



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ELIANA ALEXANDRA FERREIRA SIMÃO OLIVEIRA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL DE LIGAÇÃO DA PSIQUIATRIA FORENSE À COMUNIDADE

Oliveira de Azeméis, 2024

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL DE LIGAÇÃO DA PSIQUIATRIA FORENSE À
COMUNIDADE**

Relatório Final de Estágio

Eliana Alexandra Ferreira Simão Oliveira

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação do Professor Especialista Aramid José Fajardo Gomes.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja
apenas outra alma humana”

Carl Jung

AGRADECIMENTOS

Ao orientador de todo este percurso investigativo Professor Especialista Aramid Gomes pela orientação, disponibilidade, dedicação e motivação continua ao longo deste percurso académico.

A todos os outros Professores por todo este processo de aprendizagem e evolução.

Aos enfermeiros tutores, pela partilha de conhecimentos.

Ao meu marido, que me apoiou nesta decisão, e compreensão durante todo este processo.

Aos meus filhos, João, Leonor e Alexandre, pelo Amor, falta de paciência e horas de ausência.

Aos meus amigos, pela motivação, encorajamento e apoio incondicional.

Aos meus pais que durante toda esta fase me apoiaram incondicionalmente e me ajudaram nas responsabilidades parentais, ficando sobrecarregados.

A todos aqueles que partilharam o Mestrado comigo.

Aos meus colegas de trabalho, atuais e antigos, pela compreensão e consideração.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

DGS- Direção Geral da Saúde

E- Estudo

ECCL- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ICN- *International Council of Nurses*

JB- *Joanna Briggs Institute*

MeSH- *Medical subject Hedings*

Nº- Número

NOC- Classificação dos Resultados de Enfermagem

PNSE- Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSM- Plano Nacional de Saúde Mental

PRISMA- *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SWOT- *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TCA- Tratamento Comunitário Assertivo

UCC- Unidades de Cuidados na Comunidade

UIPF- Unidade de Internamento da Psiquiatria Forense

RESUMO

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final parte integrante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do 2º ano, 3º trimestre, realizada na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, tendo como objetivos: apresentar as atividades desenvolvidas no decurso dos estágios e refletir criticamente sobre essas atividades que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Ao longo da componente de estágio é realizado um breve enquadramento dos dois serviços onde se realizou o estágio: Serviço de internamento de Psiquiatria Forense e Unidade de Cuidados na Comunidade, seguindo-se de uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas, atividades realizadas e de que forma foram desenvolvidas as competências, tanto comuns como específicas, do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. Na segunda parte deste relatório, é desenvolvida a componente de investigação com o objetivo mapear as intervenções no âmbito da enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade, tendo como questão orientadora para a investigação, quais as intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade? Em Portugal, em 2023, foi promulgada uma nova Lei de Saúde Mental que altera a prorrogação sucessiva das medidas de internamento de utentes inimputáveis. Isso evita que o internamento se prolongue indefinidamente ou até mesmo de forma perpétua, assim, aquando do término da pena, o utente é libertado, regressando à comunidade e nesse sentido este trabalho assume particular relevância e um carácter inovador ao procurar conhecer quais as intervenções de enfermagem, no âmbito da saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade. A implementação de um modelo de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade, em Portugal, enfrenta desafios relacionados com a disponibilidade de recursos e a necessidade de adaptação dos modelos internacionais às especificidades locais. O envolvimento de várias entidades, incluindo os serviços locais de saúde mental e a segurança social, é crucial para garantir que os utentes recebam o suporte necessário durante a transição da instituição para a comunidade. Para realização desta investigação, seguiram-se as orientações para as *scoping review* do *Joanna Briggs Institute*.

ABSTRACT

The preparation of this report is part of the curricular unit Internship of a Professional Nature with Final Report, an integral part of the 1st Master's Course in Mental Health and Psychiatric Nursing, of the 2nd year, 3rd trimester, conducted at the Northern School of Health of the Portuguese Red Cross, with the objectives of: presenting the activities carried out during the internships and critically reflecting on these activities that allowed for the acquisition and development of competencies of the specialist nurse in mental health and psychiatric nursing. Throughout the internship component, a brief context is provided for the two services where the internship took place: the Forensic Psychiatry Inpatient Service and the Community Care Unit, followed by a critical-reflective analysis of the experiences, activities undertaken, and how the competencies, both common and specific, of the specialist nurse in mental health and psychiatric nursing were developed. In the second part of this report, the research component is developed with the aim of mapping interventions in the field of liaison mental health nursing between forensic psychiatry and the community, guided by the research question: what is the liaison mental health nursing interventions between forensic psychiatry and the community? In Portugal, in 2023, a new Mental Health Law was enacted that changes the successive extension of the internment measures for non-imputable patients. This prevents the internment from being prolonged indefinitely or even perpetually, thus, at the end of the sentence, the patient is released, returning to the community, and in this sense, this work assumes relevance and an innovative character by seeking to understand what the nursing interventions are, in the context of liaison mental health between forensic psychiatry and the community. The implementation of a liaison model between forensic psychiatry and the community in Portugal faces challenges related to the availability of resources and the need to adapt international models to local specificities. The involvement of various entities, including local mental health services and social security, is crucial to ensure that individuals receive the necessary support during the transition from the institution to the community. For this research, the guidelines for scoping reviews from the Joanna Briggs Institute were followed.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Descritores <i>MesH</i> e termos-chave.....	78
Quadro 2 Instrumento de apresentação dos resultados da scoping review	82
Quadro 3 Intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade	84
Quadro 4 Categorias das intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade	84
Quadro 5 Indicadores associados às intervenções em enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade.....	85

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio	25
1.1 Estágio em contexto diferenciado – Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense	25
1.2 Estágio em contexto de comunidade – Unidade de Cuidados na Comunidade	28
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	33
2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	33
2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	35
2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados	37
2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	39
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	43
3.1 Detém um Elevado Conhecimento e Consciência de Si Enquanto Pessoa e Enfermeiro, Mercê de Vivências e Processos de Autoconhecimento, Desenvolvimento Pessoal e Profissional	44
3.2 Assiste a Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida, Família, Grupos e Comunidade na Otimização da Saúde Mental	47
3.3 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	51
3.4 Presta Cuidados de Âmbito Psicoterapêutico, Socioterapêutico, Psicossocial e Psicoeducacional, à Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida, Mobilizando o Contexto e Dinâmica Individual, Familiar de Grupo ou Comunitário, de Forma a Manter, Melhorar e Recuperar a Saúde	58
4. Considerações finais	63
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	65

1. Resumo.....	67
2. Abstract	69
3. Fundamentação/enquadramento teórico	71
4. Finalidade e objetivos	75
5. Metodologia	77
5.1 Critérios de inclusão.....	77
5.2 Estratégia de pesquisa	77
5.3 Seleção da evidência.....	78
5.4 Considerações éticas.....	78
6. Resultados	81
7. Discussão	87
8. Conclusão	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	105
ANEXO I: Certificado Curso de formação de Dinamizadores <i>Mais Contigo</i>	107
ANEXO II: Escala <i>Mini Mental State Examination</i>	109
ANEXO III: Escala <i>SOCRATES 8D</i>	113
ANEXO IV: Escala <i>MARS</i> – Escala de Adesão à Terapêutica.....	117
ANEXO V: Escala <i>URICA</i>	119
ANEXO VI: Escala de Auto – Avaliação da ansiedade de <i>Hamilton</i>	123
ANEXO VII: Indicador <i>NOC</i> – Conhecimento sobre o Controlo do Uso de Substâncias.....	131
ANEXO VIII: Indicador <i>NOC</i> – Autocontrolo: Impulso	135
ANEXO IX: Indicador <i>NOC</i> – Controlo da Agressão	139
ANEXO X: Fluxograma <i>PRISMA</i>	143

APÊNDICES	145
APÊNDICE I: Planeamento da Entrevista Clínica	147
APÊNDICE II: Avaliação de Enfermagem	149
APÊNDICE III: Planeamento Entrevista Motivacional	161
APÊNDICE IV: Planeamento Treino Competências Socio Emocionais	171
APÊNDICE V: Planeamento Adesão ao Regime Medicamentoso	193
APÊNDICE VI: Técnica de Relaxamento Progressivo de <i>Jacobson</i> Modificada	206
APÊNDICE VII: Planeamento Psicoeducação <i>Bullying</i> e competências socio emocionais ...	210
APÊNDICE VIII: Questionário de avaliação da Psicoeducação	214
APÊNDICE IX: Apresentação da Psicoeducação	218
APÊNDICE X: Avaliação da Psicoeducação	222
APÊNDICE XI: Pesquisa preliminar <i>MEDLINE</i> via <i>PubMed</i>	224
APÊNDICE XII: Instrumentos de recolha de dados para a <i>scoping review</i>	225

INTRODUÇÃO

Este relatório final, surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final parte integrante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, do 2º ano, 3º trimestre, realizado na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. A expressão *autora*, empregue ao longo deste documento, refere-se à pessoa responsável pela elaboração do texto que aqui se apresenta.

O documento serve como componente de instrumento de avaliação final da unidade curricular supracitada, com período formativo delineado de 20 de setembro de 2023 a 16 de abril de 2024, abrangendo um total de 810 horas.

O estágio de natureza profissional compreendeu uma experiência de formação prática e teórica, orientada por objetivos de nível avançado onde se procurou demonstrar a aquisição de elevadas competências de juízo crítico, de avaliação, planeamento e de decisão em situações complexas na área profissional de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, incluindo ainda uma componente de investigação que serve de base para a apresentação e discussão conducente à obtenção do grau de Mestre.

Com o documento que aqui se introduz pretende-se: 1) apresentar os conhecimentos, habilidades e competências desenvolvidas para a aquisição e domínio de capacidades técnicas, científicas e relacionais na área específica mencionada; e 2) refletir criticamente sobre o percurso desenvolvido durante o estágio de natureza profissional e o processo de investigação.

O presente relatório foi concebido com base no regulamento das competências comuns aos Enfermeiros Especialistas (Regulamento nº 140, 2019) e no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) (Regulamento nº 515, 2018).

O perfil de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista refere-se às competências que são compartilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente de sua área de especialização, e são fundamentais para a excelência na prática profissional (Regulamento nº 140, 2019).

As competências específicas do EEESMP são aquelas que surgem dentro da área de intervenção definido para a especialidade e estão definidas no Regulamento nº 515 de 2018. De acordo com esse regulamento, o EEESMP não só se mobiliza como instrumento terapêutico, mas também desenvolve conhecimentos, vivências e capacidades terapêuticas, que lhe permitem mobilizar competências socioterapêuticas, psicoterapêuticas,

psicoeducacionais e psicossociais (Regulamento nº 515, 2018). O EEESMP entende os processos de sofrimento, modificação e perturbação mental do utente, bem como as implicações para os seus objetivos futuros, para o seu potencial de recuperação e para a forma como a saúde mental é afetada pelas circunstâncias contextuais (Regulamento nº 515, 2018). A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção e prevenção, bem como no diagnóstico e intervenção em respostas humanas inadequadas ou desadaptadas aos processos de mudança, que geram sofrimento, alterações ou doenças mentais, tornando a sua prática clínica em enfermagem, distinta das outras áreas de especialidade (Regulamento nº 515, 2018).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), regulado pelo Decreto-Lei nº 161 de 1996, no seu artigo 4º pode ler-se que “Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Decreto-Lei nº 161, 1996, p. 2960). Adicionalmente, o nº 3 do artigo 5º do mesmo regulamento, caracteriza o processo científico de enfermagem que envolve: 1) o reconhecimento dos problemas de saúde, tanto gerais quanto específicos da enfermagem, no indivíduo, na família, em grupos e na comunidade; 2) a colheita e análise de dados sobre cada situação; a nomeação de diagnósticos de enfermagem; 3) o planeamento e implementação de planos de cuidados de enfermagem; 4) a realização dos cuidados de enfermagem traduzida pela implementação das intervenções definidas no plano de cuidados; 5) a avaliação e respetiva reformulação dos cuidados de enfermagem (Decreto-Lei nº 161, 1996).

Segundo o Regulamento nº 613 de 2022 que define o ato do enfermeiro, os enfermeiros realizam intervenções de enfermagem de forma autónoma, tomando decisões e assumindo a sua responsabilidade exclusiva, conforme as suas qualificações profissionais e nos diversos campos de intervenção, garantindo o respeito pela profissão e assegurando que os cidadãos recebam cuidados de enfermagem seguros e de qualidade (Regulamento nº 613, 2022).

O documento que aqui se introduz, apresenta um conjunto de reflexões críticas no âmbito da intervenção autónoma dos EEESMP no contexto da psiquiatria forense e a sua articulação com a comunidade.

Em 1998, foi criada a Lei de Saúde Mental (Lei nº 36, 1998), que consagrou as bases da política de saúde mental. No entanto, havia uma lacuna na legislação que permitia a prorrogação indefinida do internamento de utentes considerados inimputáveis. Segundo o artigo 92º do código penal:

“Cessação e prorrogação do internamento”: “1 – (...) o internamento finda quando o tribunal verificar que cessou o estado de perigosidade criminal que lhe deu origem; 2 - O internamento não pode exceder o limite máximo da pena correspondente ao tipo do crime cometido pelo inimputável; 3 - Se o facto praticado pelo inimputável corresponder a crime punível com pena superior a oito anos e o perigo de novos factos da mesma espécie for de tal modo grave que desaconselhe a libertação, o internamento pode ser prorrogado por períodos sucessivos de dois anos até se verificar a situação prevista no nº 1”

(Decreto-Lei nº 48, 1995, p. 1363).

Este enquadramento legal permitia a possibilidade de internamentos perpétuos, onde a pessoa só seria libertada quando o seu ciclo de vida terminasse dentro da instituição.

Em 2023, foi promulgada a Lei de Saúde Mental (Lei nº 35, 2023) que altera esta condição, proibindo a prorrogação sucessiva das medidas de internamento de utentes inimputáveis. Isso evita que o internamento se prolongue indefinidamente ou até mesmo de forma perpétua, permitindo que o utente possa regressar à comunidade.

No âmbito da problemática abordada, surgiu o interesse de perceber quais as intervenções de enfermagem no âmbito da saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade.

Desta forma foi efetuada a questão de partida: Quais as intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade?

Para estudar esta temática, seguiram-se as diretrizes do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para a realização de *scoping review* (Aromataris & Munn, 2020).

Assim, este relatório encontra-se organizado em duas partes. A primeira parte consiste numa 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 assente na melhor e mais recente evidência científica. A segunda parte é integralmente dedicada à dimensão científica e que se traduz numa *scoping review*.

O Relatório foi redigido com o novo acordo ortográfico português e com recurso à norma da *American Psychological Association*, sétima edição.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Neste capítulo é feita uma rápida caracterização dos contextos do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, fundamental para um maior entendimento das competências desenvolvidas e do percurso de investigação realizado durante os estágios.

1.1 Estágio em Contexto Diferenciado – Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense

Segundo o regulamento nº 728 de 2021, que regula a Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense, pela Ordem dos Enfermeiros, o exercício de Enfermagem Forense é crucial para garantir um apoio efetivo e abrangente às pessoas, famílias e comunidades envolvidas em cenários de violência e de violação dos direitos humanos, trauma e/ou desastres de grande escala. Esta prática tem como objetivo promover e proteger a saúde em todas as fases do ciclo vital, integrando uma cultura de segurança através de uma abordagem multidisciplinar nos diversos contextos da enfermagem, da investigação e implementação do processo de enfermagem (Regulamento nº 728, 2021).

A Enfermagem Forense contribui para a obtenção de ganhos em saúde, reduzindo a morbilidade e a taxa de mortalidade e desempenha um papel fundamental na responsabilidade compartilhada entre a saúde e a lei (Regulamento nº 728, 2021). Além disso, articula o processo científico da enfermagem com o ordenamento jurídico, contribuindo para a melhoria social e cultural, especialmente em contextos de violência (Regulamento nº 728, 2021).

De acordo com o artigo 8º do Decreto-Lei nº 70 de 2019, o objetivo da transferência de utentes de um estabelecimento prisional para a Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense (UIPF), passa por aumentar o seu potencial de reabilitação e reinserção psicossocial no meio familiar e social, “prevenindo a prática de outros factos criminosos e servindo a defesa da sociedade e da vítima em especial” (Decreto-Lei nº 70, 2019, p. 2602). Para tal, são incorporadas neste processo de transferência, uma série de medidas e programas de reabilitação psicossocial e reintegração social que visam preparar os utentes para a liberdade através do acompanhamento clínico, e desenvolvimento de competências que lhes permitam adotar um estilo de vida socialmente responsável e sem crimes.

Os enfermeiros da UIPF promovem um tratamento de saúde mental personalizado para agressores condenados e neste caso em particular que não são considerados clinicamente

responsáveis. O artigo 20º do Decreto-Lei nº 48 de 1995 do Código Penal clarifica o que é inimputável e as condições de inimputabilidade.

“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 tiver, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, 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)

Segundo Gomes (2014) a intervenção educacional assume um papel de relevo nestas populações, na medida em que proporciona a possibilidade de apresentar caminhos alternativos (projetos de assistência e reabilitação integral).

A reabilitação psicossocial é um processo destinado a apoiar utentes que enfrentam desafios devido a debilidades ou incapacidades resultantes de perturbações mentais graves, com o objetivo de capacitar esses utentes a atingirem o seu potencial máximo de funcionamento independente na comunidade e promover a autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social (Regulamento nº 356, 2015; Regulamento nº 515, 2018).

Este é um processo que envolve múltiplos profissionais e passa por implementar mudanças no ambiente e pelo desenvolvimento de habilidades individuais que conduzam à melhoria das competências sociais, à emancipação do utente, à criação de um sistema de apoio social prolongado e à consequente redução do estigma e da discriminação (Regulamento nº 356, 2015).

Para tal, a reabilitação psicossocial caracteriza-se pela implementação de intervenções psicossociais individualizadas ou em grupos de forma a combater ao estigma, empoderar os utentes, conduzir ao treino de competências pessoais e sociais, bem como pela implementação de residências comunitárias, apoio ao emprego, formação profissional, atividades culturais e grupos de autoajuda (Regulamento nº 356, 2015).

Aliás, é através do Decreto-Lei nº 8 de 2010 que é decretado o alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com a criação dos cuidados continuados integrados de saúde mental.

Esta entidade contempla a existência de estruturas de reabilitação psicossocial, entre elas equipas de apoio domiciliário, unidades sócio ocupacionais e unidades residenciais, respondendo a situações com vários graus de incapacidade psicossocial e dependência decorrentes de doença mental (Decreto-lei nº8, 2010).

A UIPF onde se realizou o estágio é uma unidade não integrada nos serviços prisionais, classificada nos termos do nº 1 do artigo 3º do Decreto-Lei nº 70 de 2019, que abriu em 2019 e que permite a admissão de utentes inimputáveis internados por decisão judicial. As atuais instalações têm capacidade para o internamento de 40 utentes do sexo masculino, estando previsto duplicar a sua capacidade de internamento no ano de 2024.

O nº 2 do artigo 126º do Decreto-Lei nº 70 de 2019 do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade, com as respetivas alterações, estabelece que:

“as medidas privativas da liberdade aplicadas a inimputáveis (...) internados por decisão judicial em estabelecimento destinado a inimputáveis, bem como o internamento preventivo, são executados preferencialmente em unidade de saúde mental não prisional (...) vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde mental”

(Decreto-Lei nº 70, 2019, p.2599).

Na página da internet do Hospital, de acesso aberto, pode ler-se que a missão da UIPF se insere na missão geral do Hospital onde está inserida, acrescentando, para esta unidade específica, a missão particular e especializada da reabilitação psicossocial do internado e a sua reinserção no meio familiar e social, prevenindo a prática de outros factos criminosos e servindo a defesa da sociedade e da vítima em especial conforme previsto no nº 1 do artigo 126º do Decreto-Lei nº 70 de 2019.

Para tal a UIPF procura prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência, rigor e de acordo com a *legis artis*.

O principal objetivo da UIPF é prestar cuidados de saúde a pessoas com doença mental que foram consideradas inimputáveis por atos criminais e que estão sob custódia judicial para cumprimento de medida de segurança sob obrigatoriedade de tratamento especializado. Esse serviço visa estabilizar o processo de doença mental e promover a reabilitação, ajudando os utentes a desenvolver competências psicossociais para reintegrar a comunidade após cumprirem a pena judicial aplicada (Rocha e Cruz, 2017).

Durante a permanência na UIPF o utente é acompanhado por uma equipa multidisciplinar, que proporciona cuidados de qualidade de forma a permitir assegurar o seu bem-estar.

Após a cessação da medida de internamento e a respetiva libertação do utente, garante-se a continuidade de cuidados (projeto comunitário), assegurando a inscrição do utente no agrupamento de centros de saúde da área onde irá fixar residência, estabelece-se contacto direto com serviços locais de saúde mental da área de residência e garante-se acolhimento residencial e enquadramento comunitário.

Da equipa fazem parte médicos psiquiatras, EEESMP, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais e administrativos. Em articulação com a UIPF, encontra-se o Ministério da Justiça, da qual fazem parte técnicos de reinserção social bem como, juízes, os quais intervêm na execução do internamento em estreita colaboração com a equipa clínica multidisciplinar.

Esta unidade conta ainda com o apoio do Instituto do Emprego e Formação Profissional, do Centro de Educação e Formação Profissional Integrada, que contribuem para a reinserção dos utentes na comunidade.

Para a realização deste estágio, foram delineados os objetivos que se passam a apresentar:

- Refletir criticamente com recurso à revisão exploratória da literatura e à observação participativa, sobre a dinâmica organizacional e funcional de uma UIPF;
- Executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental e psiquiátrica na UIPF, traduzida na atividade diagnóstica, planeamento, implementação e avaliação de intervenções;

1.2 Estágio em contexto de comunidade – Unidade de Cuidados na Comunidade

Conforme estabelecido no artigo 11º do Decreto-Lei nº 28 de 2008, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) têm como missão prestar cuidados de saúde de proximidade à população na sua área geográfica de atuação, apoio psicológico e social tanto no domicílio quanto na comunidade. Estas unidades são especialmente direcionadas para indivíduos, famílias e grupos vulneráveis que se encontram em situação de risco, dependência física e funcional, ou que necessitam de acompanhamento contínuo devido a doenças (Decreto-Lei nº 28, 2008). Além disso, as UCC são essenciais na promoção da educação para a saúde, na

integração em redes de apoio familiar, na implementação de unidades móveis de intervenção e estão envolvidas na educação para a saúde, na integração em redes de apoio familiar (Decreto-Lei nº 28, 2008; Ministério da Saúde, 2019).

