						
Sessão 2			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados mostrou-se colaborante, refletindo sobre os sintomas e gatilhos do seu problema. Reconheceu as dificuldades em resolver questões. Recebeu suporte emocional e praticou a técnica de relaxamento respiratório, mostrando-se receptiva à sua aplicação no uso. Comprometeu-se a registar episódios de ansiedade e a praticar a técnica até à próxima sessão.						
Sessão 3			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados mostrou-se colaborante, resumindo adequadamente a sessão anterior e discutindo as situações de ansiedade no seu dia a dia, refletindo sobre o uso da técnica de respiração diafragmática. Comprometeu-se a identificar dificuldades diárias e possíveis de mudança até à próxima sessão.						
Sessão 4			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados mostrou-se colaborante, resumindo a sessão anterior e analisando as estratégias propostas. Identificou sinais precoces de ansiedade e discutiu os meios utilizados para resolver o problema. Mostrou interesse nas estratégias de coping e verbalizou as suas preocupações e inseguranças, refletindo sobre a situação.						
Sessão final			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados mostrou-se colaborante, fez uma síntese do percurso percorrido, refletindo sobre o processo de mudança. Revisou de forma detalhada as etapas ao longo da intervenção. A aplicação dos instrumentos de avaliação foi realizada e a pessoa realizou uma avaliação positiva do processo, reconhecendo os progressos feitos e as áreas de melhoria.						

APÊNDICE XXVII – PLANEAMENTO TÉCNICA DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

Planeamento técnica de relaxamento muscular progressivo de <i>Jacobson</i>		
Data e Hora: 29/01/2025 às 11h30; 04/02/2025 às 11h30.		Local: Gabinete da UCC
Duração: 60 minutos	Dinamizador: Enf. Ana Monteiro	Destinatário: D. S.
Objetivos Gerais: • Promover uma relação terapêutica; • Promover o relaxamento através da técnica de relaxamento muscular progressivo de <i>Jacobson</i>; • Estimular o relaxamento; • Reduzir ansiedade.		
Métodos: • Interativo; • Expositivo; • Interrogativo.		Recursos: • Sala; • Colchão; • Rádio.
Fase	Conteúdo	Duração
Introdução	• Acolhimento da pessoa (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); • Explicar a dinâmica objetivo da atividade; • Gerir o ambiente físico (Diminuir ruído e luminosidade, minimizar estímulos externos).	5 min
Desenvolvimento	• Colocar música calma; • Pedir à pessoa para se descalçar e para se deitar no colchão; • Pedir à pessoa para se colocar numa posição confortável; • Realizar técnica de relaxamento muscular progressivo de <i>Jacobson</i> falando calma, suave e pausadamente.	50 min
Conclusão	• Realizar uma síntese final da informação abordada na sessão; • Solicitar feedback acerca do decurso da sessão; • Encorajar e dar tempo para colocar dúvidas; • Orientar para <i>follow-up</i>; • Despedida formal, com acompanhamento até à porta.	5 min

APÊNDICE XXVIII – GUIÃO TÉCNICA DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON

Coloque-se o mais confortável possível.

Pés e mãos descruzados, colocando os braços em situação confortável. Fechar os olhos e mantê-los fechados durante todo o procedimento. Este é um dos momentos que dedica a si próprio, tente desfrutar e relaxar, concentre-se nas sensações.

Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as suas preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora, a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz, e todos os seus músculos se encontram relaxados.

Testa:

Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Enrugue a sua testa puxando-a para cima...Sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... PAUSA Agora pode relaxar muito lentamente focando a sua tenção sobre os pontos que estavam mais tensos... é como se os seus músculos tivessem desaparecido estando totalmente relaxados.

Olhos:

Feche os olhos, apertando-os com força...sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos em cada pálpebra...Concentre-se nas zonas mais tensas... PAUSA Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... Os músculos estão relaxados, sem tensão.

Face:

Vamo-nos concentrar na zona da face: Force um sorriso, todos os músculos da face estão tensos... Os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... PAUSA Relaxe agora esses músculos...Note as sensações nos diferentes músculos sem pressão nem tensão...