As UCC são também responsáveis por fornecer cuidados de saúde e apoio psicológico e social de excelência no domicílio e na comunidade, tendo como principal objetivo o de melhorar continuamente a qualidade dos cuidados de saúde, tornando-os mais efetivos, eficientes e acessíveis (Decreto-Lei nº 28, 2008).

A intervenção comunitária no âmbito da promoção da saúde mental visa assegurar o equilíbrio psíquico dos utentes, promover o desenvolvimento das suas capacidades e integrá-los de forma crítica na sociedade em que vivem, adotando para isso medidas de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como ações que contribuam para a promoção da saúde mental das populações (Gonçalves et al., 2013).

A promoção da saúde mental está prevista na Lei de Saúde Mental nº35 de 2023, onde se pode ler na alínea *b*) do artigo 5º referente aos objetivos da política de saúde mental:

“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 necessidades de cuidados de saúde mental”

(Lei de Saúde Mental nº 35, 2023, p.4)

É essencial sublinhar que a promoção da saúde mental abrange questões mais amplas que influenciam a saúde mental dos utentes, integrando a promoção da saúde mental em políticas e programas de diversas áreas governamentais e não governamentais, como educação, trabalho, justiça, transporte, meio ambiente, habitação e bem-estar (World Health Organization, 2013.).

Em Portugal, o relatório do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017), destaca a importância de abordagens abrangentes, com participação de diversos setores da sociedade, visando o bem-estar mental da população de entre as quais se destaca: 1) saúde mental na primeira infância; 2) empoderamento das mulheres; 3) idosos; 4) grupos vulneráveis (pessoas em situação de rua, migrantes e refugiados); 5) saúde escolar; 6) contexto laboral; 7) políticas de habitação adequadas; 8) prevenção da violência; desenvolvimento comunitário; 9) redução da pobreza e proteção social; 10) leis e campanhas

contra a discriminação e a promoção de direitos e 11) oportunidades e cuidados adequados para indivíduos que lidam com perturbações mentais.

Em suma, o PNSM (DGS, 2017) destaca a necessidade de estratégias intersectoriais e abrangentes para a promoção da saúde mental e conducentes à criação de condições favoráveis ao bem-estar emocional da população e ao tratamento adequado dos utentes com perturbações mentais e com o objetivo de garantir que toda a população tenha acesso a serviços de saúde mental, receba cuidados de qualidade e tenha oportunidades de reintegração e recuperação em caso de doença mental.

Nesta linha, a promoção da saúde mental é uma estratégia essencial para melhorar a qualidade de vida e a condição de saúde das populações (DGS, 2017).

As intervenções asseguradas pelas equipas das UCC incluem a educação da população, a manutenção das capacidades funcionais e a prevenção de incapacidades e com o objetivo de contribuir para melhorar a qualidade de vida dos utentes e das suas famílias, enquanto reduzem os custos associados aos processos de doença (Despacho nº 10143, 2009). Estruturalmente as UCC são constituídas por um conjunto de equipas que prestam serviços diferenciados e de proximidade à população da sua área geográfica de abrangência.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) faz parte da equipa principal da UCC. Esta equipa assegura cuidados à pessoa, seus familiares e cuidadores informais. A RNCCI fundamenta-se em princípios como: a prestação de cuidados individualizados e humanizados; a coordenação e continuidade dos cuidados entre os diversos serviços; a igualdade no acesso e mobilidade entre as várias tipologias e equipas da rede; a proximidade dos cuidados através da integração de serviços comunitários; a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados; a avaliação completa das necessidades da pessoa dependente no momento e definição frequente de objetivos; a promoção, recuperação ou manutenção da funcionalidade e autonomia; a participação do utente e dos seus familiares ou representante legal na elaboração de um plano individual de intervenção e na responsabilização conjunta na prestação de cuidados; e a eficácia e qualidade na prestação dos cuidados (Guia Prático-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2023).

A RNCCI tem-se desenvolvido por meio de estratégias como o reforço dos cuidados continuados integrados que são prestados no domicílio e em ambulatório, além do reconhecimento e apoio aos cuidadores informais que assistem pessoas dependentes, contribuindo para a sustentabilidade do sistema (Guia Prático-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2023). Estando presente em todo o país, a RNCCI inclui cuidados domiciliários, de ambulatório e de internamento. No âmbito domiciliário, a rede dispõe de

ECCL e de Equipas de Apoio Domiciliário de Saúde Mental, de adultos e de infância e adolescência (Ministério da Saúde, 2021).

Quanto ao estágio, este decorreu numa UCC da região norte do país, atualmente inserida numa Unidade Local de Saúde. Esta integra dois EEESMP que desenvolvem projetos no âmbito da promoção da saúde mental, prevenção da doença mental ou agudização da mesma, estabilização psicopatológica em contexto comunitário e, paralelamente, desmitificação de preconceitos e estigmas existentes e, muitas vezes, condicionantes graves ao tratamento e resolução precoce de algumas perturbações mentais.

A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar e que integra profissionais de diversas áreas, tais como: assistente social, assistente técnica, equipa de Enfermagem maioritariamente constituída por Enfermeiros Especialistas de todas as áreas de especialidade, médico especialista em medicina geral e familiar e nutricionista.

De acordo com a informação disponível numa página de internet de acesso aberto, a equipa de enfermagem tem a responsabilidade de: 1) realizar atividades especializadas em enfermagem com a missão de oferecer cuidados e promover a saúde dos utentes, familiares e comunidades, dentro da área de intervenção da UCC, colaborando estreitamente com outras unidades funcionais de saúde; e 2) fornecer cuidados de enfermagem de acordo com as competências específicas de cada profissional, atendendo aos projetos que integram a UCC.

Em suma, a missão da UCC envolve identificar as necessidades de saúde da população local e fornecer um serviço abrangente e personalizado, garantindo acesso rápido e de alta qualidade técnica e científica em todas as fases da vida. Além disso, visa criar um senso de conexão e confiança entre colaboradores e utentes, com o objetivo de melhorar a saúde da população em geral.

Considerando o exposto, para a realização deste estágio foram delineados os seguintes objetivos:

1. Refletir criticamente, com recurso à revisão exploratória da literatura e à observação participativa, sobre a dinâmica organizacional e funcional de uma UCC, bem como sobre a intervenção do EEESMP em contexto de saúde escolar.
2. Integrar um projeto de prevenção e promoção da saúde mental sobre *Bullying e competências socio emocionais*, nas turmas do 2º ano do primeiro ciclo, contribuindo para o diagnóstico de necessidades e do planeamento, implementação e avaliação de sessões de educação para a saúde.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A enfermagem é uma profissão dedicada a assistir pessoas, sejam elas saudáveis ou doentes, ao longo das suas vidas, assim como os grupos sociais aos quais pertencem, com o objetivo de manter, melhorar ou restaurar a sua saúde. Esta assistência visa permitir que os indivíduos alcancem a sua capacidade funcional máxima no menor tempo possível (Decreto-Lei nº 161, 1996).

Para atingir esse objetivo e considerar as mudanças atuais em curso, nos diversos contextos de prática, é essencial que os enfermeiros atualizem regularmente os seus conhecimentos e acompanhem as mudanças existentes para aprimorar a qualidade dos cuidados prestados, honrando assim a sua profissão e cumprir com o seu mandato social (Regulamento nº 356, 2015).

Segundo Le Boterf (2005), a construção do conhecimento teórico baseia-se na educação formal, na formação inicial e na continuação ao longo da vida. O conhecimento prático, por sua vez, é construído por meio de um processo de aprendizagem que envolve reflexão crítica, análise e vivência baseada no conhecimento teórico.

No nº 3 do artigo 4º do REPE, pode ler-se que o enfermeiro especialista é aquele “(...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei nº 161, 1996, p. 2960).

As competências comuns dos Enfermeiros Especialistas, estão enunciadas por domínios de competência, sendo eles: “a) responsabilidade profissional ética e legal, b) melhoria contínua da qualidade, c) gestão de cuidados e d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº 140, 2019, p. 4745).

Neste contexto, pretende-se proporcionar uma análise crítica e reflexiva destas competências e do seu contributo para os processos específicos da prática clínica adquiridos ao longo da sua formação contínua.

2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O Enfermeiro Especialista “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” e “A2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”. (Regulamento nº 140, 2019, p.4746).

A OE, no artigo 8º do REPE, estabelece que todos os enfermeiros devem adotar uma postura ética e responsável no exercício das suas funções, respeitando os “direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (Decreto-Lei nº 161, 1996, p. 2961).

O Enfermeiro Especialista enfrenta diariamente a necessidade de tomar decisões que geram dúvidas e são de difícil resolução. No contexto da responsabilidade profissional, ética e legal, a abordagem de dilemas deve ser sustentada em conhecimentos e práticas éticas e deontológicas, além disso, é essencial respeitar as normas legais, jurídicas e dos direitos humanos (Lei nº 156, 2015; Regulamento nº 140, 2019).

Segundo o artigo 99º presente no Código Deontológico e relativo aos princípios gerais, as intervenções dos enfermeiros respeitam a liberdade e dignidade tanto das pessoas quanto dos Enfermeiros (Lei nº 156, 2015). Os valores universais descritos no Código Deontológico dos enfermeiros são a igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional, tendo como princípios orientadores a responsabilidade social, respeito pelos direitos humanos e excelência profissional (Lei nº 156, 2015).

A intervenção do Enfermeiro Especialista é assim pautada pela sensibilidade, responsabilidade ética e deontológica, garantindo o bem-estar e a segurança dos utentes (Lei nº 156, 2015).

Durante os estágios o referencial normativo descrito no Código Deontológico (Lei nº 156, 2015) esteve sempre presente nos processos de tomada de decisão. A preservação da dignidade e dos direitos humanos é um compromisso inalienável, independentemente das circunstâncias.

A prática dos Enfermeiros deve ser guiada pela sua deontologia profissional, fundamentando decisões no conhecimento e na experiência. É essencial garantir a participação ativa dos utentes nas decisões terapêuticas e na resolução de problemas respeitando o princípio da autonomia (Beauchamp & Childress, 2001). Não fazer discriminação social, política, étnica, ideológica ou religiosa e proteger sempre os direitos individuais conforme previsto no artigo 102º do Código Deontológico (Lei nº 156, 2015).

No estágio clínico, durante a implementação das intervenções, os utentes foram sempre informados sobre os objetivos das mesmas e foi sempre solicitado e obtido o consentimento verbal e informado aos utentes, cumprindo assim com o princípio da autonomia (um dos princípios *prima fácies*) (Beauchamp & Childress, 2001). Foi comunicado que poderiam rever os objetivos da intervenção a qualquer momento, se assim o desejassem, garantindo assim

o cumprimento da autodeterminação tal como previsto no artigo 105º do Código Deontológico e relativo ao dever de informação (Lei nº 156, 2015). Os princípios de confidencialidade dos dados também foram seguidos para proteger a identidade de todos os participantes tal como previsto na alínea *a*) do artigo 106º do Código Deontológico (Lei nº 156, 2015). Assim, considera-se que se adquiriram e desenvolveram competências do domínio da responsabilidade ética e legal (Regulamento nº 140, 2019).

2.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Este domínio, no âmbito das competências específicas dos Enfermeiros Especialistas, refere-se à Melhoria Contínua da Qualidade onde se incluem as 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).

Neste sentido, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº 356, 2015), servem de referencial normativo que contribui para encontrar as melhores respostas nos cuidados de enfermagem especializada que garantam o cumprimento do seu mandato social.

De acordo com este documento, a qualidade em saúde envolve um atendimento acessível e equitativo realizado por profissionais qualificados. Estes profissionais consideram os recursos disponíveis e prestam cuidados que satisfazem as necessidades e expectativas da população zelando pela segurança dos cuidados prestados (Regulamento nº 356, 2015). Os padrões de qualidade de enfermagem que inicialmente surgiram em 2001, e que se referem aos padrões no âmbito da enfermagem de cuidados gerais, já refletiam essas necessidades e preocupações para melhorar os cuidados prestados pelos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

De acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho nº 9390, 2021), a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade nos sistemas de saúde atuais. A implementação de políticas e estratégias que visem reduzir esses incidentes, especialmente aqueles que poderiam ser

evitados, é reconhecida tanto internacionalmente quanto nacionalmente (Despacho nº 9390, 2021). Essa abordagem não apenas contribui para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, mas também representa um compromisso inegável com o bem-estar dos utentes. Por conseguinte, preconiza-se que “a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua” (Despacho nº 9390/2021, p.96).

Portanto, ao prestar cuidados de enfermagem especializados diretamente a utentes com doença mental, os princípios acima mencionados ganham um valor significativo na oferta de um ambiente terapêutico e seguro.

No decorrer dos estágios, criar condições para a manutenção de um ambiente seguro e terapêutico, através da confidencialidade da informação recolhida, da promoção do envolvimento familiar, de uma adequada gestão do regime terapêutico, bem como o assegurar das intervenções interdependentes como a confirmação, validação e administração da medicação prescrita, foi sempre uma preocupação constante.

O respeito pela individualidade, autonomia e liberdade do utente, enquanto forma de promover a qualidade dos cuidados prestados, garantindo uma abordagem de enfermagem centrada na pessoa (McCormack & McCance, 2010), esteve sempre presente na conceção de atividades, no planeamento e execução dos cuidados prestados e na tentativa de responder a necessidades definidas a nível social, cultural ou espiritual e religiosa, conforme previsto na alínea a) do artigo 102º do Código Deontológico (Lei nº 156, 2015).

Na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, e tendo em conta o contexto do internamento de psiquiatria forense e todas as suas especificidades já descritas, houve a necessidade de consultar, numa fase inicial, os documentos oficiais existentes relacionados com a organização dos serviços, particularmente, as normas e procedimentos estabelecidos e o glossário jurídico utilizado. Foram igualmente consultados os processos clínicos e de enfermagem dos utentes, através do sistema informático (*SClínico*), proporcionando assim uma melhoria de conhecimentos e domínio das diferentes patologias existentes e do estado de saúde dos utentes, bem como feitas anotações durante o processo de transição de cuidados (passagem de turno), com o intuito de identificar, organizar e prestar cuidados de qualidade e assegurando assim o total cumprimento do processo de enfermagem enquanto método científico que assegura a qualidade assistencial (Decreto-Lei nº 161, 1996).

Este procedimento permitiu, avaliar os dados, definir focos e diagnósticos, planear intervenções e avaliar os resultados obtidos seguindo uma metodologia científica (Decreto-Lei nº 161, 1996).

Na UCC foi realizada uma reunião informal com o enfermeiro tutor, com o intuito de se identificarem quais os indicadores de saúde relevantes na área da enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica e de que forma seria possível delinear estratégias de melhoria contínua da qualidade dentro dos objetivos, visão e da missão da organização.

Para tal, para além da entrevista informal não estruturada com o enfermeiro tutor, foi também realizada uma análise documental de dados secundários como o plano de ação da respetiva UCC e os programas e projetos em desenvolvimento.

Adicionalmente os resultados de uma prática informada na evidência, a partir da pesquisa com recurso a bases de dados revistas por pares, foram incorporados na prática clínica (translação da informação) contribuindo no processo de qualidade, assente numa tomada de decisões informada em evidência e que garantiu uma implementação segura e de qualidade das intervenções planeadas.

Neste sentido, as habilidades e competências de pesquisa da melhor evidência disponível, a translação efetiva do conhecimento gerado para a prática clínica e o recurso ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento nº 356, 2015) constituem-se como ferramentas essenciais para a promoção da melhoria contínua dos cuidados e permitem a reflexão crítica sobre a prática especializada.

2.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

O terceiro domínio de competências comuns dos Enfermeiros Especialistas, diz respeito à gestão de cuidados e assenta na: 1) gestão de cuidados e otimização da resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional; 2) adaptação da liderança e na gestão de recursos existentes às situações e ao contexto de modo a otimizar a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140, 2019).

De acordo com o nº 3 do artigo 8º do REPE, “(...) Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional” (Decreto-Lei nº 161, 1996, p. 2961). Também nas alíneas *b)* e *c)* do artigo 112º dos estatutos da Ordem dos Enfermeiros, é referido o dever de colaborar com os outros profissionais de saúde, “(...) com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (Lei nº 156, 2015, p. 8080).

Neste domínio o Enfermeiro Especialista adequa os recursos às necessidades de cuidados, primando pela qualidade dos mesmos (Regulamento nº 140, 2019).

Pode atuar como um agente de mudança devido à sua posição privilegiada, sustentando-se nos cuidados que promove e utilizando conceitos teóricos e princípios científicos como elementos essenciais para a disciplina da enfermagem (Soares, 2017).

Conforme referido no regulamento de competências comuns dos Enfermeiros Especialistas a adequação dos recursos às necessidades dos cuidados, faz com que o estilo de liderança adotado seja o mais adequado à situação, e serve de promotor da qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento nº 140, 2019).

Os Enfermeiros Especialistas inseridos em equipas multidisciplinares são recursos importantes, ao colaborarem no processo de tomada de decisões complexa dada a sua experiência e domínio sobre as respostas humanas ao processo de adoecer (Regulamento nº 140, 2019).

Compete aos Enfermeiros Especialistas monitorizar e avaliar os cuidados prestados, bem como intervir e partilhar as suas observações, conclusões e avaliações com a equipa multidisciplinar para garantir a excelência nos cuidados prestados (Regulamento nº 140, 2019). Ao tomar decisões sobre cuidados de saúde, que envolvam vários intervenientes, o enfermeiro deve sempre respeitar os limites da área de competência de cada um e trabalhar em articulação e complementaridade (Decreto-Lei nº 161, 1996; Regulamento nº 140, 2019). A utilização dos Sistemas de Informação em Saúde é uma ferramenta crucial para a gestão dos cuidados, baseada num planeamento responsável que assegura a continuidade dos cuidados e uma melhoria na qualidade das informações necessárias para o processo de cuidados de enfermagem (Fernandes & Tareco, 2016).

Em ambos os estágios foi uma preocupação constante a integração nas equipas de saúde e dessa forma contribuir para a gestão e prestação dos cuidados. O internamento de psiquiatria forense tem especificidades próprias, uma vez que articula com o Ministério da Justiça, e existem várias decisões que têm de ser tomadas em conjunto pelos profissionais de saúde e pelos profissionais do departamento jurídico, numa ótica de complementaridade funcional e tal como previsto no REPE na alínea 3 do artigo 8º (Decreto-lei nº 161, 1996).

O estágio na UCC permitiu compreender a articulação e a cooperação com a equipa de saúde através da observação e da reflexão-crítica. Neste estágio foi possível colaborar em áreas de intervenção no contexto escolar, no domínio da prevenção e promoção da saúde mental, respondendo às necessidades manifestadas pelos professores das escolas.

2.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Este domínio refere-se ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, particularmente ao desenvolvimento do autoconhecimento e a assertividade, um domínio partilhado por todos os Enfermeiros Especialistas, mas particularmente importante para o EEESMP já que este se mobiliza enquanto instrumento terapêutico (Regulamento nº 515, 2018; Regulamento nº 140, 2019).

Partindo do exemplo da autora e numa perspetiva de história narrativa pessoal, o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade na prestação de cuidados foi um processo que se iniciou com uma análise e reflexão profunda ao longo de 16 anos, nos diversos contextos de trabalho, assim como na vida pessoal e familiar. A prática clínica dos enfermeiros, e em particular dos Enfermeiros Especialistas, tem sido marcada por um forte sentido e procura de uma consciência de si próprios, e uma estratégia útil para a garantia de um enorme desenvolvimento profissional, mas também pessoal, e que no decurso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica se intensificou.

O desenvolvimento desta competência, foi de facto a que mais impacto apresentou no decurso de toda a formação (teórica e prática).

Foi todo um processo que se iniciou durante o primeiro ciclo de estudos do mestrado, beneficiado através das ferramentas adquiridas nas diversas unidades curriculares e das quais se enaltece a de desenvolvimento pessoal e comunicação terapêutica.

O período de estágio foi também um momento com um forte impacto emocional e que conduziu por um percurso de autoconsciência e autopercepção que, tal como descrito por Carminati (2021) são estratégias promotoras de uma melhor gestão emocional. A reflexão sobre as competências adquiridas durante a execução dos trabalhos elaborados, nomeadamente relatório que aqui se apresenta, permitiram o crescimento pessoal e profissional traduzindo-se numa análise de autoconhecimento e consequente desenvolvimento pessoal. A adoção de um comportamento diferenciado contribuiu para o bem-estar, a autoestima e para a melhoria da satisfação nas relações interpessoais (Towsend, 2011).

Assim, foi devido ao desenvolvimento pessoal e ao treino de assertividade, suportados por um processo de supervisão promotor da aprendizagem, que se reforçou a capacidade para reconhecer e aceitar os outros como são, de identificar sentimentos, capacidades, valores, limitações pessoais e profissionais e de transformar ações, atitudes e emoções facilitadoras do desenvolvimento profissional e pessoal (Maclaren et al., 2016).

A análise comportamental contínua, através da reflexão individual, dos *feedbacks* e de reflexões acompanhadas com pessoas de referência no percurso académico, bem como o recurso a reuniões informais com os enfermeiros e tutores de estágio, foram estratégias fundamentais para o desenvolvimento do autoconhecimento e para identificar atitudes que permitiram melhorar o comportamento e o desenvolvimento profissional e pessoal (Maclaren et al., 2016).

A identificação de emoções positivas e negativas tornou-se facilitador do processo de autoconhecimento e também uma estratégia importante para identificar os mecanismos de resistência, transferência e contratransferência (López-Ibor, 2008).

Neste sentido o stress vivenciado em várias ocasiões e perante determinadas situações foi entendido como uma reação à mudança que exige uma adaptação e resposta que poder ser física, mental ou emocional (Townsend, 2011).

O processo de gestão de emoções e sentimentos foi conseguido envolvendo o uso de uma variedade de estratégias adaptativas individuais para garantir respostas eficazes (Carminati, 2021).

Todo o processo de autoconhecimento permitiu desenvolver comportamentos autorregulados, recorrer a estratégias de comunicação intencionais mais efetivas que reforçaram a autoconfiança e a sensação de segurança nas relações interpessoais terapêuticas estabelecidas (Townsend, 2011).

O comportamento autorregulado e ajustado, enquanto estratégia de ajustamento às dificuldades, permitiu relações interpessoais terapêuticas satisfatórias baseadas na seriedade, assertividade, compaixão, no reconhecimento da vulnerabilidade e que se traduziram no respeito pela dignidade humana (Townsend, 2011).

Através das intervenções realizadas, aprofundou-se a capacidade de práticas de pesquisa e os conhecimentos no âmbito da promoção e prevenção da saúde mental. Estas intervenções permitiram a participação em ações de psicoeducação sobre temas como sexualidade e adolescência, assim como no programa *Mais Contigo*. Foram planeadas, executadas e avaliadas duas sessões de psicoeducação sobre o tema de *Bullying e competências socio emocionais* para as turmas das escolas inseridas na área de abrangência da UCC. Foi ainda possível desenvolver aprendizagens e competências no âmbito da Entrevista Motivacional, da Técnica de Competências Socio-Emocionais, da Técnica de Relaxamento e da Psicoeducação da Adesão ao Regime Terapêutico. Estas últimas, foram executadas no utente com patologia mental que cometeu delito e que se encontrava na UIPF.

Ao longo dos estágios, todas as atividades desenvolvidas foram iniciadas após a atividade diagnóstica previamente definida, seguida da elaboração de um plano de sessão que

possibilitou a preparação das atividades e intervenções com fundamentação teórica científica e metodológica informadas em pesquisa bibliográfica o que permitiu o aprofundamento do conhecimento. Após cada atividade foi realizada uma avaliação dos resultados, permitindo uma análise reflexiva da sua eficácia.

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

O perfil de Competências Específicas do EEESMP está delineado no Regulamento nº 515 de 2018.

O EEESMP, além de se mobilizar como um instrumento terapêutico, desenvolve experiências, conhecimentos e capacidades terapêuticas que lhe permitem, durante a prática profissional, mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento nº 515, 2018).

No mesmo Regulamento pode ler-se também que o EEESMP “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (Regulamento nº 515, 2018, p. 21427).

Neste sentido, o EEESMP foca-se nos três níveis de prevenção, na promoção da saúde mental, no diagnóstico e na intervenção para as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas e nos processos de transição, que geram sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento nº 515, 2018).

São quatro as competências específicas 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 de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

(Regulamento nº 515/2018, p. 21427)

Neste sentido, será apresentada a descrição das competências e as atividades que possibilitaram a aquisição das mesmas.

3.1 Detém um Elevado Conhecimento e Consciência de Si Enquanto Pessoa e Enfermeiro, Mercê de Vivências e Processos de Autoconhecimento, Desenvolvimento Pessoal e Profissional

Relativamente à primeira competência específica do EEESMP, foram identificadas semelhanças com a competência descrita no último ponto das competências comuns do Enfermeiro Especialista, pelo que já foi apresentado algum do percurso percorrido neste âmbito.

O esperado é que o desenvolvimento desta competência ocorra ao longo de todo o nosso percurso pessoal e profissional, adquirindo autoconhecimento e autoconsciência. Esse desenvolvimento não se restringe apenas ao estágio, mas também foi promovido pela Unidade Curricular de Desenvolvimento Pessoal e Comunicação Terapêutica. Através de exercícios teórico-práticos, essa unidade curricular sustentou o processo de autoconhecimento e desenvolveu estratégias para interagir efetivamente com o outro na relação terapêutica.

O desenvolvimento do autoconhecimento permite também reconhecer a importância do EEESMP enquanto instrumento terapêutico na prática profissional e na criação de relações terapêuticas de confiança com o utente (Coelho et al. 2021).

Neste sentido, a consciência de si mesmo pode proporcionar novos insights sobre o *eu* e, consequentemente, desenvolver o conhecimento pessoal que pode conduzir a uma nova identidade (Nunes, 2017).

A autoconsciência, enquanto uma das cinco competências emocionais que promovem o autoconhecimento das próprias emoções e das emoções do outro, relaciona-se com a capacidade de reconhecer e compreender profundamente as nossas emoções, forças, fraquezas, necessidades e motivações, bem como a forma como estas nos influenciam a nós e aos outros (Goleman, 2019).

O desenvolvimento desta competência é essencial para o exercício profissional do EEESMP, pois influencia diretamente a capacidade de o profissional estabelecer uma relação terapêutica efetiva com os utentes e realizar intervenções especializadas na sua área de atuação (Coelho et al., 2021).

A teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau (1952) enfatiza que a relação terapêutica é uma ferramenta essencial no cuidado de enfermagem. Esta teoria destaca a

importância das relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, promovendo o crescimento e desenvolvimento de ambos num processo ativo.

Os estágios constituíram momentos privilegiados de aprendizagem, baseados na reflexão sobre a prestação de cuidados e na relação terapêutica, em diversos contextos já que proporcionaram o contacto direto com o utente portador de patologia mental.

A primeira competência específica do EEESMP é reforçada quando consideramos os pressupostos de Chalifour (2008) que afirma que a ação do enfermeiro é moldada pela sua personalidade, pelos seus conhecimentos e habilidades profissionais, pela sua conceção de pessoa e saúde, pela compreensão da origem da necessidade de ajuda, pela forma como se intervém enquanto agentes de apoio e pelo contexto em que estamos inseridos.

Segundo Townsend (2011), a utilização de si enquanto ferramenta terapêutica requer do enfermeiro autoconsciência e autoconhecimento, sugerindo deste modo a necessidade do EEESMP investir no seu desenvolvimento pessoal, profissional e como instrumento terapêutico (Townsend, 2011).

Identificou-se assim que relação terapêutica depende muito da forma como se conseguem gerir todos os aspetos descritos por Chalifour (2008) sendo por isso um processo complexo sujeita à variabilidade da condição humana.

Neste sentido, prestar cuidados a pessoas com perturbações mentais graves e que cometeram crimes graves, exige do EEESMP um elevado nível de consciência de si próprio, bem como da capacidade de implementar medidas específicas para promover a inclusão social e combater a discriminação e a estigmatização (Regulamento nº 356, 2015; Regulamento nº 515, 2018).

A UIPF, suscitou apreensão, sentimentos e emoções positivas e negativas, por vezes desconfortáveis, mas que foram essenciais para o desenvolvimento profissional e pessoal e acima de tudo para reduzir o estigma relativamente aos utentes admitidos numa UIPF. Durante o estágio, as estratégias já descritas que contribuíram para o autoconhecimento, foram também úteis para quebrar o preconceito e o estigma, que funcionavam como fator dificultador do processo terapêutico, e consequentemente do processo de reabilitação psicossocial destes utentes. Aliás, este estágio contribuiu para a compreensão do respeito pela dignidade de todos os utentes e sem qualquer discriminação (Lei nº 156, 2015). Inclusive, o contato com a realidade destes utentes e a relação terapêutica que se conseguiu estabelecer, foram promotoras de 1) uma abordagem consciente e empática, 2) de uma escuta ativa efetiva, 3) da utilização de técnicas de comunicação verbal e não verbal, 4) do desenvolvimento de competências úteis na gestão do conflito, 5) na utilização de *De-escalation techniques*, entre outras.

Por outro lado, tal como descrito por Suirong (2010), a auto-monitorização no processo de desenvolvimento de competências é fundamental, pelo que, durante os estágios, recorreu-se à análise *SWOT* (*S* de *Strenght* - Forças; *W* de *Weakness* - Fraquezas; *O* de *Opportunities* - Oportunidades e *T* de *Threats* - Ameaças), enquanto metodologia organizada e sucinta de autoavaliação e monitorização.

Durante os estágios, percebeu-se que ao aceitarmos as nossas perceções e sentimentos, tornámo-nos mais aptos a aceitar as reações dos outros e a mudar as nossas experiências e sentimentos (Rogers, 2009). O “O autoconhecimento leva a uma tomada de decisão mais consciente pois ao conhecermos melhor todas as nossas fragilidades podemos adquirir mais capacidades e resiliência e potencializarmos a nossa intervenção” (Silva, 2013, p.104).

As autoavaliações e reflexões, tanto individuais quanto em grupo (tutores e outros membros da equipa), permitiram redefinir as ações profissionais, melhorar as estratégias de relacionamento interpessoal, e aumentar a confiança na intervenção. Foi possível com estes estágios e com a implementação das intervenções no âmbito do EEESMP resgatar e aprofundar a abordagem holística e contrariar um paradigma instalado que assenta numa abordagem cartesiana que separa corpo e mente (Ferro, 2022).

As reflexões contínuas e partilhadas promoveram a consciência, especialmente em relação aos processos de transferência e contratransferência frequentes na prática clínica.

A transferência envolve expectativas, crenças e respostas emocionais que os utentes trazem para a relação com os profissionais de saúde. Em contrapartida, a contratransferência refere-se às respostas emocionais dos profissionais de saúde aos estímulos dos utentes, influenciando os seus sentimentos de forma inconsciente e podendo dificultar o estabelecimento de uma relação eficaz (Molina & Fabrian, 2014).

Durante o estágio na UCC, especialmente nas intervenções escolares, também se viveram sentimentos de apreensão e desconforto, especialmente ao lidar com crianças, uma população que também exige do EEESMP conhecimentos, competências e habilidades particulares. Porém, com o apoio do enfermeiro tutor, foi possível trabalhar alguns erros cognitivos relativamente à intervenção com esta população, bem como as perceções e preconceitos por forma a melhorar a intervenção e a segurança ao interagir com as crianças. Por sua vez, a motivação para abordar o tema do *bullying e competências socio emocionais* surgiu das entrevistas não estruturadas com o tutor, das necessidades identificadas pela equipa de saúde escolar e pelos docentes, mas também das experiências pessoais da autora. Este conjunto de condições foram facilitadoras e promotoras da envolvimento e da consciencialização sobre a importância de abordar as questões relacionadas com o *bullying e competências socio emocionais* desde muito cedo (López-Castro et al., 2023).

Assim, ao longo dos estágios, surgiram situações em que os mecanismos de contratransferência, de forma inconsciente, influenciaram negativamente a relação com os utentes, especialmente com aqueles de evolução prolongada. Em alguns casos, houve permeabilidade a esses fenómenos, contudo, o desenvolvimento do autoconhecimento ao longo do estágio permitiu mitigar essa limitação.

Reitera-se que os momentos de reflexão promovidos, conduziram ao estabelecimento de uma relação terapêutica mais sólida e positiva, com repercussões favoráveis na qualidade de vida dos utentes.

Após uma análise reflexiva dos pressupostos do regulamento de competências específicas do EEESMP o compromisso terapêutico foi cumprido na prática, mas é importante lembrar que, apesar da consonância entre o que o enfermeiro pensa, sente e expressa durante a comunicação, deve-se manter “o contexto e os limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico” (Regulamento nº 515, 2018, p. 21428).

3.2 Assiste a Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida, Família, Grupos e Comunidade na Otimização da Saúde Mental

A segunda competência específica do EEESMP envolve a realização de uma pesquisa e colheita de informações cruciais que permitam compreender o estado de saúde mental dos utentes e atuar na promoção e proteção da saúde mental, bem como na prevenção de patologias mentais.

Para isso, é essencial um processo de avaliação que envolva habilidades de comunicação, sensibilidade linguística e cultural, técnicas de entrevista, observação comportamental, revisão de registos e uma análise sistémica do utente (Regulamento nº 515, 2018).

A comunicação começa de maneira consciente ou inconsciente através do comportamento verbal e não-verbal. Através dela, é possível captar e compreender sentimentos, emoções, intenções por parte do outro e, dependendo da situação, criar laços com significado (Phaneuf, 2005).

A comunicação verbal abrange todo o tipo de comunicação que utiliza palavras, podendo ser escrita ou oral (Sequeira, 2016). Phaneuf descreve que “Pela magia da palavra exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas” (Phaneuf, 2005, p.82). A comunicação não-verbal pode ser transmitida de várias formas, através de choro, sons, toque, postura corporal, entre outros e é fundamental para transmitir

sentimentos e emoções. Esta forma de comunicação prevalece sobre a verbal sendo o aspeto não-verbal o que muitas vezes é captado. Aliás, a compreensão, respeito e empatia são aspetos muitas vezes transmitidos e percebidos de forma não-verbal (Sequeira, 2016).

Para tal, foi fundamental reforçar estratégias de comunicação que, aliadas à autenticidade, confiança, empatia e respeito pelo outro, permitiram o estabelecimento de relações terapêuticas bem-sucedidas e de qualidade (Coelho et al., 2021). Além disso, foi importante incentivar a pessoa a envolver-se ativamente na relação, promovendo a expressão dos seus sentimentos e percepções sobre a sua saúde física e mental, para prevenir ou resolver problemas (Chalifour, 2008).

Para o desenvolvimento desta competência, foi essencial aprimorar habilidades de comunicação e técnicas de entrevista.

Desta forma, durante o estágio foram utilizadas técnicas de comunicação, promotoras de uma comunicação terapêutica efetiva que "encorajam a exploração de sentimentos, fomentam o entendimento da motivação comportamental (...) desencorajam a atitude defensiva e promovem a confiança" (Townsend 2011, p.138).

Segundo Moreno-Poyato et al. (2017) a relação terapêutica é uma das ferramentas mais importantes à disposição do enfermeiro, especialmente para os EEESMP. Para o autor, o estabelecimento adequado de uma relação terapêutica aumenta a eficácia de qualquer intervenção de enfermagem no contexto agudo de saúde mental, os utentes valorizam atitudes, valores e a relação de confiança mais do que habilidades técnicas na relação terapêutica. Quanto maior a cronicidade da condição, mais os utentes valorizam os aspetos relacionais do cuidado (Moreno-Poyato et al., 2017).

Similarmente, Conroy et al. (2017) refere que quando a relação terapêutica é forte, o enfermeiro, junto com o utente e a sua família, podem estabelecer objetivos comuns, envolvendo-os nos cuidados e respeitando as suas preferências. Uma boa relação terapêutica, com comunicação eficaz e partilha de informações, permite ao enfermeiro entender as preferências do utente e da sua família, sobre o seu ambiente, ajudando-os a sentirem-se seguros e a confiar nos cuidados recebidos (Conroy et al., 2017).

De acordo com as responsabilidades descritas por Rocha e Cruz (2017), procurou-se promover momentos de maior proximidade com os utentes internados. Para isso, diferentes contextos e atividades serviram de palco para intervenções que alavancassem a relação terapêutica e promovessem os processos de recuperação. Neste sentido, atividades como jogar cartas, jardinagem, ou ver televisão, foram facilitadoras da intencionalidade terapêutica e muitas vezes o ponto de partida para a intervenção especializada. Esses momentos tinham como objetivo, conhecer melhor os utentes, identificar necessidades e

interesses, estabelecer relação de confiança, respeito, ajuda, escuta ativa e interesse pelo outro, demonstrando disponibilidade, presença, aceitação, empatia e não estabelecendo julgamentos e juízos de valor (Chalifour, 2008; Johnson et al., 2013). Esses momentos de interação demonstraram-se fundamentais para estabelecer uma relação terapêutica de confiança com os utentes da UIPF.

Segundo Sequeira e Sampaio (2020), através dessas interações, são obtidas informações essenciais sobre o utente e a sua família, permitindo uma avaliação adequada. Desenvolver habilidades de contato, observação, estar atento à comunicação verbal e não-verbal, é fundamental para estabelecer uma relação terapêutica bem-sucedida e para a definição de um plano de cuidados que possa integrar as necessidades e desejos dos utentes (Sequeira & Sampaio, 2020).

Conforme descrito por Nunes (2017), o foco dos cuidados de enfermagem ao longo do ciclo vital passa por prevenir doenças e promover processos de readaptação após a ocorrência de doença, procurando satisfazer as necessidades humanas fundamentais e assegurar a máxima independência na realização das atividades de vida diária.

Segundo Townsend (2011), o processo de enfermagem é um processo contínuo, dinâmico e não estático, reconhecido como uma metodologia científica de enfermagem, voltado para a prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade. O processo de enfermagem, conforme descrito por Alvim (2013), promove uma prática assistencial organizada, contribuindo para a promoção de cuidados de enfermagem direcionados e adequados às necessidades identificadas, permitindo a prestação de cuidados de qualidade a indivíduos, famílias ou comunidades.

Durante o estágio na UIPF, houve oportunidade de realizar entrevistas clínicas, onde foram considerados diversos fatores ambientais, como privacidade, ruído, espaço físico e estado clínico, com o objetivo de avaliar e identificar diagnósticos de enfermagem, bem como identificar estratégias para responder às necessidades do utente, e favorecer a aprendizagem e a expressão de novos comportamentos. A entrevista clínica deve ser planeada, tendo como objetivos, promover o conhecimento e respeito entre duas pessoas (profissional e utente) a fim de poderem estabelecer uma relação terapêutica, assim como, colher informação fundamental para uma correta avaliação do estado de saúde do utente. Esta deve ocorrer num ambiente acolhedor, seguro e onde o utente se sinta à vontade e livre de distrações, garantindo a sua privacidade (Sequeira, 2016).

Durante a realização da entrevista, foi possível obter uma colheita de dados inicial sólida e coerente, que incluiu não apenas a história do utente, mas também a familiar e a do meio onde estava inserido, conforme apresentado no estudo de caso que efetuamos (apêndice I).

Chalifour (2008) define esta etapa como a fase de trabalho, onde a entrevista é uma interação entre dois ou mais participantes, utilizando procedimentos verbais e não-verbais. Esta interação é ajustada aos papéis, ao contexto, às características dos envolvidos, ao tema abordado, aos objetivos pretendidos e ao tempo estipulado (Chalifour, 2008).

A observação, também foi outra técnica utilizada e um elemento essencial na colheita de dados, atuando como um elo entre a comunicação verbal e não verbal. O genograma e o ecomapa foram ferramentas utilizadas que facilitaram o entendimento sobre o processo de adoecer do doente bem como os recursos disponíveis no seu processo de transição saúde/doença (Meleis, 2011).

No contexto comunitário, a intervenção focou-se essencialmente na promoção e prevenção da saúde mental. Aprofundou-se a pesquisa sobre o tema *bullying e competências socio emocionais* nas crianças para oferecer respostas eficazes e assertivas a essa população com uma postura confiante.

O PNSM (DGS, 2017) recomenda a melhoria nos cuidados de saúde primários, ao nível da saúde mental, incentivando a articulação e parceria com outras estruturas da comunidade, como serviços sociais, escolas e jardins de infância, comissões de proteção de crianças e jovens em risco, entre outras. O desenvolvimento de projetos nas UCC procura incluir respostas comunitárias nos cuidados de saúde, representando uma relevante modificação de paradigma na Saúde Mental do século XXI e potencializando o capital social disponível para a promoção da saúde mental e o combate à doença mental (Moita, 2014). A promoção da saúde mental é vital ao longo de todo o ciclo vital, incluindo a otimização da saúde mental na infância, nas escolas, na vida laboral, na idade adulta e na velhice (Lehtinen, 2008). Em resposta ao Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), aprovado pelo Despacho Normativo nº 8815 de 2015, e dentro da intervenção do EEESMP em contexto escolar, planearam-se e executaram-se ações de formação sobre *bullying e competências socio emocionais*, em turmas do 2º ano do ensino básico. Foi ainda possível assistir a sessões planeadas pelos EEESMP da UCC, já a decorrer, sobre sexualidade e adolescência e o programa *Mais Contigo*. Adicionalmente, também foi possível realizar a formação no âmbito do programa *Mais Contigo* para a certificação de dinamizadores deste programa (Anexo I).

A promoção da saúde mental, no âmbito da intervenção em saúde escolar, conforme previsto no PNSE, é considerada como estruturante na capacitação de crianças e jovens e na promoção e educação para a saúde (Despacho Normativo nº 8815, 2015). Os diversos fenómenos sociais vividos na escola têm impacto na saúde das crianças, jovens e adultos envolvidos, exigindo a compreensão e intervenção de diversas áreas do conhecimento.

Diante da evidência científica atual, a saúde mental destaca-se como uma área prioritária de intervenção no ambiente escolar (DGS, 2019).

Através dessas sessões, mobilizamos conhecimentos teórico-práticos e competências de EEESMP, com o objetivo de promover a saúde mental das crianças. A elaboração do programa de prevenção do *bullying e competências socio emocionais* também contribuiu para a aquisição desta competência específica, sendo planeado e implementado em ambiente escolar.

Durante o estágio na UCC, foi ainda possível participar em visitas domiciliárias; colaborar com a equipa multidisciplinar na avaliação de um utente e seus familiares integrados na RNCCI; participar no trabalho desenvolvido pela equipa da ECCI; avaliar fatores de risco e protetores da saúde mental do utente e do cuidador informal e identificar necessidades de ajuda para futuras intervenções.

A visita domiciliária possibilitou acompanhar tanto o cuidador informal quanto o utente, proporcionando "uma colheita de dados mais exata sobre a estrutura familiar, o ambiente habitacional e o comportamento neste ambiente" (Stanhope & Lancaster, 2011, p. 532). Segundo os mesmos autores, a visita domiciliária envolve planeamento, realização de intervenções educativas e assistenciais, e interação dos enfermeiros com o utente, a família e a comunidade, permitindo assistência continua no contexto familiar por meio de avaliação. Em resumo, esta competência permitiu refletir sobre o utente e a sua família, considerando o ambiente onde está inserido e identificando as suas necessidades, bem como atuar na prevenção da doença mental e na promoção e proteção da saúde mental.

3.3 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

A terceira competência específica dos EEESMP destaca a capacidade do enfermeiro para sistematizar e analisar dados, determinar diagnósticos e definir os resultados esperados, através de dinâmicas próprias de cada contexto (Regulamento nº 515, 2018).

Essa competência está intrinsecamente ligada ao processo de enfermagem, que oferece uma estrutura sistemática para a prestação de cuidados e cumpre a metodologia científica necessária (Decreto-Lei nº 161, 1996). O processo de enfermagem é dinâmico e sistemático, e envolve a interação do EEESMP com o utente e/ou família para colher e analisar

informações relacionadas com os processos corporais, psicológicos e de transição, considerando para tal aspetos diversos dos utentes e do seu contexto como determinantes socioculturais, espirituais, cognitivos e funcionais (Townsend, 2011).

Esta competência remete igualmente para a importância de cuidados informados em evidências, focados na promoção e proteção da saúde mental, prevenção de perturbações mentais, redução de complicações futuras e promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida do utente, de acordo com o ciclo vital e com foco nas respostas do utente aos problemas de saúde mental, física e relacionadas com os tratamentos (Regulamento nº 515, 2018).

A função de gestor de caso é especialmente relevante na intervenção do EEESMP, conforme descrito no Regulamento de Competências Específicas (Regulamento nº 515, 2018). O EEESMP, como membro da equipa multidisciplinar, tem posição privilegiada para assegurar a coordenação e transição dos cuidados de saúde, auditar a medicação nos diversos contextos de atuação quando necessário, e elaborar e implementar planos de cuidados individualizados de tratamento e/ou reabilitação psicossocial para utentes com doença mental grave e suas famílias (Regulamento nº 515, 2018).