Queixo:

Passando para a zona do queixo: Aperte os dentes com força...sinta os músculos contraídos, tensos... PAUSA Pouco a pouco relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e relaxam.

Pescoço:

Contraia os músculos do pescoço... Empurre o queixo para baixo, sem o encostar ao peito...Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço...os músculos estão tensos... PAUSA Relaxe lentamente o pescoço... Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

Membros superiores:

Levante o seu braço direito e com o punho fechado, faça força... o seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro...Concentre- se na forma como aumenta tensão ... PAUSA Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial...sinta como os seus músculos estão completamente relaxados...

Levante o seu braço esquerdo e com o punho fechado, faça força...o seu braço está o mais rígido possível, está tenso desde a mão até ao ombro... concentre-se na forma como aumenta a tensão...PAUSA Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.

Membros inferiores:

Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... Sinta a contração do pé até a coxa.... PAUSA Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão... Sinta a contração do pé até à coxa... PAUSA Relaxe a sua perna esquerda e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento, em todos os músculos expostos à tensão.

Região dorsal:

Arqueie as suas costas para a frente se necessário com a ajuda dos braços... Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas... Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... Relaxe - se gradualmente, voltando à posição inicial... Note o desaparecimento da tensão dos músculos envolvidos... Estão completamente relaxados...

Região torácica:

Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contrair-lo...Concentre-se nas zonas mais tensas... PAUSA Relaxe gradualmente o seu peito...Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão. Região Abdominal Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... Sinta a tensão em redor do umbigo... PAUSA Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.

Sacro:

Concentre-se nos músculos abaixo da cintura.... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força.... PAUSA Pode relaxar lentamente todos os músculos... sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento. Está completamente relaxado... todos os músculos estão leves... o seu corpo está solto e totalmente relaxado.... Mantenha os olhos fechados.... Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés.... Inspire novamente.... Expire o ar lentamente....

Permaneça sentado, apreciando o seu estado de relaxamento.

Conte até 5 e à medida que se sentir capaz, pode abrir os olhos.

APÊNDICE XXIX – AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

	Percepção			Participação			Envolvimento		
	REDUZIDA	MODERADA	ELEVADA	REDUZIDA	MODERADA	ELEVADA	REDUZIDO	MODERADO	ELEVADO
			X			X			X
Observações: A pessoa alvo de cuidados mostrou-se recetiva e colaborante. Seguiu as orientações, a técnica de relaxamento foi bem recebida, com a pessoa expressando uma sensação de alívio e tranquilidade no final da sessão									
Observações: A pessoa participou de forma calma e serena na sessão, aceitando as orientações. No final da sessão referiu sentir-se mais calma e com menos tensão muscular.									

DIA	TENSÃO ARTERIAL		FREQUÊNCIA CARDÍACA	
	ANTES	APÓS	ANTES	APÓS
29/01/2025	143/77 mm/hg	137/68 mm/hg	78 bpm	72 bpm
04/02/2025	135/68 mm/hg	130/63 mm/hg	73 bpm	70 bpm

ANÁLISE SWOT



STRENGTHS (FORÇAS)

- Competências adquiridas no 1º semestre do curso de Mestrado;
- Motivação pessoal;
- Apoio do Professor Orientador e Enfermeiros Orientadores.



WEAKNESSES (FRAQUEZAS)

- Pouca experiência na implementação de intervenções psicoterapêutica;
- Necessidade de adaptar o conhecimento teórico à prática;
- Escassez de tempo.



OPPORTUNITIES (OPORTUNIDADES)

- Desenvolvimento de competências e habilidades no âmbito da especialidade;
- Interação com Enfermeiros Orientadores experientes;
- Conhecimento da dinâmica em contexto de internamento e na comunidade.



THREATS (AMEAÇAS)

- Dificuldade na conciliação do horário com o Enfermeiro Orientador;
- Possibilidade de não poder dar continuidade à temática “Consumo de substâncias” no contexto da UCC.