As etapas do processo de enfermagem relevantes para esta competência incluem a avaliação diagnóstica e respetiva colheita de dados, a identificação diagnóstica sempre que se verifique integridade referencial entre os dados e o diagnóstico, o planeamento de intervenções de enfermagem com integridade referencial aos diagnósticos identificados, a implementação dessas mesmas intervenções e a avaliação dos resultados (Decreto-Lei nº 161, 1996; Regulamento nº 515, 2018). Essas etapas foram desenvolvidas na identificação dos diagnósticos de enfermagem de saúde mental e na aplicação do modelo de intervenção psicoterapêutica proposto por Sampaio et al. (2018), tanto no estágio em contexto de internamento quanto no estágio em contexto comunitário.

Similarmente, o Regulamento dos *Padrões de Qualidade* dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental enfatiza que o estabelecimento do plano de intervenção é fundamentado no julgamento clínico da enfermagem especializada, após a avaliação dos dados (Regulamento nº356, 2015).

Durante a fase de planeamento, o EEESMP prioriza os diagnósticos de enfermagem formulados, identifica os resultados esperados e elabora intervenções de enfermagem apropriadas, utilizando o pensamento crítico para o julgamento clínico. A elaboração dos diagnósticos de enfermagem recorre à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), uma terminologia consensual que reflete as observações dos enfermeiros e as ações realizadas para resolver problemas de saúde, tornando-se um recurso

confiável para documentar a prática de enfermagem e demonstrar a contribuição dos enfermeiros para a saúde (*International Council of Nurses* [ICN], 2019).

Durante o estágio, foi possível desenvolver competências no âmbito do método de gestor de caso durante a prática clínica da UIPF (Regulamento nº 515, 2018). Numa breve apresentação do caso, o utente com o qual se desenvolveu esta unidade de competência, foi um utente de 39 anos com o diagnóstico de psicose esquizofrénica do tipo paranoide de acordo com a classificação da *American Psychiatric Association* (2014), com antecedentes de consumos de substâncias ilícitas desde a adolescência e dependência de álcool. As perturbações esquizofrénicas caracterizam-se por interferirem nos pensamentos, emoções, comportamentos, relações interpessoais, vida profissional e adaptação social (*American Psychiatric Association*, 2014; Dizwota et al., 2018).

Através da realização de uma entrevista clínica, foi efetuada a avaliação inicial de enfermagem, a qual pode ser consultada no Apêndice II, relativa ao estudo de caso. Foram aplicados vários instrumentos de avaliação para a colheita de dados, que estão disponíveis para consulta nos Anexos II a IX, bem como a consulta e análise documental do processo clínico.

Foram identificados como diagnósticos de enfermagem de acordo com a classificação do *Internacional Council of Nurses* (ICN, 2019) os seguintes: ansiedade presente em grau elevado; autocontrolo: impulso comprometido; autocontrolo agressividade comprometido; adesão ao regime terapêutico comprometido. Como focos de atenção de enfermagem, foram identificados, de acordo com a mesma classificação: sono, cognição; dependência do álcool e dependência de substâncias ilícitas (ICN, 2019).

Decorrente dos diagnósticos de enfermagem identificados no âmbito da intervenção do EEESMP (Sequeira & Sampaio, 2020), foram planeadas intervenções psicoterapêuticas, que podem ser consultadas do Apêndice III a VI, e que passaram pela entrevista motivacional, treino de competências socioemocionais, técnica de relaxamento progressivo de *Jacobson* modificada, entre outras (Johnson et al., 2013; Sequeira & Sampaio, 2020).

O trabalho de capacitação do utente passou ainda pelo recurso a estratégias que incluíram a comunicação assertiva, compreensão emocional, controlo da ansiedade, gestão da medicação e volição (ICN, 2019).

A entrevista motivacional, tem por base os estadios de mudança do Modelo Transteórico de Motivação de Mudança Intencional de Comportamento conhecidos por pré-contemplativo, contemplativo, preparação, ação, manutenção e recaída (Norcross et al., 2011) e assume-se como um tipo de aconselhamento que se distingue por criar uma atmosfera de diálogo construtivo sobre a mudança de comportamento e onde o EEESMP recorre a recursos como

escuta ativa e empatia e que facilitem a compreensão da perspectiva do utente e a redução da sua resistência à mudança (Sequeira, 2016).

As estratégias e objetivos de intervenção são ajustadas a fase de mudança do comportamento em que o utente se encontra (Miller & Rollnick, 2002, 2009, 2013).

Na fase de pré-contemplação a intervenção do EEESMP passa por questionar o comportamento do utente com o objetivo de aumentar a auto percepção para riscos e consequências do comportamento atual; na fase de contemplação são evocadas razões para a mudança e os riscos associados à manutenção do comportamento atual, reforçando a auto eficácia para mudar o comportamento atual; na fase de preparação definem-se estratégias para conseguir a mudança; na fase de ação o utente é apoiado na implementação das estratégias definidas para a mudança; na fase de manutenção ajuda-se a prevenir a recaída e no caso da recaída definem-se estratégias a adotar para um novo recomeço (Norcross et al., 2011; OE, 2023a).

Segundo Miller e Rollnick (2009) os princípios fundamentais da entrevista motivacional são o respeito e a empatia.

O Treino de Competências Sociais é um tipo de intervenção com comprovada eficácia no âmbito de alterações das relações interpessoais ou déficits em habilidades e competências sociais (Townsend, 2002).

O treino de competências sociais tem eficácia em utentes com perturbação esquizofrénica que apresentem: compromisso no desenvolvimento de habilidades de comunicação e na resolução de problemas; gestão do stress; necessidades no âmbito do treino da assertividade; compromisso na autoconfiança; compromisso na atenção e memória; dificuldade na participação em atividades sociais, entre outros (Yildirim et al., 2013).

O EEESMP detém competências científicas e técnicas essenciais para desenvolver e intervir em diversos contextos e em diferentes etapas do ciclo de vida da pessoa com esquizofrenia (Loureiro, 2011). A avaliação do treino de competências socio-emocionais deve ocorrer em três momentos: antes da sua implementação, após a sua conclusão e em contexto de *follow-up* (Caballo, 2006).

A adesão ao regime terapêutico, enquanto foco de atenção dos EEESMP está associado a fatores relacionados com a longa duração do tratamento e os efeitos adversos dos psicofármacos (Favrod & Maire, 2014).

Os utentes com perturbação esquizofrénica apresentam menor adesão ao regime terapêutico e consequente abandono terapêutico, frequentemente associados a determinantes em saúde como: 1) baixa aceitação da doença; 2) abuso de substâncias; 3) o

nível de escolaridade; 4) o conhecimento sobre a doença; e 5) o estigma social em relação à medicação psiquiátrica (Barkhof et al., 2012; Cabral & Silva, 2010).

A falta de adesão ao regime terapêutico resulta em complicações negativas para o utente e para o seu círculo familiar e social, reduzindo significativamente a qualidade de vida de todos (Henriques, 2011). O mesmo autor reforça ainda que a intervenção dos enfermeiros na promoção da adesão ao regime terapêutico centra-se essencialmente no conhecimento e na capacitação do utente relativamente ao processo de saúde/ doença. As intervenções centradas nos utentes e nas suas necessidades, promovem de forma mais eficaz o seu envolvimento e adesão ao regime terapêutico (Keltner et al. 2007).

Relativamente ao relaxamento com recurso a técnicas de respiração, enquanto intervenção implementada no contexto do estágio, esta teve como objetivo diminuir o nível de tensão do utente, a ansiedade e promover um maior autocontrolo e bem-estar (Payne, 2003). A grande vantagem desta técnica foi a sua fácil implementação (Payne, 2003).

Outra técnica utilizada foi a técnica de relaxamento de *Jacobson*, também com o objetivo de promover o relaxamento muscular e diminuir a ansiedade (Payne, 2003). Foi realizado o Relaxamento Progressivo de *Jacobson* Modificado, que consiste no trabalho sistemático dos principais grupos musculares esqueléticos, criando e libertando a tensão. Como resultado, o utente aprendeu a reconhecer a tensão muscular e a relaxar, contribuindo assim para o seu processo de conhecimento sobre estratégias de auto-controlo da ansiedade (Payne, 2003).

Esta intervenção foi realizada durante o estágio por múltiplas ocasiões, tendo-se observado que por via das manifestações comportamentais, manifestações verbais dos utentes, mas também com expressão nos seus sinais vitais (tensão arterial e frequência cardíaca), no fim da intervenção, estes estavam visivelmente mais calmos, menos tensos, com melhor autocontrolo e bem-estar.

É importante salientar que os planos de cuidados foram planeados por forma a serem individualizados através da integração das necessidades e desejos do próprio utente, permitindo assim que o mesmo estivesse envolvido em todo o processo e que a prestação de cuidados fosse efetivamente centrada no utente.

As intervenções de enfermagem foram planeadas, como respostas aos diagnósticos de enfermagem identificados, para produzirem resultados específicos, considerando as capacidades e recursos dos utentes.

Após a implementação dos planos de cuidados, foram realizadas avaliações para medir o sucesso das intervenções em relação aos resultados esperados; “Os diagnósticos, resultados e planos de cuidados são revistos conforme a avaliação o determina” (Townsend, 2011, p.155).

O desenvolvimento desta competência assentou sobretudo no planeamento de intervenções psicoterapêuticas individuais, centradas no controlo da impulsividade, da ansiedade, na adesão ao regime terapêutico e na dependência de substâncias.

Durante o estágio na UIPF, houve ainda a oportunidade de assistir à reunião do conselho técnico, em que estiveram presentes a equipa técnica, coordenadora regional de reinserção, juíza e um representante do ministério público. Esta reunião permite discutir os planos terapêuticos e de reabilitação, assim como questões relacionadas com a execução das penas e medidas disciplinares. Essa experiência permitiu compreender os critérios e condições para diferentes tipos de saídas dos utentes, destacando a importância da psiquiatria de ligação e da coordenação entre os serviços de saúde mental na comunidade e os serviços sociais para reduzir reincidências criminosas e complicações relacionadas à doença psiquiátrica.

No contexto comunitário, as intervenções do EEESMP na UCC estavam principalmente focadas na área da saúde escolar. As necessidades em saúde escolar eram muitas vezes sinalizadas pela equipa docente, que solicitava a intervenção dos EEESMP para avaliação e intervenção junto das crianças. Paralelamente, a chegada de novos EEESMP à UCC durante o período de estágio, possibilitou uma ampliação das áreas de intervenção na comunidade, incluindo RNCCI.

Durante o estágio na comunidade, a intervenção esteve centrada na psicoeducação de crianças do 2º ano do ensino básico, nas escolas da área abrangidas pela UCC. A intervenção foi planeada para ser executada em duas sessões e com um intervalo de tempo de 3 semanas entre si. No Apêndice VII é possível consultar o planeamento desta intervenção.

Para monitorizar a eficácia da intervenção, foram aplicados questionários de avaliação de conhecimentos, antes e no fim da intervenção de psicoeducação. No Apêndice VIII é possível consultar os resultados obtidos com a intervenção que na generalidade demonstraram aumento dos conhecimentos sobre o tema por parte das crianças.

A psicoeducação permitiu explorar o conceito e os diferentes tipos de *bullying*, as possíveis reações emocionais, cognitivas e comportamentais das vítimas, bem como os motivos que levam à prática de *bullying*. Foram ainda esclarecidos os procedimentos que as vítimas podem adotar no caso de sofrerem de *bullying*. Os objetivos desta intervenção passaram por aumentar a literacia em saúde mental em relação a este tema e trabalhar as competências socio emocionais das crianças. Para a dinamização destas sessões recorreu-se a uma revisão exploratória da literatura que permitiu a construção da apresentação em *power point* e que pode ser consultada no Apêndice IX. Esta intervenção promoveu a literacia em saúde mental das crianças alvo da intervenção, pelo que se recomenda que a mesma seja reproduzida em períodos regulares e que seja avaliada quanto à sua eficácia, por forma a identificar oportunidades de melhoria e necessidades relativamente à atualização dos seus conteúdos.

O conceito de literacia em saúde mental foi introduzido por Jorm et al. (1997), com o objetivo de promover a saúde mental. Os autores definiram a literacia em saúde mental como o conhecimento e as crenças que ajudam a reconhecer, gerir e prevenir perturbações mentais. Ao longo dos anos esta definição foi evoluindo e, mais recentemente, Jorm et al. (2012) definiu-a como sendo o conhecimento associado à prevenção da doença mental, à capacidade de identificar uma perturbação mental, a estar informado sobre onde procurar ajuda e quais os tratamentos disponíveis, a conhecer as estratégias eficazes de autoajuda para problemas menos graves e a habilidades para oferecer apoio inicial a alguém que está a desenvolver uma perturbação mental ou a enfrentar uma crise.

Em 2019, Jorm destaca ainda que a literacia em saúde mental vai além de entender e conhecer os problemas mentais, implicando também a utilização desse conhecimento e entendimento de maneira prática, como estratégia que permita melhorar a própria saúde mental, bem como ajudar as pessoas ao nosso redor.

A promoção da saúde mental, conforme previsto no PNSE, é essencial para capacitar crianças e jovens na área de promoção e educação para a saúde mental (Despacho Normativo nº 8815, 2015). As diversas experiências sociais vividas na escola afetam a saúde de todos os envolvidos (crianças, jovens e adultos) e precisam ser compreendidas e abordadas por diferentes áreas do conhecimento, com base nas evidências científicas atuais que reconhecem a intervenção em saúde mental como uma prioridade no ambiente escolar (DGS, 2016).

A eficácia das intervenções em saúde mental traduz-se em indicadores como: 1) melhoria da ligação entre a escola, a família e a comunidade, 2) diminuição do abandono e insucesso escolar, 3) diminuição dos comportamentos violentos, e 4) melhoria na saúde geral da comunidade escolar (DGS, 2016).

A saúde mental das crianças e adolescentes é um aspeto essencial do seu desenvolvimento e comportamento, reconhecendo o valor que tem na comunicação e nas relações interpessoais (DGS, 2016).

Nesse contexto, o PNSM (DGS, 2017) enfatiza a importância de capacitar os adultos responsáveis pela educação e aproveitar o ambiente escolar como um espaço privilegiado para a aprendizagem e a consolidação de atitudes positivas e adequadas a cada situação.

Por sua vez, o modelo *Social and Emotional Learning*, enquanto modelo multidimensional, interativo, que abrange fatores cognitivos, interpessoais, emocionais e sociais, segundo Durlak et al. (2011) constitui-se num referencial teórico e normativo que promove a aquisição progressiva de competências essenciais para que as pessoas se possam adaptar a diversas situações/atividades do seu quotidiano. Essas competências emocionais e sociais são cruciais

para o sucesso na vida pessoal, familiar, escolar, profissional e nas relações interpessoais (Durlak et al. 2011).

Nesse sentido, a intervenção do EEESMP focada no desenvolvimento de Competências Socio emocionais, permite o desenvolvimento de domínios como: o autoconhecimento, a autogestão, a consciência social, a relação interpessoal e a tomada de decisão responsável (Durlak et al. 2011). Para tal são abordados subtemas como identidade, pertença, comunicação, emoções, autonomia, interação, risco, proteção, violência, escolhas, desafios e perdas, valores e resiliência (DGS, 2016; Durlak et al. 2011).

Pesquisas e evidências científicas atuais, refletidas numa meta-análise de 213 estudos sobre o modelo *Social and Emotional Learning*, mostram que esta abordagem traz benefícios significativos no ambiente escolar, em termos de resultados académicos, sociais e emocionais dos alunos e para a saúde mental de toda a comunidade educativa (Durlak et al., 2011).

3.4 Presta Cuidados de Âmbito Psicoterapêutico, Socioterapêutico, Psicossocial e Psicoeducacional, à Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida, Mobilizando o Contexto e Dinâmica Individual, Familiar de Grupo ou Comunitário, de Forma a Manter, Melhorar e Recuperar a Saúde

A quarta competência estabelece que o EEESMP oferece cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais ao indivíduo ao longo de todas as fases da vida. Este profissional utiliza o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitária com o objetivo de manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento nº515, 2018).

De acordo com o descritivo dessa competência, o EEESMP emprega cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais após a implementação do conjunto de intervenções definidas no plano de cuidados do utente. O propósito desses cuidados é auxiliar o utente a atingir o equilíbrio, seja na recuperação da sua saúde mental, seja na sua reabilitação psicossocial. Esses cuidados têm como objetivo ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, alcançar um padrão de funcionamento

saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que está inserida (Regulamento nº 515, 2018).

Segundo Melo e Silva (2014), o processo de reabilitação social consiste em proporcionar aos utentes com patologia mental e que estejam menos capacitados, pela doença, a oportunidade de conseguirem a maior independência possível, na comunidade, instruindo-os de competências físicas, emocionais e intelectuais necessárias para uma vida o mais autónoma possível e com a ajuda mínima dos profissionais de saúde.

O EEESMP deve, no âmbito da sua prestação de cuidados, realizar a avaliação das intervenções implementadas com o objetivo de auxiliar na recuperação e reabilitação psicossocial do utente, bem como proceder às alterações necessárias nas intervenções planeadas, por forma a garantir que o utente alcance o seu potencial máximo. Nesse processo, o enfermeiro mobiliza suas habilidades para interpretar e individualizar estratégias, incluindo atividades como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar (Regulamento nº 515, 2018).

A relação terapêutica é consolidada através desses cuidados psicoterapêuticos, que são uma parte integrante dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 515, 2018).

Segundo Sampaio et al. (2014), a intervenção psicoterapêutica de enfermagem envolve a aplicação intencional de técnicas de psicoterapia, fundamentadas numa abordagem estruturada e sequencial, com base na identificação de um diagnóstico de enfermagem em Saúde Mental. Para que o EEESMP atinja o seu pleno potencial de autonomia, é fundamental que trabalhe no projeto de saúde do utente, o que inclui o treino de competências individuais e sociais. Este processo permite ao EEESMP evoluir de iniciado a perito, de acordo com os pressupostos do modelo de Benner (2001), desenvolvendo-se tanto pessoal como profissionalmente. Nesse sentido, a abordagem no estágio da UIPF permitiu o treino de competências sociais e da reabilitação psicossocial (Regulamento nº 515, 2018).

A socioterapia envolve um processo de relação interpessoal entre o EEESMP e um grupo, focando-se na interação entre os membros e refletindo sobre as interações familiares e sociais. Esta abordagem facilita o desenvolvimento de novas respostas humanas para problemas de vida já identificados ou para novos desafios que possam surgir, promovendo o bem-estar dos participantes (Regulamento nº 356, 2015).

As sessões de psicoeducação, como intervenções terapêuticas, proporcionam a transmissão de informações sistematizadas, estruturadas e didáticas sobre determinados problemas, considerando também os aspetos emocionais, com o objetivo de capacitar os utentes para lidarem com situações que possam surgir (Sampaio, 2011). Segundo Amaral et al. (2020), a educação para a saúde visa a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Ao assumir intervenções nos domínios psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional, o EEESMP pode promover a reabilitação do utente a nível psicossocial. Essa reabilitação psicossocial enquanto intervenção estruturada e coordenada para alcançar objetivos terapêuticos e ganhos em saúde, possibilita aos utentes desenvolverem competências emocionais e cognitivas essenciais para enfrentarem as exigências sociais da comunidade, melhorarem a qualidade de vida e reduzirem a utilização dos serviços de saúde (Violante, 2014).

Neste sentido, uma abordagem holística do doente com doença mental implica ter em consideração as suas condições pessoais e comunitárias (Patel & Mancuso, 2023).

Durante o estágio de internamento, as intervenções foram individualizadas e direcionadas para utentes com patologia mental de uma UIPF e com foco no treino de competências para a reintegração social, especialmente em contextos de dificuldades nas relações interpessoais e déficits nas habilidades sociais. Em contexto comunitário, foram planeadas e implementadas intervenções em grupo no âmbito da psicoeducação. Todas as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas ao longo do estágio foram sustentadas na construção de uma relação terapêutica assente em valores como a confiança e a empatia e que funcionaram como aspetos facilitadores para a promoção de novas vias de resolução de problemas para utentes com doença mental (OE, 2023a).

Por outro lado, a utilização da ferramenta de análise *SWOT*, enquanto estratégia de desenvolvimento pessoal e profissional que se pode encontrar no final do estudo de caso, também foi potenciador da relação terapêutica na medida em que, o desenvolvimento do autoconhecimento permitiu, também, melhorar as habilidades e competências psicoterapêuticas, bem com colocar ao serviço da relação terapêutica as competências, habilidades e características pessoais da autora.

Relativamente aos resultados das intervenções, esses podem ser consultados nos Anexos II a IX. A avaliação referente a intervenção entrevista motivacional englobou um pequeno questionário contruído pela autora de modo a avaliar a satisfação do utente com a intervenção e que pode ser consultado no final do planeamento da entrevista motivacional e que se encontra no Apêndice III. Foram também utilizados instrumentos de monitorização para avaliar os resultados da intervenção e que podem ser consultados na secção dos Anexos. Relativamente ao questionário construído pela autora, às questões 1 e 2, relativas aos conteúdos e linguagem, o utente respondeu como tendo sido muito úteis, e a linguagem e o assunto utilizado muito claro. Relativamente à questão número 5, o utente respondeu que se encontrava muito motivado para não retomar os consumos de álcool quando terminasse a medida e voltasse para casa. Nos sinais de recaída, no primeiro momento de avaliação, o

utente foi capaz de identificar os sintomas da sua doença. A pertinência do enquadramento sobre álcool e drogas foi do interesse do utente. Uma vez que utente se encontrava numa UIPF não foi possível colocar em prática as estratégias de mudança.

Na avaliação da intervenção treino de competências socio emocionais, foi elaborada uma tabela e que pode ser consultada no final do Apêndice IV com o objetivo de identificar competências sociais e emocionais desenvolvidas pelo utente. Percebeu-se que no final da intervenção, o utente foi capaz de identificar os conteúdos aprendidos e referir algumas mudanças a adotar na sua vida quando regressar a casa e à comunidade.

A avaliação da intervenção adesão ao regime medicamentoso foi realizada com base num “*Quizz – Adesão à terapêutica*”, que se encontra no fim do planeamento da intervenção (Apêndice V). Esta intervenção assentou no treino da preparação da medicação e foi facilmente percebido e interiorizado pelo utente. Como estratégias facilitadoras da aprendizagem e capacitação, optou-se por auxiliar o utente na construção de uma lista com o nome do medicamento, horário, via de administração e frequência da sua terapêutica, foi ainda oferecida uma caixa com 4 divisões (pequeno-almoço, almoço, jantar e ceia) de forma a facilitar a distribuição da medicação e garantir a segurança do utente (Regulamento nº 356, 2015). Efetuou-se o treino prático da preparação da medicação para 24 horas e conclui-se que o utente interiorizou os conteúdos abordados, tendo manifestado interesse nos mesmos durante o decurso das sessões.

A intervenção psicoeducativa realizada no estágio da UCC, foi avaliada quanto à sua eficácia através de questionários aplicados antes e depois da intervenção. O feedback das crianças e professores foi também considerado na avaliação da sessão, tendo o mesmo sido muito positivo. No final foi efetuado o tratamento de dados, em forma de gráfico, para se identificarem os ganhos em saúde na intervenção implementada. Os resultados demonstraram eficácia da intervenção no âmbito dos conhecimentos e podem ser consultados no Apêndice X.

Salienta-se que uma das turmas que participou na sessão, no final optou por colocar o desenho do boneco, instrumento usado durante a sessão, à entrada da porta da sala, e definiram que sempre que entrassem e saíssem da sala teriam de fazer um elogio ao boneco. Assim, as avaliações das intervenções foram realizadas de diversas formas, incluindo feedback dos utentes/grupos, uso de instrumentos de avaliação, questionários, aplicação prática dos conteúdos aprendidos, entrevistas não estruturadas e observações dos profissionais envolvidos. Para a eficácia das intervenções contribuiu também, a relação terapêutica estabelecida, a atitude aberta, participativa e isenta de juízos de valor e estigma por parte da autora.

Em suma, as intervenções não visaram apenas contribuir para a reabilitação psicossocial dos utentes, mas contribuíram também para a promoção da saúde mental. Ambos os estágios permitiram adquirir e desenvolver as competências específicas do EEESMP, nomeadamente no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional ao longo do ciclo de vida, e a mobilização dos contextos individuais, familiares, grupais e comunitários. Ao refletir sobre os objetivos alcançados com as intervenções planeadas, percebe-se que foi possível contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes, da satisfação com os cuidados e para promoção, manutenção e recuperação da saúde mental bem como para a prevenção da doença mental.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após percorrer este processo académico, centrado na integração do conhecimento teórico no contexto clínico, é relevante destacar quatro eixos fundamentais que emergem deste percurso. Começando pelas principais implicações para a prática clínica, observa-se um crescente interesse na diferenciação e especialização dos cuidados de saúde, o que reflete uma exigência crescente por competências técnicas e científicas. O contexto social atual e o mandato social da profissão de enfermagem, levam os enfermeiros a atualizarem continuamente as suas práticas e a incorporarem novos conhecimentos que possam contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

No domínio da investigação, este percurso académico ofereceu contribuições significativas ao fomentar o desenvolvimento de competências de análise crítica, reflexão e pesquisa. A análise *SWOT*, utilizada como instrumento de monitorização pessoal, exemplifica como a investigação e translação do conhecimento para a prática podem promover um maior autoconhecimento e eficácia na prática profissional. Este processo não só fortalece as bases teóricas da enfermagem, como também abre novas perspetivas para investigações futuras orientadas para a melhoria contínua dos cuidados de saúde em particular no âmbito da saúde mental e psiquiátrica.

Contudo, ao considerar as principais limitações enfrentadas, destacam-se desafios como a conciliação dos horários de estágio com os compromissos pessoais e profissionais. Esta dificuldade evidencia a necessidade de estratégias organizacionais mais flexíveis para facilitar a formação dos estudantes, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Além disso, a complexidade inerente às decisões éticas e jurídicas, assumidas perante utentes e famílias no contexto da doença mental, exige uma constante reflexão, suporte teórico e normativo adequado para mitigar potenciais conflitos e dilemas.

Em última análise, este percurso académico, que incluiu também atividades formativas fora do contexto do estágio, permitiu atingir os objetivos estabelecidos para os estágios, capacitando a autora a descrever, analisar e refletir criticamente sobre desenvolvimento das competências no âmbito do EEESMP. Este processo não só promoveu o seu desenvolvimento profissional contínuo, como também fortaleceu a capacidade de resposta a desafios complexos em saúde mental, essenciais para a prática avançada em enfermagem e para a obtenção do grau de Mestre. A avaliação e identificação diagnóstica, o planeamento e a implementação de intervenções psicoterapêuticas, na promoção da saúde mental e na prevenção da doença mental, para utentes, famílias, grupos e comunidade permitiu a

implementação da metodologia científica de enfermagem na construção dos processos de enfermagem, bem como o desenvolvimento de competências e habilidades humanas, profissionais e técnicas, essenciais para a aquisição das competências previstas para os EEESMP.

Assim, ao integrar as aprendizagens individuais, acadêmicas e práticas, este percurso não apenas consolida competências essenciais, mas também reforça o compromisso ético-jurídico e a responsabilidade social dos profissionais de enfermagem perante a comunidade e a classe profissional.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. RESUMO

Enquadramento: Em Portugal, a adaptação da metodologia de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade ainda está em desenvolvimento e implementação, sendo que a nova Lei de Saúde Mental, promove uma articulação estreita entre as áreas governativas da justiça, segurança social e saúde, para assegurar a reintegração e o acompanhamento contínuo dos cidadãos inimputáveis após o término das suas medidas de internamento.

Objetivo: mapear intervenções no âmbito da enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade.

Material e Métodos: Protocolo de *scoping review*, conduzida em conformidade com a proposta do Joanna Briggs Institute, partindo da questão: Quais as intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade? e considerando os critérios de inclusão definidos pela PCC (População, Conceito, Contexto). Foi efetuada uma pesquisa com recurso às seguintes bases de dados: *MEDLINE* via *PubMed*, *CINAHL Complete*, *MedicLatina* e *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* (via *EBSCOhost*). A seleção dos artigos foi executada mediante um processo trifásico: identificação, seleção e inclusão e seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*.

Resultados: Foram identificados 178 artigos e 5 foram incluídos para análise nesta *scoping review*. Foram mapeadas 28 intervenções de enfermagem no âmbito da enfermagem de saúde mental de ligação, sendo que estas integram programas estruturados de reinserção na comunidade e centram-se maioritariamente em estratégias de reabilitação psicossocial para o acompanhamento e reinserção social. Os resultados obtidos permitiram agrupar as intervenções identificadas nas categorias do tipo avaliar, monitorizar e vigiar, executar, informar, ensinar e instruir e intervenções orientadas para objetivos. Foram identificados 7 indicadores associados às intervenções em enfermagem de saúde mental de ligação.

Conclusão: Esta *scoping review* contribui para o conhecimento de intervenções realizadas no acompanhamento de utentes que saem de um internamento de psiquiatria forense e são inseridos na comunidade. A literatura demonstra que, o trabalho das equipas clínicas, assente num modelo de ligação e parceria com as equipas de intervenção social e judicial, que envolva intervenções tanto no contexto da psiquiatria forense, como na comunidade e no sistema prisional, centradas na reabilitação psicossocial e reinserção social, podem contribuir para os resultados em saúde, do sistema judicial e social.

Palavras-chave: Psychiatric Nursing; Forensic Nursing; Community Mental Health Services; Continuity of Patient Care; Liasion Nursing

2. ABSTRACT

Background: In Portugal, the adaptation of the liaison methodology between forensic psychiatry and the community is still under development and implementation. The new Mental Health Law promotes close coordination between the government areas of justice, social security, and health to ensure the reintegration and continuous follow-up of non-imputable citizens after the end of their internment measures.

Objective: To map interventions within the scope of liaison mental health nursing between forensic psychiatry and the community.

Material and Methods: Scoping review protocol, conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute proposal, based on the question: What is the liaison mental health nursing interventions between forensic psychiatry and the community? and considering the inclusion criteria defined by PCC (Population, Concept, Context). A search was conducted using the following databases: MEDLINE via PubMed, CINAHL Complete, MedicLatina, and Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (via EBSCOhost). The selection of articles was carried out through a three-phase process: identification, selection, and inclusion, and followed the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews.

Results: 178 articles were identified, and 5 were included for analysis in this scoping review. 28 nursing interventions within the scope of liaison mental health nursing were mapped, integrating structured community reintegration programs and mainly focusing on psychosocial rehabilitation strategies for follow-up and social reintegration. The obtained results allowed the identified interventions to be grouped into categories such as assessing, monitoring and supervising, executing, informing, teaching and instructing, and goal-oriented interventions. Seven indicators associated with liaison mental health nursing interventions were identified.

Conclusion: This scoping review contributes to the understanding of interventions carried out in the follow-up of patients transitioning from forensic psychiatry internment to community integration. The literature shows that the work of clinical teams, based on a liaison and partnership model with social and judicial intervention teams, involving interventions in the contexts of forensic psychiatry, the community, and the prison system, focused on psychosocial rehabilitation and social reintegration, can contribute to outcomes in health, the judicial system, and social system.

Palavras-chave: Psychiatric Nursing; Forensic Nursing; Community Mental Health Services; Continuity of Patient Care; Liasion Nursing

3. FUNDAMENTAÇÃO/ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Psiquiatria Forense é considerada uma subespecialidade da Psiquiatria, cuja intervenção assenta no utente com doença mental que comete um crime ou apresenta risco de o fazer (Völlm et al., 2018).

Em Portugal, pessoas inimputáveis, de acordo com o Decreto-Lei nº 48 de 1995, são consideradas como tal, devido à falta de capacidade para compreender a ilicitude dos seus atos criminosos.

Mesmo sendo julgados em tribunal, é-lhes atribuída uma medida de segurança, com o objetivo de cumprir um tratamento no âmbito da saúde mental, em função das anomalias psíquicas que apresentam (Martins, 2015; Decreto-Lei nº 48, 1995).

No caso dos utentes com doença mental conhecida e diagnosticada, os fatores de risco para a reincidência criminal incluem: 1) duração curta da medida de segurança; 2) uso simultâneo de vários antipsicóticos; 3) não adesão ao tratamento após a alta; 4) falta de acompanhamento no pós-alta; 5) residir em áreas com elevado nível de criminalidade; 6) desemprego e 7) o uso de substâncias psicoativas (Oueslati et al., 2018).

O EEESMP, decorrente das suas competências específicas no processo de cuidar da pessoa, família, grupo e comunidade, coordena, implementa e desenvolve projetos, de promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental e no tratamento e reabilitação psicossocial, recorrendo muitas vezes a modelos e programas de intervenção em saúde mental como o gestor de caso, terapeuta de referência, entre outros (Regulamento, nº 515, 2018).

O uso da metodologia de gestão de caso na prática clínica em saúde mental e psiquiátrica envolve o papel do terapeuta de referência. Este profissional tem a responsabilidade de: 1) elaborar e supervisionar planos de tratamento/reabilitação personalizados para utentes com perturbação mental; 2) coordenar a transição dos utentes e suas famílias entre diferentes cenários de cuidados de saúde, promovendo a continuidade nos cuidados; 3) orientar os utentes no acesso aos recursos comunitários adequados (Regulamento nº 515, 2018).

O EEESMP desempenha um papel significativo na promoção da saúde mental, tratamento e reabilitação de utentes com doença mental grave que apresentam comportamento criminoso ou risco, aproveitando as competências e habilidades reconhecidas (Regulamento nº 515, 2018). Enquanto profissionais especializados no âmbito da saúde mental e psiquiátrica colaboram com equipas multidisciplinares, fornecendo relatórios jurídicos e intervindo através das intervenções psicoterapêuticas associadas a diagnósticos de

enfermagem. Ao proporcionar acompanhamento regular para prevenir a reincidência criminal os EEESMP são elementos facilitadores de um processo de reintegração psicossocial na comunidade, procurando antecipar e mitigar fatores de risco que possam ameaçar o progresso saudável dos utentes (Sampson et al., 2016; Völlm et al., 2018).

Em Psiquiatria Forense, as equipas são multidisciplinares e devem trabalhar em rede com os recursos da comunidade, focando-se primordialmente na reabilitação psicossocial e na reinserção social do utente com doença mental grave que apresentou comportamento criminoso (Regulamento nº 728, 2021). É, portanto, crucial um plano de cuidados orientado para a recuperação, reabilitação psicossocial e reinserção social do utente, que vise manter a colaboração entre os vários grupos profissionais da equipa, promover a capacidade do utente para a tomada de decisões, apoiar o desenvolvimento da sua motivação e autonomia, assim como o seu autocontrolo e empoderamento (Igoumenou et al., 2015; Almeida et al., 2016; Olsson & Schön, 2016; Newman et al., 2016).

Newman et al. (2016) mencionam que os padrões para a qualidade dos cuidados de saúde em Psiquiatria Forense se relacionam de forma íntima com: 1) a integração de tratamento e segurança; 2) o conhecimento do quadro legal; 3) a prática baseada em princípios éticos; 4) as equipas multidisciplinares; 5) as relações terapêuticas; 6) a avaliação e gestão de risco potencial e real; 7) a gestão dos processos de transição entre a comunidade e o serviço de Psiquiatria Forense; 8) a promoção da saúde física; 9) a minimização do risco do uso de substâncias; 10) o trabalho em parceria com familiares e/ou cuidadores; 11) a promoção de cuidados que revelem otimismo e respostas a comportamentos desafiadores; e 12) a diminuição do estigma e da discriminação.

O regresso de um utente à comunidade deve iniciar-se durante a medida de segurança, prolongando-se posteriormente através da transmissão de informação para o empoderamento do utente e da monitorização da adesão ao tratamento especializado (Almeida et al., 2016). Neste sentido, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica de ligação pode ser uma estratégia no acompanhamento destes utentes uma vez que tem como características: 1) a orientação para a equipe que cuida do utente; 2) o cuidado psicológico especializado a utentes e suas famílias; 3) o conhecimento sobre respostas normais e anormais à doença, 4) a adaptação do utente e família; 5) o conhecimento da teoria de sistemas e 6) a ligação entre as diferentes especialidades (Roberts, 1997).

Conforme observado por Mota (2000), embora haja uma diversidade de terminologias para descrever modelos de organização de serviços no contexto da ligação, esses modelos compartilham semelhanças significativas, e podem ser designados por modelo de consultadoria, de ligação e de consultadoria-ligação.

O modelo de consultadoria consiste na consulta por um profissional de saúde mental ao utente internado; no modelo de ligação o profissional de saúde mental é membro integrante da equipa e não necessita que os utentes lhe sejam referenciados, intervindo ao identificar a necessidade de cuidados psiquiátricos; no modelo de consultadoria-ligação não há uma clara distinção entre consultadoria e ligação implicando uma estreita colaboração com a equipa clínica (Mota, 2000).

Ao contrário do médico psiquiatra, que se centra nos processos ligados à doença, o EEESMP foca-se nos sintomas que os utentes apresentam e na adaptação à sua condição de vida, com vista à promoção da saúde mental e à prevenção de complicações (Roberts, 1997).

O papel do EEESMP, inserido em equipas multiprofissionais, e numa perspetiva de enfermagem de saúde mental de ligação, garante que a sua intervenção facilita a relação entre o indivíduo, a família, a comunidade, e a equipa multidisciplinar (OE, 2023b; Roberts, 1997).

Em Portugal, a adaptação da metodologia de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade ainda está por desenvolver e implementar, sendo que a nova Lei de Saúde Mental, promove uma articulação estreita entre as áreas governativas da Justiça, Segurança Social e Saúde, para assegurar a reintegração e o acompanhamento contínuo dos cidadãos inimputáveis após o término das suas medidas de internamento (Lei nº 35, 2023). A implementação de um modelo de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade, em Portugal, enfrenta assim desafios relacionados com a disponibilidade de recursos e a necessidade de adaptação dos modelos internacionais às especificidades locais (OE, 2023b). Considerando a lacuna no conhecimento relativa as intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação no contexto da psiquiatria forense, e que o mesmo se encontra disperso, houve a necessidade de mapear e organizar essas intervenções por forma a contribuir para qualidade dos cuidados e para desenvolvimento dos conteúdos associados à Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Face ao exposto, pretende-se com esta *scoping review*, mapear intervenções no âmbito da enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade.

4. FINALIDADE E OBJETIVOS

O objetivo desta *scoping review* foi mapear intervenções no âmbito da enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade. Para tal, partiu-se da seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade?

Esta *scoping review* teve como finalidade identificar as intervenções de enfermagem existentes na literatura para os utentes acompanhados pela psiquiatria forense contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos EEESMP aos utentes no âmbito da psiquiatria forense.

5. METODOLOGIA

Com o protocolo da *scoping review*, previamente registado no *Open Science Framework* (Oliveira & Fajardo Gomes, 2024), procurou-se a definir de forma clara os critérios que os revisores utilizaram para incluir e excluir fontes de evidência, identificar dados relevantes e descrever o processo de extração e apresentação das informações (Peters et al., 2020). Esse processo foi fundamental para minimizar possíveis viés deste relatório final, que seguiu a proposta do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para a redação de *scoping reviews* (Aromataris & Munn, 2020; Peters et al., 2020).

5.1 Critérios de Inclusão

Para a definição dos critérios de inclusão utilizou-se a mnemónica *PCC* (População, Conceito e Contexto), essencial para orientar a seleção de estudos a serem incluídos na *scoping review* (Aromataris & Munn, 2020; Peters et al., 2020). Neste sentido, a **População**: utentes com patologia psiquiátrica, sem restrições de género, idade, etnia ou características pessoais; o **Conceito**: intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação, incluindo todos os programas, protocolos e intervenções estruturados e sistematizados relacionados; o **Contexto**: unidades de psiquiatria forense em qualquer região geográfica do mundo. Os **Tipos de fontes**: artigos escritos em português, inglês e espanhol; artigos que respondam à questão de investigação; estudos primários de natureza quantitativa, qualitativa e mista e estudos secundários; documentos de texto e de opinião e estudos encontrados nas referências bibliográficas secundárias.

5.2 Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa foi realizada em três fases: 1) identificação dos descritores *Medical subject Hedings* (MeSH) e termos-chave; 2) construção da frase booleana; e 3) pesquisa em motores de busca/bases de dados, bem como, a revisão das listas de referências dos estudos selecionados (Peters et al., 2020). Na primeira fase, a pesquisa foi limitada ao motor de busca *PubMed* via *MEDLINE*, para identificar os descritores *MeSH* e termos-chave comuns na área de estudo (o exemplo da pesquisa preliminar pode ser consultado no Apêndice XI).

No Quadro 1 é possível verificar os descritores *MeSH* e termos chave identificados na pesquisa preliminar, que permitiram a construção da frase *booleana*.

Quadro 1 Descritores *MeSH* e termos-chave

	População	Conceito	Contexto
Descritores <i>MeSH</i>	<i>Mental disorders</i> <i>Community mental health services</i> <i>Mentally ill persons;</i> <i>Psychiatric nursing</i>	<i>Continuity of patient care</i>	<i>Forensic nursing</i> <i>Forensic psychiatry</i>
Termos-chave	<i>Psychiatric Illness</i>	<i>Continuity of care</i> <i>Liaison nursing</i>	<i>Legal Psychiatry</i>

A obtenção dos descritores *MeSH* e termos-chave possibilitou a criação da seguinte frase *booleana*: ("*forensic nursing*" OR "*forensic psychiatry*") AND ("*liaison nursing*") AND ("*community mental health services*" OR "*continuity of patient care*") AND ("*mental disorders*" OR "*psychiatric nursing*"), que incluiu operadores como *AND* e *OR*, não foram utilizadas truncaturas como as aspas e o asterisco. A frase *booleana* permitiu efetuar a estratégia de pesquisa na base de dados *MEDLINE* via *PubMed*, *CINAHL Complete*, *MedicLatina* e *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* (via *EBSCOhost*) a 08 de março de 2024. A estratégia de pesquisa considerou as particularidades de cada base de dados/ motor de busca utilizado na revisão.

5.3 Seleção da Evidência

O processo de inclusão dos artigos envolveu três etapas: identificação, seleção e inclusão. Seguiram-se para o efeito as orientações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR statement) (Page et al., 2021). Inicialmente foi feita uma análise com base no título, resumo e leitura de texto integral para eliminação dos artigos que não obedeceram aos critérios de inclusão. Os artigos que integraram todos os critérios de inclusão prosseguiram para a fase de extração de dados. Essas etapas foram realizadas por dois revisores de forma independente com recurso à ferramenta digital *MENDELEY*®. Todas as razões para a não inclusão de artigos foram devidamente registadas e fundamentadas.

5.4 Considerações éticas

Os investigadores cumpriram todos os pressupostos éticos inerentes ao método de investigação proposto. Desse modo, esses aspetos foram assegurados através do rigor da metodologia de pesquisa efetuada, da adequada referenciação e do rigor no tratamento e

apresentação dos dados garantindo assim a fiabilidade e a fidelidade da informação contida no estudo.

6. RESULTADOS

Os resultados da seleção da evidência encontram-se apresentados através de uma descrição narrativa do processo, acompanhada por um fluxograma que seguiu as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR statement) (Page et al., 2021).

A pesquisa foi realizada em cinco bases de dados. Na fase de identificação conseguiram-se 178 resultados tendo sido excluídos nove resultados que se encontravam duplicados tendo restado 169 resultados para a fase de seleção. Na fase de seleção, após a leitura de título e resumo foram excluídos 156 resultados tendo restado 13 resultados. A leitura do texto integral excluiu quatro resultados por não cumprirem os critérios de elegibilidade previamente definidos, estando os mesmos descritos no diagrama PRISMA (Page et al., 2021) do Anexo X. Foram incluídos para análise cinco artigos.

Para esta etapa, os revisores construíram um formulário em *Microsoft Word*, que atendeu às necessidades específicas da pesquisa. O Quadro 2 apresenta uma síntese dos dados. No Apêndice XII é possível consultar o quadro com a apresentação de todos os dados recolhidos dos estudos que integraram a *scoping review*.

Quadro 2 Instrumento de apresentação dos dados da *scoping review*

Primeiro Autor	Angell et al.	Mckenna et al.	Lamberti e Weisman	Leutwyler et al.	Cummings et al.
Estudo (E)	E1	E2	E3	E4	E5
Ano	2014	2014	2021	2017	2020
Título	Engagement processes in model programs for community reentry from prison for people with serious mental illness	A prison mental health in-reach model informed by assertive community treatment principles: evaluation of its impact on planning during the pre-release period, community mental health service engagement and reoffending	Essential Elements of Forensic Assertive Community Treatment	Case management helps prevent criminal justice recidivism for people with serious mental illness	The Cal-DSH diversion guidelines
Tipo de estudo	Estudo Qualitativo	Estudo comparativo longitudinal retrospectivo	Revisão da Literatura	Estudos de Casos	<i>Guideline</i>
País	EUA	Nova Zelândia	EUA	EUA	Inglaterra
Contexto	Reclusos com doenças mentais que recebem alta das prisões para comunidades urbanas	Modelo de cuidados desenvolvido na prisão com resultados pós libertação	Revisão da literatura com nove publicações sobre a descrição do programa de tratamento comunitário assertivo	Modelos de gestão de casos para indivíduos ex-presidiários com doença mental grave	Diretrizes gerais a considerar ao desenvolver programas para pessoas com doença mental grave que se envolvem no sistema de justiça criminal
População	Reclusos com doenças mentais	Reclusos com doenças mentais graves	Populações forenses e envolvidas na justiça criminal	Ex-reclusos com doença mental grave	Pessoas com doença mental grave que se envolvem no sistema de justiça criminal
Objetivo(s) do estudo	Avaliar o processo de envolvimento de presos com perturbação mental na reinserção na comunidade, em dois programas de tratamento comunitário	Comparar os resultados de saúde e delinquência um ano antes da implementação do programa de reinserção e um ano após.	Identificar os elementos fundamentais do programa de tratamento comunitário assertivo	Discutir de que forma o gestor de caso contribui para a redução das taxas de reincidência criminal em pessoas com doença mental grave e a sua reinserção na comunidade;	Resumir 10 pontos chave a incorporar no tratamento de indivíduos com perturbação mental e inseridos no sistema judicial, com o objetivo de maximizar o tratamento e minimizar o risco de reincidência criminal

Intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação	Estabelecer relação terapêutica; Promover o envolvimento da família; Promover o envolvimento com os agentes de liberdade condicional; Promover a não discriminação e a não estigmatização do utente	Estabelecer um plano de libertação; Referenciar para os recursos da comunidade;	Avaliar as necessidades de continuidade de cuidados; Referenciar para as equipas da comunidade; Referenciar para as equipas do sistema judicial; Executar intervenções psicoterapêuticas para o uso de substâncias psicoativas; Referenciar para as equipas comunitárias; Referenciar para as equipas do sistema judicial; Referenciar para serviços comunitários adequados para intervir no uso de substâncias psicoativas;	Referenciar para o serviço social; Promover o acesso a serviços de psiquiatria; Avaliar o processo de doença; Intervir no processo de doença; Promover o processo de reinserção social; Referenciar para o serviço social;	Administrar medicação prescrita; Vigiar o cumprimento do regime terapêutico; Intervir no consumo de substâncias; Executar psicoeducação; Avaliar o risco criminogénico e antissocial; Intervir na personalidade antissocial; Executar terapia cognitivo-comportamental; Encorajar contactos pro-sociais e desencorajar contato antissociais; Garantir habitação; Promover treino cognitivo e social; Monitorizar a adesão as intervenções terapêuticas; Executar treino de capacidades funcionais e reabilitação vocacional; Executar treino de habilidades sociais; Executar psicoeducação familiar; Identificar contacto de referência; Estabelecer contato com o sistema judicial; Envolver o utente em programas individuais, judiciais e comunitários;
Indicadores em enfermagem de ligação		Redução significativa na reincidência; Melhoria da estabilidade mental dos utentes após a libertação;	Melhoria na qualidade de vida e na saúde mental dos utentes;	Reduzir a reincidência criminal em até 89% e diminui a duração da pena de prisão em até 86%; Diminuição das hospitalizações psiquiátricas;	Redução no número de utentes com patologia psiquiátrica em estabelecimentos prisionais; Melhoria da saúde mental; Melhoria no processo de reinserção social;

Legenda: E- Estudo; EUA- Estados Unidos da América

O Quadro 3 apresenta todas as intervenções identificadas na literatura e responde de forma clara à questão de investigação.

Quadro 3 Intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade

Estudo	Intervenções (Angell et al., 2014; Cummings et al., 2020; Lamberti & Weisman, 2021; Leutwyler et al., 2017; Mckenna et al., 2014)
E1	Estabelecer relação terapêutica
E1	Promover o envolvimento da família
E1	Promover a não discriminação e a não estigmatização
E1, E5	Promover o envolvimento com os agentes de liberdade condicional
E2	Executar plano de libertação
E2; E3	Referenciar para equipas comunitárias
E3	Avaliar a continuidade de cuidados
E3, E5	Referenciar para as equipas do sistema judicial
E3; E5	Executar intervenção psicoterapêutica
E4	Referenciar para o serviço social
E4	Promover o acesso a serviços de psiquiatria
E4	Avaliar o processo de doença
E4, E5	Promover o processo de reinserção social
E5	Administrar medicação prescrita
E5	Vigiar o cumprimento do regime terapêutico
E5	Executar psicoeducação
E5	Avaliar o risco criminogénico e antissocial
E5	Avaliar comportamento antissocial
E5	Executar terapia cognitivo-comportamental
E5	Encorajar contactos pro-sociais e desencorajar contactos antissociais
E5	Avaliar condições habitacionais
E5	Promover treino de competências sociais
E5	Executar treino de habilidades sociais
E5	Monitorizar a adesão ao regime terapêutico
E5	Executar treino de capacidades funcionais e reabilitação vocacional
E5	Executar psicoeducação familiar
E5	Identificar contacto de referência
E5	Estabelecer contacto com o sistema judicial

Legenda: E- estudo

Os resultados obtidos permitiram agrupar as intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade, identificadas por categorias do tipo avaliar, monitorizar e vigiar (atividades diagnósticas), executar, informar, ensinar e instruir, bem como intervenções orientadas para objetivos (ICN, 2019; Johnson et al., 2013). No Quadro 4 é possível consultar as intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade agrupadas por categorias.

Quadro 4 Categorias das intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade

Categorias das Intervenções (ICN, 2019; Johnson et al., 2013)	Estudos	Intervenções (Angell et al., 2014; Cummings et al., 2020; Lamberti & Weisman, 2021; Leutwyler et al., 2017; Mckenna et al., 2014)
Avaliar, Monitorizar, Vigiar		Avaliar a continuidade de cuidados
		Avaliar o processo de doença
		Avaliar condições habitacionais
		Avaliar o risco criminogénico e antissocial

	E3, E4, E5	Avaliar comportamento antissocial
		Vigiar o cumprimento do regime terapêutico
		Monitorizar a adesão ao regime terapêutico
Informar, Ensinar, Instruir	E2, E3, E4, E5	Referenciar para equipas comunitárias
		Referenciar para as equipas do sistema judicial
		Referenciar para o serviço social
Executar	E2, E3, E5	Executar intervenção psicoterapêutica
		Executar plano de libertação
		Executar psicoeducação
		Executar terapia cognitivo-comportamental
		Executar treino de habilidades sociais
		Executar treino de capacidades funcionais e reabilitação vocacional
		Executar psicoeducação familiar
		Administrar medicação prescrita
		Identificar contacto de referência
Orientadas para objetivos	E1, E5	Promover o envolvimento da família
		Promover o acesso a serviços de psiquiatria
		Promover a não discriminação e a não estigmatização
		Promover o processo de reinserção social
		Promover o envolvimento com os agentes de liberdade condicional
		Promover treino de competências sociais
		Encorajar contatos pro-sociais e desencorajar contatos antissociais
		Estabelecer relação terapêutica
		Estabelecer contato com o sistema judicial

Legenda: E- Estudo

Da análise dos dados foi ainda possível identificar um conjunto de indicadores associados às intervenções no âmbito da enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade. Embora o objetivo desta *scoping review* não seja a identificação desses indicadores, dada a sua importância, no Quadro 5 é possível consultar os resultados relativos aos indicadores associados às intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação no contexto da psiquiatria forense e na comunidade.

Quadro 5 Indicadores associados às intervenções em enfermagem de saúde mental de ligação entre a psiquiatria forense e a comunidade

Estudo	Indicadores
	(Cummings et al., 2020; Lamberti & Weisman, 2021; Leutwyler et al., 2017; Mckenna et al., 2014)
E2, E4	Redução da reincidência
E2, E3, E5	Melhoria da estabilidade mental dos utentes após a libertação
E3	Melhoria na qualidade de vida
E4	Diminuição da duração pena prisão
E4	Diminuição das hospitalizações psiquiátricas
E5	Redução do número de utentes com patologia psiquiátrica em estabelecimentos prisionais
E5	Melhoria no processo de reinserção social

Legenda: E- Estudo

7. DISCUSSÃO

Nesta *scoping review* foram incluídos cinco estudos que contemplaram um intervalo temporal entre 2014 e 2021, tendo sido realizados nos Estados Unidos da América (Angell et al., 2014; Lamberti & Weisman, 2021; Leutwyler et al., 2017) na Inglaterra (Cummings et al., 2020) e na Nova Zelândia (Mckenna et al., 2014). O desenho dos estudos foi diversificado, tendo variado desde a análise qualitativa de dados (Angell et al., 2014), estudos de casos (Leutwyler et al., 2017), estudo comparativo longitudinal retrospectivo (Mckenna et al., 2014), revisão da literatura (Lamberti & Weisman, 2021) e uma *Guideline* (Cummings et al., 2020). Os temas centram-se essencialmente nas estratégias de preparação para a reinserção social. Um dos estudos aborda a comparação entre dois programas diferentes no que se refere ao envolvimento do utente (Angell et al., 2014). Dois dos estudos, ainda que de forma distinta, centram-se na identificação dos itens fundamentais a considerarmos na elaboração, implementação e avaliação de programas (Mckenna et al., 2014; Lamberti & Weisman, 2021). Dois estudos pretendem compreender o impacto da intervenção na redução da reincidência criminal, um relacionado com a implementação de um programa (Mckenna et al., 2014) e outro avaliando o papel do gestor de caso (Leutwyler et al., 2017). Um dos estudos apresenta guias de orientação com os objetivos de: maximizar o tratamento da população alvo e reduzir a reincidência na criminalidade e no sistema judicial (Cummings et al., 2020).

No trabalho desenvolvido por Angell et al. (2014), o programa de Tratamento Comunitário Assertivo (TCA) foi adaptado para a população presidiária com doença mental grave para assegurar estabilidade mental antes da libertação e garantir a continuidade de cuidados após a libertação. Os princípios do TCA incluem envolvimento assertivo, continuidade de cuidados, educação sobre a doença e gestão, tratamento integrado de abuso de substâncias, e cobertura 24 horas para emergências psiquiátricas (Angell et al., 2014). As intervenções apresentadas são parte integrante de dois modelos diferentes de promoção da reinserção social, o modelo de aceitação e compromisso forense e o modelo de intervenção em tempo crítico (Angell et al., 2014) e visavam especialmente estratégias de reinserção social e acompanhamento deste processo após a libertação dos utentes (Angell et al., 2014). As intervenções implementadas foram do domínio das estratégias da preparação e acompanhamento da reinserção social, considerando-se essencial o estabelecimento de uma relação terapêutica prévia ao início do programa, manutenção dessa relação terapêutica de forma não hierárquica, um diálogo consistente entre o discurso verbal e não-verbal,

promovendo a não discriminação e a não estigmatização do utente, manutenção de um discurso positivo e encorajador (Angell et al., 2014).

No estudo de Mckenna et al. (2014) foi implementado um modelo de cuidados de saúde mental dentro da prisão, baseado nos princípios do TCA, tendo resultado em um aumento nos contatos pré-libertação com serviços de saúde mental comunitários e os serviços sociais. Este modelo envolveu planeamento da libertação e mobilização de recursos para a reintegração comunitária nos três meses antes da libertação, incluindo articulação entre os serviços de saúde mental e os serviços sociais (Mckenna et al., 2014). Neste estudo, foram avaliadas de que forma as estratégias implementadas no âmbito de um programa específico contribuíam positivamente nos indicadores de saúde mental e reincidência criminal (Mckenna et al., 2014). Como estratégia de ligação foi efetuado uma intervenção no estabelecimento de um plano de libertação (Mckenna et al., 2014). As estratégias de reinserção social focaram-se na promoção do contato com recursos comunitários de tratamento em caso de uso de substâncias, serviços de psiquiatria e unidades residenciais (Mckenna et al., 2014).

O trabalho de Lamberti e Weisman (2021) focou-se na análise dos elementos fundamentais a incluir no programa de tratamento comunitário assertivo forense e com base no modelo de aceitação e compromisso forense. Identificaram-se 6 estratégias no âmbito da enfermagem de saúde mental de ligação tais como: 1) avaliação do risco e necessidades dos utentes; 2) definição de equipas mistas de saúde e agentes judiciais; 3) promoção de reuniões entre os profissionais da equipa e a implementação de intervenções terapêuticas no âmbito do uso de substância psicoativas; 4) estratégias de reinserção social com a gestão dos processos de transição para a comunidade; 5) estratégias de acompanhamento de reinserção social através do recurso a serviços de psiquiatria; e 6) avaliação da eficácia da implementação do programa através da escala *Rochester Forensic assertive community treatment* (R-FACT) (Lamberti & Weisman, 2021).

O estudo de Leutwyler et al. (2017) refere que um modelo de gestão de casos desempenha um papel crucial para que o regresso à comunidade seja bem-sucedido, coordenando serviços de saúde mental com cuidados de saúde, habitação, transporte, emprego e serviço social, contribuindo para a prevenção da reincidência criminal. Exemplos de modelos eficazes incluem o Programa de justiça *Thresholds em Illinois*, que combinou habitação de apoio e gestão de casos para coordenar tratamento, habitação e apoio ao emprego, mostrando uma redução significativa nas prisões e hospitalizações psiquiátricas (Leutwyler et al., 2017). O autor descreveu que, após a libertação, todos os ex-reclusos se depararam com dificuldades para suprir as necessidades básicas essenciais para a reinserção na comunidade tais como o

acesso a subsídios de arrendamento e a serviços de psiquiatria na comunidade, referindo ainda que estas dificuldades são exacerbadas pela perturbação mental que apresentavam (Leutwyler et al., 2017). Como estratégias de preparação para a reinserção social destacaram-se: a coordenação do acesso a serviços de alojamento, o tratamento da doença mental e promover o acesso a fontes de rendimento (Leutwyler et al., 2017). O gestor de caso assume assim uma importância na identificação e sinalização da deterioração da saúde dos utentes, agravamento dos sintomas e/ou deterioração funcional na comunidade (Leutwyler et al., 2017).

O estudo de Cummings et al. (2020) apresenta uma *guideline* associada aos programas de reinserção social e com o objetivo de reduzir da recidiva criminal. Os fatores de risco não clínico assumem um papel de destaque, sendo que os programas que abordem as necessidades criminogénicas em conjunto com o tratamento da doença mental e uso de substâncias parecem contribuir para maiores ganhos em saúde do que o tratamento padrão de saúde mental comunitária instituídos isoladamente (Cummings et al., 2020). A *guideline* é constituída por 10 pontos-chave e que se integram num modelo de enfermagem de saúde mental de ligação, tais como: garantir a prescrição adequada de medicamentos psicotrópicos, intervenções para o uso, abuso e dependência de substâncias, educação para a saúde sobre o trauma, estratégias de preparação para a reinserção social que abordem os quatro principais fatores criminogénicos (avaliação de risco, tratamento da personalidade antissocial, terapia cognitivo-comportamental e encorajar contatos pro-sociais) (Cummings et al., 2020). O trabalho de Cummings et al. (2020) corrobora os resultados apresentados por Leutwyler et al. (2017), referindo-se à necessidade de garantir habitação antes da libertação e ao treino de capacidades funcionais e reabilitação vocacional, através do treino de habilidades sociais; a estratégias de acompanhamento de reinserção social, psicoeducação familiar e estabelecimento de parcerias com o contato judicial.

Como principais limitações dos resultados desta *scoping review*, destaca-se o contexto cultural dos estudos, tendo os mesmos sido realizados maioritariamente nos estados Unidos da América, onde a realidade criminal, social e de acesso a cuidados de saúde não é similar à realidade portuguesa. Similarmente a pesquisa em apenas quatro bases de dados e a definição do idioma enquanto critério de inclusão e exclusão (apenas de estudos escritos em português, inglês e espanhol) compromete o tamanho da amostra. Por outro lado, foram apenas incluídos estudos com publicações de acesso aberto.

Recomenda-se realização de estudos de elevado nível de evidência, relacionados com as intervenções implementadas por enfermeiros no âmbito da enfermagem de saúde mental de ligação e assentes em modelos teóricos de enfermagem; uma análise documental que

permita traduzir as intervenções identificadas para uma linguagem classificada em enfermagem, bem como para a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Recomenda-se ainda a definição de diretrizes internacionais, que integrem questões culturais e contextuais por forma a garantir que os utentes envolvidos no sistema de justiça criminal com doença mental grave recebam o apoio necessário para uma adequada reabilitação psicossocial e reinserção social.

8. CONCLUSÃO

Nesta *scoping review* foram identificados 178 estudos num intervalo temporal de 2014 e 2021, tendo sido incluídos para análise cinco estudos. Todos os trabalhos incluídos para análise se debruçaram sobre as intervenções de saúde mental de ligação implementadas em utentes com patologia psiquiátrica em contexto de psiquiatria forense. Foram mapeadas 28 intervenções e identificados sete indicadores associados às intervenções. Estes indicadores relacionam-se com a qualidade de vida, saúde mental, hospitalizações, reincidências, tempo de cumprimento da pena e reinserção social. Os resultados obtidos permitiram agrupar as intervenções identificadas nas categorias do tipo avaliar, monitorizar e vigiar, executar, informar, ensinar e instruir, bem como em intervenções orientadas para objetivos como promover e encorajar. As intervenções identificadas centram-se maioritariamente em estratégias de reabilitação psicossocial e reinserção social.

No que se refere às intervenções de enfermagem de saúde mental de ligação, destacam-se as intervenções relacionadas com a adesão ao regime terapêutico no tratamento da doença mental, bem como um conjunto de intervenções psicoterapêuticas orientadas para os comportamentos antissociais, intervenções de educação para a saúde para os utentes e famílias e a elaboração de um plano de libertação.

A literatura demonstra que, o trabalho das equipas clínicas, assente num modelo de ligação e parceria com as equipas de intervenção social e judicial, que envolva intervenções tanto no contexto da psiquiatria forense, como na comunidade e no sistema prisional, podem contribuir para os resultados em saúde, do sistema judicial e social.

Relativamente às intervenções de preparação da reinserção social é fundamental efetuar uma análise dos fatores de risco criminogénicos do utente e dirigir as intervenções para reduzir as dificuldades na obtenção de bens essenciais, de habitação e formas de subsistência, terapias cognitivo-comportamentais, treino de capacidades cognitivas e sociais. Promover ainda o acesso a serviços de saúde mental e psiquiátrica na comunidade como rede de apoio e implementar intervenções de redução do estigma e da discriminação.

As intervenções de acompanhamento da reinserção social assentam na promoção de uma relação de proximidade, da interação social com familiares, e do incentivo à utilização dos serviços na comunidade por terceiros, como familiares e agentes de liberdade condicional.

A eficácia das intervenções implementadas está elencada à qualidade da relação terapêutica estabelecida com os utentes.

Na generalidade, os resultados referidos nos estudos analisados assentam sobretudo na reabilitação psicossocial e na reinserção social e apontam para a redução da reincidência criminal, para a melhoria da saúde mental e da qualidade de vida destes utentes.

Assim, estes resultados deixam clara a necessidade de uma intervenção multimodal e que vai para além do tratamento da doença mental. Estar familiarizado com uma ampla gama de opções terapêuticas informadas em evidências é fundamental para garantir uma abordagem individualizada e centrada nas necessidades das pessoas.

Como principais limitações dos resultados desta *scoping review*, destaca-se o contexto cultural dos estudos, tendo os mesmos sido realizados maioritariamente nos estados Unidos da América, onde a realidade criminal, social e de acesso a cuidados de saúde não é similar à realidade portuguesa. Similarmente a pesquisa em apenas quatro bases de dados e a definição do idioma enquanto critério de inclusão e exclusão (apenas de estudos escritos em português, inglês e espanhol) compromete o tamanho da amostra. Por outro lado, foram apenas incluídos estudos com publicações de acesso aberto.

Recomenda-se realização de estudos de elevado nível de evidência, relacionados com as intervenções implementadas por enfermeiros no âmbito da enfermagem de saúde mental de ligação e assentes em modelos teóricos de enfermagem; uma análise documental que permita traduzir as intervenções identificadas para uma linguagem classificada em enfermagem, bem como para a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Recomenda-se ainda a definição de diretrizes internacionais, que integrem questões culturais e contextuais por forma a garantir que os utentes envolvidos no sistema de justiça criminal com doença mental grave recebam o apoio necessário para uma adequada reabilitação psicossocial e reinserção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A componente de estágio possibilitou o desenvolvimento e a aquisição de competências pessoais, interpessoais, técnicas, científicas, tanto no âmbito das competências comuns quanto no âmbito das competências específicas do EEESMP.

A aprendizagem adquirida durante todo este percurso de formação, refletiu-se na capacidade de pesquisa, de investigação, de integração e translação do conhecimento científico para a prática, mas também no desenvolvimento de habilidades e competências na assistência aos utentes com e sem doença mental, numa ótica de promoção da saúde mental, prevenção da doença, reabilitação psicossocial, reinserção social, redução do estigma e discriminação associado à doença mental.

Neste sentido, durante os estágios, o objetivo *major* passou sempre por assistir o utente a promover, manter, melhorar e recuperar a sua saúde mental e a sua máxima capacidade funcional.

A componente de investigação acarretou um desenvolvimento enorme em termos de conhecimento e operacionalização das várias etapas do processo de investigação. As dificuldades sentidas no início deste percurso foram-se dissipando, com a ajuda do supervisor científico deste relatório, que serviu como agente facilitador do processo de reflexão crítica e progressivo desenvolvimento da autonomia, fatores que foram determinantes para aquisição de competências tanto científicas quanto no âmbito do EEESMP.

A formação profissional e a investigação contínua tornam-se, desta forma, imprescindível para a qualidade dos cuidados de enfermagem assegurados durante os estágios e consequente compromisso com o mandato social da profissão.

No final deste percurso, predomina um sentimento de realização e satisfação pessoal pelo crescimento alcançado e pela resiliência demonstrada. Um novo caminho como EEESMP se inicia, repleto de novos desafios, oportunidades de aprendizagem e o compromisso de contribuir para a construção de uma enfermagem mais diferenciada, especializada, humanizada e holística. Pretende-se para tal, no final deste percurso, publicar os resultados obtidos através deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, F., Moreira, D., Moura, H., & Mota, V. (2016). *Psicose Esquizofrênica e Recidiva Criminal – a importância dos programas de acompanhamento em ambulatório dos inimputáveis – um estudo de caso*. [Tese de Mestrado, Instituto Superior da Maia]. Instituto Superior da Maia. <http://hdl.handle.net/10400.24/452>

American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4th ed.). Climepsi Editores.

Alvim, A. L. S. (2013). O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. *Enferm Foco*, 4(2), 140–141. <https://enfermfoco.org/article/o-processo-de-enfermagem-e-suas-cinco-etapas/> <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2013.v4.n2.531>

Amaral, A. C., Almeida, E. & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional In Sequeira, C & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental* (p.174-179). Lidel.

Angell, B., Matthews, E., Barrenger, S., Watson, A. C., & Draine, J. (2014). Engagement processes in model programs for community reentry from prison for people with serious mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(5), 490–500. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.022>

Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/bjimes-20-01>

Barkhof, E., Meijer, C. J., de Sonnevile, L. M. J., Linszen, D. H., & de Haan, L. (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia—A review of the past decade. *European Psychiatry*, 27(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.02.005>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto.

Caballo, V. E. (2006). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. Santos.

Cabral, M. & Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos*. Imprensa de Ciências Sociais. <http://hdl.handle.net/10451/11160>

Carminati L. (2021). Emotions, Emotion Management and Emotional Intelligence in the Workplace: Healthcare Professionals' Experience in Emotionally-Charged Situations. *Frontiers in sociology*, 6, 640384. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.640384>

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

Coelho, J. C. F., Sampaio, F. M. C., Nogueira, M. J. C., Sequeira, C. A. da C., Lleixà Fortuño, M. del M., & Roldán Merino, J. (2021). Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6). <https://doi.org/10.1111/jpm.12796>

Conroy, T., Feo, R., Boucaut, R., Alderman, J., & Kitson, A. (2017). Role of effective nurse-patient relationships in enhancing patient safety. *Nursing Standard*, 31(49), 53–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10801>

Cummings, M. A., Scott, C., Juan Carlos Arguello, Arias, A.-L. W., Breth, A. M., Delgado, D., Harvey, P. D., Meyer, J. M., O'Day, J., Pollock, M., Proctor, G., Rector, T., Rose, B., Schwartz, E., Thordarson, H., Warburton, K., & Stahl, S. M. (2020). The Cal-DSH diversion guidelines. *CNS Spectrums*, 25(5), 701–713. <https://doi.org/10.1017/s1092852920001819>

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de fevereiro. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Diário da República I Série A, nº 205 (2959-2962). <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Decreto-Lei nº 35/2023 de 21 de julho. (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*. Diário da República I Série nº 141 (2-23). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>

Decreto-Lei nº 48/95 de 15 de março. (1995). *Aprova o Código Penal*. Diário da República I Série, nº 63 (1350-1416). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48-1995-185720>

Decreto-Lei nº 70/2019 de 24 de maio. (2019). *Adapta as regras aplicáveis à execução de medidas de internamento em unidades de saúde mental não integradas no sistema prisional*. Diário da República I série nº 100 (2599-2608). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/70-2019-122393532>

Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de janeiro. (2010). *Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado aos utentes com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência*. Diário da República I Série nº 19 (257-263). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_8_2010.pdf

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. (2008). *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República I série nº 38 (1182-1189). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>

Despacho Normativo nº 10143/2009 de 16 de abril. (2009). *Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Diário da República II Série, nº 74 (15438-15440). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Despacho Normativo nº 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). *Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Diário da República II Série. nº 187 (96-103). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho Normativo nº 8815/2015 de 10 de agosto. (2015). *Aprova o Programa Nacional de Saúde Escolar*. Diário da República II Série. nº 154 (22290). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/08/154000000/2229022292.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2016). *SAÚDE MENTAL EM SAÚDE ESCOLAR Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar*. <https://core.ac.uk/download/pdf/288868323.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 (Ministério da Saúde, Ed.)*. por-serie-883589-pdf.aspx (dgs.pt)

Direção Geral de Saúde. (2019). *Saúde Mental em Saúde Escolar - Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em meio escolar*. https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/ManualSaudeMental_PNSM_dez2019.pdf

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>

Dizwota, E., Stepulak, M. Z., Włoszczak-Szubzda, A., & Olajosy, M. (2018). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 25(1), 50–55. <https://doi.org/10.5604/12321966.1233566>

Favrod, J. e Maire, A. (2014). *Recuperar da Esquizofrenia. Guia Prático para Profissionais*. Lusociência.

Fernandes, S. & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem. *RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, (19), 34-45. <https://doi.org/10.17013/risti.19.32-45>

Ferro, S. (2022). Mudanças de Paradigma em Psicanálise, Neurobiologia da Memória e Grupanálise. *Vínculo-Revista do NESME*, 19(2), 264-269. <https://doi.org/10.32467/issn.1982-1492v19n2a11>
Goleman, D. (2019). *Autoconsciência*. Leya.

Gomes, A. (2014). *Enfermagem Forense*. (Vol. 1). Lidel.

Gonçalves, R., Pedrosa, L., Oliveira, M., Silva, Q., Abreu, R. & Pinho, P. (2013). Promoção da saúde mental: Ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, 49-56. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0054>

Henriques, M. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem*. [Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/3801>

Igoumenou, A., Kallis, C., & Coid, J. (2015). *Treatment of psychosis in prisons and violent recidivism*. *BJPsych Open*, 1, 149-157. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.000257>

International Council of Nurses. (2019). *ICNP browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

- Joanna Briggs Institute. (2013). *New JBI Levels of Evidence*. http://joannabriggswebdev.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- Johnson, M., Bulechek, G., Swanson, E., Butcher, H. K., Moorhead, S., & Maas, M. L. (2013). *Ligações NANDA-NOC-NIC – Condições Clínicas – Suporte ao Raciocínio e Assistência de Qualidade*. (Tradução da 3ªed.). Elsevier
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. (2019). The concept of mental health literacy. (2019). *International Handbook of Health Literacy*, 53–66. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch004>
- Keltner, N., Schwecke L. & Bostrom, C. (2007). *Psychiatric Nursing*. (5th ed.) Mosby.
- Lamberti, J. S., & Weisman, R. L. (2021). Essential Elements of Forensic Assertive Community Treatment. *Harvard Review of Psychiatry, Publish Ahead of Print*. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000299>
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas*. ASA
- Lehtinen, V. (2008). *Building up good mental health: guidelines based on existing knowledge*. Stakes.
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. (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*. Diário da República I Série, nº 181(8059 – 8105). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_156_2015_SegundaAlteracaoEstatutoOE_set2015.pdf
- Lei nº 35/2023 de 21 de julho. (2023). *Lei de Saúde Mental*. Diário da República I Série, nº 141 (2-23). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>
- Lei nº 36/98 de 24 de julho. (1998). *Lei de Saúde Mental*. Diário da República I Série, nº 169 (3544-3550). <https://files.dre.pt/1s/1998/07/169a00/35443550.pdf>
- Leutwyler, H., Hubbard, E., & Zahnd, E. (2017). Case management helps prevent criminal justice recidivism for people with serious mental illness. *International Journal of Prisoner Health*, 13(3/4), 168–172. <https://doi.org/10.1108/ijph-06-2016-0021>
- López-Castro, L., Smith, P. K., Robinson, S., & Görzig, A. (2023). Age differences in bullying victimisation and perpetration: Evidence from cross-cultural surveys. *Aggression and Violent Behavior*, 101888. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2023.101888>
- López-Ibor, J. J. (2008). Aprender a comunicarse con el paciente y con su entorno. *Educación Médica*, 11(Supl. 1), 53-61.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000500011&lng=es&tlng=es.

Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 6, 7–14. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0082>

Meleis, A. I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.

McCormack, B. and McCance, T. (2010). *A Theoretical Framework for Person-Centred Nursing*. In *Person-Centred Nursing* (eds B. McCormack and T. McCance). <https://doi.org/10.1002/9781444390506.ch3>

MacLaren, J., Stenhouse, R., & Ritchie, D. (2016). Mental health nurses' experiences of managing work-related emotions through supervision. *Journal of advanced nursing*, 72(10), 2423–2434. <https://doi.org/10.1111/jan.12995>

McKenna, B., Skipworth, J., Tapsell, R., Madell, D., Pillai, K., Simpson, A., Cavney, J., & Rouse, P. (2014). A prison mental health in-reach model informed by assertive community treatment principles: evaluation of its impact on planning during the pre-release period, community mental health service engagement and reoffending. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 25(5), 429–439. <https://doi.org/10.1002/cbm.1942>

Martins, F. (2015). *Inimputabilidade por anomalia psíquica e respectivas consequências penais*. [Tese de mestrado, Universidade Lusíada do Porto]. Universidades Lusíada. <https://hdl.handle.net/11067/1942>

Melo, C. & Silva, C. (2014). Habilidades de Conversação em Doentes com Esquizofrenia – revisão. *Revista Nursing*. 13-14.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Guilford Press.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten Things that Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129–140. <https://doi.org/10.1017/s1352465809005128>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (3rd ed.). Guilford Press.

Ministério da Saúde (2021). *Relatório Anual – Relatório e Contas do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Relatorio-ACSS-Consolidado-2021.pdf>

Moita, V. (2014). *Relatório de estágio: “à descoberta de mim e dos outros...”*. [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Leiria]. Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.8/2777>

Molina, R. & Fabrian, C. (2014). Conceito de transferência e contratransferência: uma revisão crítica sistemática. *Psicologia Argumento*. <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.077.ao02>

Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Elsevier Health Sciences.

Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J. M., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Roldán-Merino, J. F., Lluch-Canut, T., & Montesó-Curto, P. (2017). Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: Study protocol. *BMC Nursing*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0197-8>

Mota, A. (2000). *Psiquiatria de ligação Consultation-liason psychiatry*. 7, 239–245. https://www.spmi.pt/revista/vol07/ch7_v7n4a2000.pdf

Newman, C., Patterson, K., Eason, M., & Short, B. (2016). *Defining the role of a forensic hospital registered nurse using the Delphi method*. *Journal of nursing management*, 24(8), 1130–1136. <https://doi.org/10.1111/jonm.12422>

Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 143-154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>

Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem Lusodidacta*.

Oliveira, E. A. F. S., & Fajardo Gomes, A. J. (2024). *Forensic psychiatry community liaison mental health nursing: a scoping review protocol*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/3QVCA>

Olsson, H., & Schön, U. K. (2016). Reducing violence in forensic care - how does it resemble the domains of a recovery-oriented care? *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 25(6), 506–511. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139075>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023a). *Guia Orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023b). *Guia Orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32539/gobpsaudementalligacao_v3ok.pdf

Oueslati, B., Fekih-Romdhane, F., Mrabet, A., & Ridha, R. (2018). Correlates of offense recidivism in patients with schizophrenia. *International journal of law and psychiatry*, 58, 178–183. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.05.001>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Patel, P., & Mancuso, A. (2023). A Holistic Approach to Physical and Mental Health: Associations Between Chronic Disease and Psychiatric Conditions. *Psychology, health & medicine*, 28(6), 1421–1429. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2088815>
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento Um guia prático para profissionais de saúde* (2nd ed.). Lusodidacta.
- Peplau, H. E. (1952). *International relations in nursing; a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Putnam's Sons
- Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Scoping Reviews (2020). Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta
- Regulamento nº 728/2021 de 5 de agosto. (2021). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem Forense*. Diário da República II Série nº 151 (173-188). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/728-2021-169107949>
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República II Série, nº 26 (4744-4750). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750>
- Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República II Série, nº 122 (17034-17041). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República II Série nº 151 (21427-21430). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Regulamento nº 613/2022 de 8 de julho. (2022). *Regulamento que define o ato do enfermeiro*. Diário da República II Série nº 131 (179-182). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Ribeiro, T., Marcia Regina Cubas, Cristiane, M., & Miriam, M. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE(R): Versão 2019/2020*. Artmed Editora.
- Roberts, D. (1997). Liaison mental health nursing: origins, definition and prospects. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 101-108. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025101.x>
- Rocha, B. & Cruz, M. (2017). Psiquiatria Forense e Enfermarias de Segurança. IN Vieira, F. et al. *Manual de Psiquiatria Forense* (pp.519-533). Pactor.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Padrões Culturais.
- Sampaio, F. M. C. S. (2011). A Psicoeducação e a Sobrecarga dos Cuidadores Informais do Idoso com Demência: Análise Baseada na Evidência. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 5, 30–36. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0091>

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). *Intervenciones NIC del dominio conductual: Un estudio de focus group de intervenciones psicoterapéuticas de enfermería*. Poster apresentado na X Simposium Internacional AENTDE: Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2186.0569>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Sampson, S., Edworthy, R., Völlm, B., & Bulten, E. (2016). Long-term forensic mental health services: an exploratory comparison of 18 European countries. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(4), 333-351. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1221484>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Silva, C. (2013). *A promoção do autocuidado de doentes internados em psiquiatria forense como contributo para o seu processo reabilitativo: contributos do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, para a promoção do autocuidado e da saúde mental*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.26/6275>
- Soares, A. (2017). *Conceções dos Enfermeiros Especialistas - Contributos para a Qualidade*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/18940>
- Suirong, J. (2010). SWOT Analysis of Implementing Clinical Pathway of Nursing in Clinical Nursing Teaching. *Clinical Medicine & Engineering*. <https://www.semanticscholar.org/paper/SWOT-Analysis-of-Implementing-Clinical-Pathway-of-Suirong/5c4fa27808913b87de0dfcd9cad7f869f9bc60ac>
- Stanhope, M. & Lancaster, J., (2011). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (5th ed.). Lusociência.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos de Cuidados*. (3rd ed.). Guanabara Koogan S.A.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª Ed.). Lusociência.
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2023). *GUIA PRÁTICO REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.* https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- World Health Organization (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

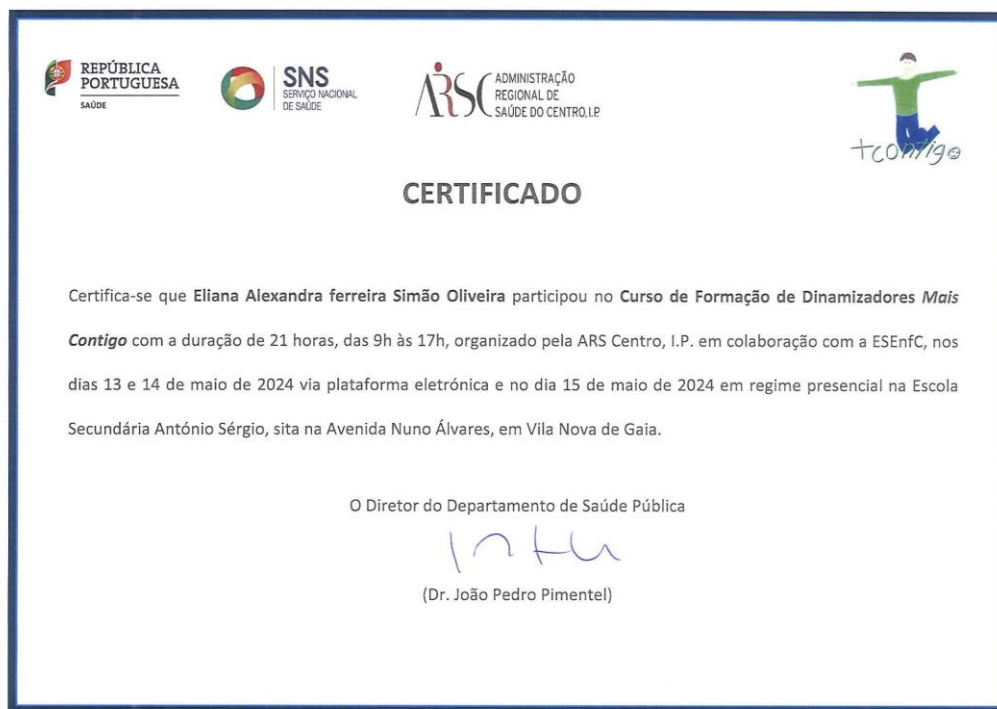
Violante, C. (2014). *Programas de reabilitação psicossocial em pessoas com doença mental crónica: impacto na perceção de qualidade de vida e de suporte social*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1224>

Völlm, B. A., Clarke, M., Herrando, V. T., Seppänen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., & Bulten, E. (2018). *European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders*. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 51, 58–73. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.007>

Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu Aşilar, R., Camcioğlu, T. H., Erdiman, S., & Karaağaç, E. (2015). Effect of Psychosocial Skills Training on Disease Symptoms, Insight, Internalized Stigmatization, and Social Functioning in Patients with Schizophrenia. *Rehabilitation Nursing*, 40(6), 341–348. <https://doi.org/10.1002/rnj.195>

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADO CURSO DE FORMAÇÃO DE DINAMIZADORES *MAIS CONTIGO*



ANEXO II: ESCALA MINI MENTAL STATE EXAMINATION

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)

I. ORIENTAÇÃO

Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz." (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos? ✓
2. Em que mês estamos? ✓
3. Em que dia do mês estamos? ✓
4. Em que estação do ano estamos? ✓
5. Em que dia da semana estamos? ✓
6. Em que País estamos? ✓
7. Em que Distrito vive? ✓
8. Em que Terra vive? ✓
9. Em que casa estamos? ✓
10. Em que andar estamos? ✓

Nota: 10

II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras." As palavras são:

PERA GATO BOLA

"Repita as três palavras". (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA ✓ GATO ✓ BOLA ✓ Nota: 3

II. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) ✓ (27) ✓ (24) ✓ (21) ✓ (18) ✓ (15) ✓ Nota: 5

IV. EVOCACÃO

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção) “Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir.” (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA ✓

GATO ✓

BOLA ✓

Nota: 3

V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?”

Nota: ✓ 1

b) Mostrar um lápis.

“Como se chama isto?”

Nota: ✓ 1

c) Repetir a frase:

“O rato rói a rolha”

Nota: ✓ 1

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”.

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Coloca o papel no chão _____

Nota: ✓ 3

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão.”

Mostrar o cartão com a frase: “FECHE OS OLHOS”. (Dar 1 ponto por cada realização correta).

Nota: ✓ 1

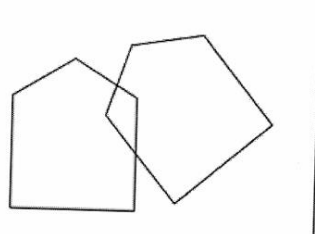
f) “Escreva uma frase.”

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou com erros de trocas de letras não contam como erros.)

Nota: ✓ 1

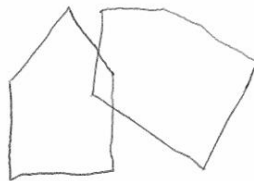
g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar.” Mostrar o desenho num cartão.

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



Nota: 1

NOTA TOTAL: 30



1

ANEXO III: ESCALA SOCRATES 8D

Anexo A

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			4
Item 3	5		
Item 4		4	
Item 5	---	---	---
Item 6			4
Item 7	5		
Item 8		4	
Item 9		5	
Item 10	4		
Item 11			4
Item 12	5		
Item 13		4	
Item 14		5	
Item 15	5		
Item 16			4
Item 17	3		
Item 18		4	
Item 19		5	
	Total 27	Total 36	Total 16
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2

Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

Percentis para os três valores da SOCRIATES 02					
	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

O que a SOCRATES “diz” sobre a sua motivação para o tratamento

Reconhecimento do problema

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | <ul style="list-style-type: none"> ● Reconhece e “sente” que tem um problema relacionado com o consumo de drogas. ● Se nada fizer para mudar, as coisas vão ficar cada vez pior. ● Expressa o desejo de mudança. |
| ☐ | <ul style="list-style-type: none"> ● Não tem a intenção de mudar. ● Nega que os consumos lhe tragam consequências. ● Rejeita que lhe digam que tem um “problema com drogas” ou que seja “toxicodependente”. |

Ação

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | <ul style="list-style-type: none"> ● Já está a fazer algo para mudar em relação ao consumo de drogas. ● Recentemente pode ter feito algumas mudanças com sucesso. ● A mudança está em ação. ● Pediu ajuda para manter a mudança ou prevenir recaídas. |
| ☐ | <ul style="list-style-type: none"> ● Não está a fazer nada para mudar em relação ao seu consumo de drogas. ● Recentemente, não fez nenhuma mudança em relação ao consumo de drogas. |

Sumário da motivação

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | ● Como não tenho um problema com as drogas nada tenho que fazer em relação a isso. |
| ☐ | ● Sei que tenho um problema com as drogas, mas não estou preparado para mudar. |
| ☐ | ● Sei que tenho um problema com as drogas e já estou a fazer coisas para mudar. |
| ☐ | ● O meu problema já não é com as drogas, mas continuo atento e a fazer coisas para não recair. |

O que acho sobre “o que a SOCRATES me diz”:

Contemplativa

ANEXO IV: ESCALA MARS – ESCALA DE ADESÃO À TERAPÊUTICA

6/10/23

Anexo 7: MARS – Escala de Adesão à Terapêutica

MARS

(Vanelli, Chendo, Gois, Santos, & Levy, 2011)

Responda às seguintes afirmações, assinalando a resposta SIM ou NÃO
que **melhor descreve o seu comportamento ou a atitude**

que tem tido em relação à sua **medicação**, *antes do internamento*
respeitante à semana passada

1. Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?	Sim	Não
2. Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?	Sim	Não
3. Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?	Sim	Não
4. Por vezes, se se sente pior quando toma a medicação, deixa de a tomar?	Sim	Não
5. Só tomo a medicação quando me sinto doente?	Sim	Não
6. Não é natural para a minha mente e meu corpo ser controlado pela medicação?	Sim	Não
7. Os meus pensamentos são mais claros com a medicação?	Sim	Não
8. Por estar a fazer a medicação posso prevenir ficar doente?	Sim	Não
9. Sinto-me estranho ou como um zombie com a medicação?	Sim	Não
10. A medicação faz com que eu me sinta cansado e lento?	Sim	Não

ANEXO V: ESCALA URICA

URICA

(University of Rhode Island Change Assessment)

1. No meu entender não tenho quaisquer problemas que necessite mudar

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
-----------------------------------	-------------	-------------------------------	-------------	------------------------

2. Penso estar pronto para mudar o meu comportamento

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	------------------------	------------------------

3. Estou a fazer algo para resolver os problemas que me têm incomodado

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	------------------------	------------------------

4. Poderá valer a pena trabalhar o meu problema

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	------------------------	------------------------

5. Não tenho problemas. Não me faz sentido estar aqui

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
-----------------------------------	-------------	-------------------------------	-------------	------------------------

6. Preocupa-me ter uma recaída. Eu já mudei e estou aqui á procura de ajuda

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	-------------	-----------------------------------

7. Estou finalmente a fazer algo para o meu problema

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	--	-------------	------------------------

8. Tenho estado a pensar, que talvez queira mudar qualquer coisa em mim

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	------------------------	------------------------

9. Acho que tenho conseguido trabalhar com sucesso o meu problema, mas não tenho a certeza se vou conseguir fazer sozinho

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	------------------------	------------------------

10. Às vezes o meu problema é difícil, mas estou a tentar resolve-lo

1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3.Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5.Concordo Totalmente
--------------------------	------------	---------------------------------	------------------------	--------------------------

11. Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem haver comigo

1.Discordo Totalmente	2. Discordo	3.Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5.Concordo Totalmente
--------------------------	------------------------	---------------------------------	-------------	--------------------------

12. Espero que aqui me ajudem a compreender-me melhor

1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3.Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
--------------------------	------------	---------------------------------	-------------	--------------------------------------

13. Acho que tenho defeitos, mas não é nada que precise mudar

1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5.Concordo Totalmente
--------------------------	------------	--	-------------	--------------------------

14. Estou realmente a esforçar-me muito para mudar

1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3.Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5.Concordo Totalmente
--------------------------	------------	---------------------------------	------------------------	--------------------------

15. Tenho um problema e acho que deveria realmente resolve-lo

1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3.Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
--------------------------	------------	---------------------------------	-------------	--------------------------------------

16. Não estou a ultrapassar o meu problema como inicialmente previa e estou aqui para prevenir recaídas

1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3.Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5.Concordo Totalmente
--------------------------	------------	---------------------------------	------------------------	--------------------------

17. Apesar de nem sempre ser bem sucedido na mudança, pelo menos tento resolver o meu problema

1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3.Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5.Concordo Totalmente
--------------------------	------------	---------------------------------	------------------------	--------------------------

18. Penso que quando resolver o meu problema, vou-me ver livre dele, mas às vezes vejo-me a recair nele novamente

1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5.Concordo Totalmente
--------------------------	------------	--	-------------	--------------------------

19. Gostava de ter mais estratégias para resolver o problema

1.Discordo Totalmente	2.Discordo	3.Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
--------------------------	------------	---------------------------------	-------------	--------------------------------------

20. Comecei a tratar o meu problema, mas gostaria que me ajudassem

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	------------------------	------------------------

21. Talvez este sítio me possa ajudar

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	--	-------------	------------------------

22. Talvez eu agora precise de um empurrão para me ajudar a manter as mudanças que eu já fiz

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	------------------------	------------------------

23. Posso fazer parte do problema, mas sinceramente acho que não

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

24. Espero que alguém aqui tenha um bom conselho para me dar

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	------------------------	------------------------

25. Qualquer um pode falar em mudar; eu estou a fazer alguma coisa para isso

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	------------------------	------------------------

26. Toda esta conversa de psicologia é aborrecido. Porque é que as pessoas não podem esquecer os seus problemas?

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

27. Estou aqui para prevenir recaídas do meu problema

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	--	-------------	------------------------

28. É frustrante, mas penso que estou a ter uma recaída do meu problema que achava estar resolvido

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	--	-------------	------------------------

29. Tenho preocupações, mas as outras pessoas também os têm. Porque é que perco tempo a pensar nelas?

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

30. Estou empenhadamente a resolver o meu problema

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	-------------------------------	-------------	------------------------

31. Prefiro lidar com os meus defeitos do que tentar mudá-los

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	------------------------	-------------------------------	-------------	------------------------

32. Afinal de contas fiz tudo para mudar o meu problema, mas agora está a perseguir-me novamente

1. Discordo Totalmente	2. Discordo	3. Nem discordo, Nem concordo	4. Concordo	5. Concordo Totalmente
------------------------	-------------	--	-------------	------------------------

PONTUAÇÃO

1. Obter a pontuação média por subescala usando a grelha seguinte:

Pré-contemplação (PC)	Contemplação (C)	Ação (A)	Manutenção (M)
1 1	2 4	3 4	6 5
5 1	4 4	7 3	9 4
11 2	8 4	10 4	16 4
13 3	12 5	14 4	18 3
23 2	15 5	17 4	22 4
26 2	19 5	20 4	27 3
29 2	21 3	25 4	28 3
31 2	24 4	30 5	32 3
Total	Total	Total	Total
+ 7 = 2,14	+ 7 = 4,86	+ 7 = 4,57	+ 7 = 4,14

2. Calcule a prontidão para a mudança da pontuação através da seguinte fórmula:

$$(C + A + M) - PC = 11,43$$

3. Compare a prontidão para a mudança da pontuação para o meio do grupo seguinte. Escolha a fase, cuja média do grupo é o mais próximo o Índice de Prontidão computado:

FASE	GRUPO AVG
Pré-contemplação	9.3
Contemplação	11.0
Participação (Ação)	12.6
Manutenção	(Não disponível)

PB 6/10/23

ANEXO VI: ESCALA DE AUTO – AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE *HAMILTON*

Antes da Intervenção

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON

NOME: P.B GÉNERO: 7 IDADE: 39
 DATA DE ADMISSÃO: 6/10 DIAGNÓSTICO MÉDICO: Esquizofrenia
APHico

Leia com atenção as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com um (X) no quadro respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada à sua situação actual.

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Quase Sempre	Sempre	
1 – Pressinto que me vai acontecer uma coisa má. Ando preocupado, irritável.			X			2
2 – Sinto-me inquieto e não consigo relaxar-me. Canso-me facilmente. Sobressalto-me. Tremo. Choro com facilidade.				X		3
3 – Tenho medo do escuro, de estar sozinho, das pessoas desconhecidas, dos animais, do trânsito, da multidão.		X				1
4 – Tenho dificuldade em conciliar o sono. Acordo várias vezes durante a noite. Levanto-me cansado e com a sensação de ter dormido mal. Tenho pesadelos e terrores nocturnos.				X		3
5 – Tenho má memória. Tenho dificuldade em me concentrar.				X		3
6 – Não tenho interesse pelo que me rodeia. As distrações não me dão prazer. Ando triste. Acordo cedo e não consigo dormir mais. Adormeço durante o dia e não durmo de noite.				X		3
7 – Tenho dores musculares, (espasmos, câibras, contracções, rigidez). Rangem-me os dentes. Tenho a voz pouco firme e insegura.				X		3

	<i>Nunca</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Bastantes vezes</i>	<i>Quase Sempre</i>	<i>Sempre</i>	
8 – Tenho zumbidos nos ouvidos. Tolda-se-me a vista. Sinto baforadas de calor ou arrepios de frio. Tenho picadas e uma sensação de fraqueza.			X			2
9 – Sinto que o meu coração está mais acelerado. Tenho palpitações, dores no peito, sinto-me a pulsar a latejar muito. O meu coração muda de ritmo, sinto que vou desmaiar.				X		3
10 – Sofro de sufocação e falta de ar. Preciso de suspirar. Sinto um peso no peito.				X		3
11 – Tenho dificuldade em engolir. Sinto ardor ou peso no estômago. Tenho náuseas e vômitos. Acho que perdi peso. Tenho dores abdominais. Tenho fezes moles ou ando obstipado. Tenho ruídos nos intestinos.		X				1
12 – Tenho uma necessidade imperiosa de urinar muitas vezes ao dia, urinando pouco de cada vez. Faltam-me as menstruações ou são pouco abundantes. Não tenho interesse pelo sexo. Não sinto nada durante as relações sexuais. Perdi a potência.			X			2
13 – Sinto a boca seca; coro e empalideço com facilidade; sudo abundantemente. Noto que me enjoa e que fico com a comida às voltas. Tenho uma dor surda e permanente na cabeça. Põem-se-me os pêlos em pé.		X				1
14 – Senti-me desconfortável, inquieto, tenso e impaciente, contraído, trémulo, com dificuldade em respirar, com necessidade de engolir a saliva, suor nas mãos e o pulso acelerado ao responder a estas perguntas.				X		3

DATA: 6/10 TURNO: _____ ENFERMEIRO(A): SA

AVALIAÇÃO:

As respostas pontuam da seguinte maneira:

Frequência	Pontos
Nunca	0
Às Vezes	1
Bastantes vezes	2
Quase sempre	3
Sempre	4

RESULTADOS:

33

Menos de 9 pontos = nível de ansiedade baixo ou nulo;

Entre 9 e 17 pontos = nível de ansiedade moderado;

Entre 17 e 25 pontos = nível de ansiedade elevada;

Mais de 25 pontos = nível de ansiedade muito elevada.

DIMENSÕES	QUESTÕES
Ansiedade psíquica	1,2,3,4,5,6 e 14
Ansiedade somática	7,8,9,10,11,12 e 13

Após a Intervenção

ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON

NOME: P.B. GÉNERO: 17 IDADE: 39
 DATA DE ADMISSÃO: 30/10 DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____
APU

Leia com atenção as frases seguidamente expostas. Em relação a cada uma delas assinale com um (X) no quadro respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada à sua situação actual.

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Quase Sempre	Sempre	
1 – Pressinto que me vai acontecer uma coisa má. Ando preocupado, irritável.		X				1
2 – Sinto-me inquieto e não consigo relaxar-me. Canso-me facilmente. Sobressalto-me. Tremo. Choro com facilidade.			X			2
3 – Tenho medo do escuro, de estar sozinho, das pessoas desconhecidas, dos animais, do trânsito, da multidão.		X				1
4 – Tenho dificuldade em conciliar o sono. Acordo várias vezes durante a noite. Levanto-me cansado e com a sensação de ter dormido mal. Tenho pesadelos e terrores nocturnos.			X			2
5 – Tenho má memória. Tenho dificuldade em me concentrar.			X			2
6 – Não tenho interesse pelo que me rodeia. As distrações não me dão prazer. Ando triste. Acordo cedo e não consigo dormir mais. Adormeço durante o dia e não durmo de noite.		X				1
7 – Tenho dores musculares, (espasmos, câibras, contracções, rigidez). Rangem-me os dentes. Tenho a voz pouco firme e insegura.			X			2

	<i>Nunca</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Bastantes vezes</i>	<i>Quase Sempre</i>	<i>Sempre</i>	
8 – Tenho zumbidos nos ouvidos. Tolda-se-me a vista. Sinto baforadas de calor ou arrepios de frio. Tenho picadas e uma sensação de fraqueza.		X				1
9 – Sinto que o meu coração está mais acelerado. Tenho palpitações, dores no peito, sinto-me a pulsar a latejar muito. O meu coração muda de ritmo, sinto que vou desmaiar.			X			2
10 – Sofro de sufocação e falta de ar. Preciso de suspirar. Sinto um peso no peito.		X				1
11 – Tenho dificuldade em engolir. Sinto ardor ou peso no estômago. Tenho náuseas e vômitos. Acho que perdi peso. Tenho dores abdominais. Tenho fezes moles ou ando obstipado. Tenho ruídos nos intestinos.		X				1
12 – Tenho uma necessidade imperiosa de urinar muitas vezes ao dia, urinando pouco de cada vez. Faltam-me as menstruações ou são pouco abundantes. Não tenho interesse pelo sexo. Não sinto nada durante as relações sexuais. Perdi a potência.		X				1
13 – Sinto a boca seca; coro e empalideço com facilidade; sudo abundantemente. Noto que me enjoa e que fico com a comida às voltas. Tenho uma dor surda e permanente na cabeça. Põem-se-me os pêlos em pé.		X				1
14 – Senti-me desconfortável, inquieto, tenso e impaciente, contraído, trémulo, com dificuldade em respirar, com necessidade de engolir a saliva, suor nas mãos e o pulso acelerado ao responder a estas perguntas.			X			2

AVALIAÇÃO:

As respostas pontuam da seguinte maneira:

Frequência	Pontos
Nunca	0
Às Vezes	1
Bastantes vezes	2
Quase sempre	3
Sempre	4

RESULTADOS: 20

Menos de 9 pontos = nível de ansiedade baixo ou nulo;

Entre 9 e 17 pontos = nível de ansiedade moderado;

Entre 17 e 25 pontos = nível de ansiedade elevada; ←

Mais de 25 pontos = nível de ansiedade muito elevada.

DIMENSÕES	QUESTÕES
Ansiedade psíquica	1,2,3,4,5,6 e 14
Ansiedade somática	7,8,9,10,11,12 e 13

ANEXO VII: INDICADOR NOC – CONHECIMENTO SOBRE O CONTROLO DO USO DE SUBSTÂNCIAS

Antes da Intervenção

Indicador NOC – Conhecimento sobre o Controlo do Uso de Substâncias

6/10

Nome: PB

Cama: _____

Serviço: _____

CONHECIMENTO SOBRE O CONTROLO DO USO DE SUBSTÂNCIAS	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Demonstrado algumas vezes	Demonstrado muitas vezes	Sempre demonstrado
Definição - <i>Conhecimento demonstrado sobre gestão segura do uso de substâncias.</i>					
INDICADORES:					
Descrição do próprio risco de abuso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das consequências para a saúde do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição dos benefícios ao eliminar o uso de substâncias	1	2	3	4	5
Identificação dos perigos do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das consequências sociais do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição da responsabilidade pessoal no controlo do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das ameaças ao controlo do uso de substâncias	1	2	3	4	5

CONHECIMENTO SOBRE O CONTROLO DO USO DE SUBSTÂNCIAS	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Demonstrado algumas vezes	Demonstrado muitas vezes	Sempre demonstrado
Descrição do apoio para o controlo do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das acções para prevenção do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das acções para controlo do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição dos benefícios da monitorização contínua	1	2	3	4	5
Descrição do potencial de recaída nos esforços para controlo do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das acções de prevenção e controlo das recaídas no abuso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição de sinais de dependência durante a fase de abstinência	1	2	3	4	5
Outros (especificar)	1	2	3	4	5

Depois da Intervenção

Uso de Substâncias

Nome: PB Cama: _____
 Serviço: _____

CONHECIMENTO SOBRE O CONTROLO DO USO DE SUBSTÂNCIAS	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Demonstrado algumas vezes	Demonstrado muitas vezes	Sempre demonstrado
Definição - <i>Conhecimento demonstrado sobre gestão segura do uso de substâncias.</i>					
INDICADORES:					
Descrição do próprio risco de abuso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das consequências para a saúde do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição dos benefícios ao eliminar o uso de substâncias	1	2	3	4	5
Identificação dos perigos do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das consequências sociais do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição da responsabilidade pessoal no controlo do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das ameaças ao controlo do uso de substâncias	1	2	3	4	5

CONHECIMENTO SOBRE O CONTROLO DO USO DE SUBSTÂNCIAS	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Demonstrado algumas vezes	Demonstrado muitas vezes	Sempre demonstrado
Descrição do apoio para o controlo do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das acções para prevenção do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das acções para controlo do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição dos benefícios da monitorização contínua	1	2	3	4	5
Descrição do potencial de recaída nos esforços para controlo do uso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição das acções de prevenção e controlo das recaídas no abuso de substâncias	1	2	3	4	5
Descrição de sinais de dependência durante a fase de abstinência	1	2	3	4	5
Outros (especificar)	1	2	3	4	5

ANEXO VIII: INDICADOR NOC – AUTOCONTROLO: IMPULSO**Antes da Intervenção****Indicador NOC – Autocontrolo: Impulso**Nome: P.B. Cama: _____

Serviço: _____

6/10

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentemente	Demonstra sempre
Definição – Capacidade de auto-restringir comportamentos compulsivos ou impulsivos.					
INDICADORES:					
Identifica comportamentos impulsivos prejudiciais	1	2	3	4	5
Identifica sentimentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica comportamentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica consequências das acções impulsivas para o próprio e para os outros	1	2	3	4	5
Reconhece os riscos do meio envolvente	1	2	3	4	5
Evita meios e situações de alto risco	1	2	3	4	5
Verbaliza controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Procura ajuda enquanto experiencia os impulsos	1	2	3	4	5
Identifica os sistemas de suporte social	1	2	3	4	5
Aceita referências para o tratamento	1	2	3	4	5
Efectua contrato para controlo do comportamento	1	2	3	4	5

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentement e	Demonstra sempre
Mantém autocontrolo sem supervisão	1	2	3	4	5
Outros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Depois da Intervenção

Indicador NOC – Autocontrolo: Impulso

Nome: _____ Cama: _____

Serviço: _____

30/10

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentemente	Demonstra sempre
Definição – Capacidade de auto-restringir comportamentos compulsivos ou impulsivos. INDICADORES:					
Identifica comportamentos impulsivos prejudiciais	1	2	3	4	5
Identifica sentimentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica comportamentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica consequências das acções impulsivas para o próprio e para os outros	1	2	3	4	5
Reconhece os riscos do meio envolvente	1	2	3	4	5
Evita meios e situações de alto risco	1	2	3	4	5
Verbaliza controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Procura ajuda enquanto experiencia os impulsos	1	2	3	4	5
Identifica os sistemas de suporte social	1	2	3	4	5
Aceita referências para o tratamento	1	2	3	4	5
Efectua contrato para controlo do comportamento	1	2	3	4	5

AUTOCONTROLO: IMPULSO	Nunca demonstra	Demonstra raramente	Demonstra algumas vezes	Demonstra frequentement e	Demonstra sempre
Mantém autocontrolo sem supervisão	1	2	3	4	5
Outros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

ANEXO IX: INDICADOR NOC – CONTROLO DA AGRESSÃO**Antes da Intervenção****Indicador NOC – Controlo da Agressão**

6/10

Nome: _____ Cama: _____

Serviço: _____

CONTROLO DA AGRESSÃO	Nunca Demonstrado	Raramente Demonstrado	Demonstrado Algumas Vezes	Demonstrado Freqüente/	Sempre Demonstrado
Definição - Capacidade de restringir comportamento abusivo, combativo ou destrutivo em relação aos outros.					
INDICADORES:					
Referência a agressão verbal	1	2	3	4	5
Referência de violação do espaço pessoal dos outros	1	2	3	4	5
Referência de agressão física a outros	1	2	3	4	5
Referência de magoar os outros	1	2	3	4	5
Referência de magoar animais	1	2	3	4	5
Referência de destruição de propriedades	1	2	3	4	5
Comunicação de necessidades apropriadamente	1	2	3	4	5
Comunicação de sentimentos apropriadamente	1	2	3	4	5
Verbalização de controlo de impulsos	1	2	3	4	5
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5

CONTROLO DA AGRESSÃO	Nunca Demonstrado	Raramente Demonstrado	Demonstrado Algumas Vezes	Demonstrado Frequente/	Sempre Demonstrado
Identificação de situações geradoras de hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação de responsabilidade em manter controlo	1	2	3	4	5
Identificação de momentos em que se sente agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão verbal	1	2	3	4	5
Expressão sentimentos negativos apropriadamente	1	2	3	4	5
Negoceia comportamentos de autocontrolo: agressão	1	2	3	4	5
Mantém autocontrolo sem supervisão	1	2	3	4	5
Outros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Depois da Intervenção

Indicador NOC – Controlo da Agressão

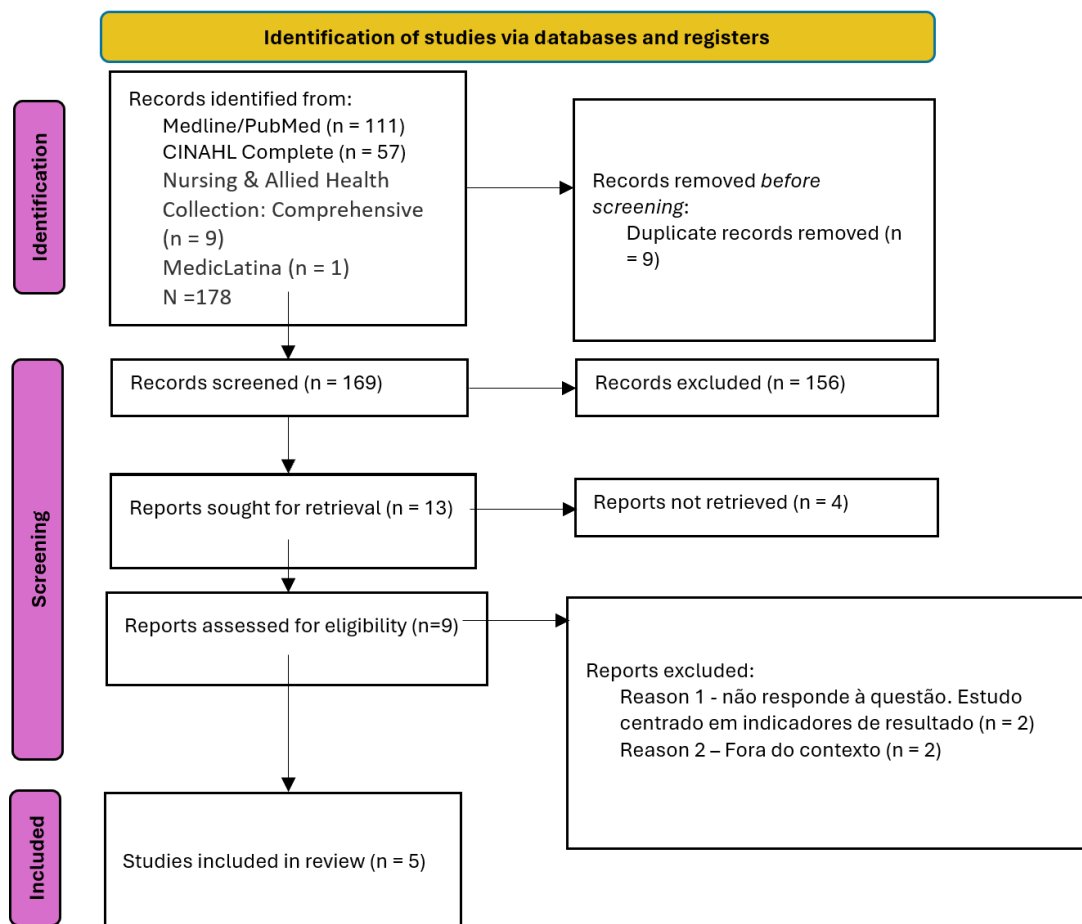
30/10

Nome: _____ Cama: _____

Serviço: _____

CONTROLO DA AGRESSÃO	Nunca Demonstrado	Raramente Demonstrado	Demonstrado Algumas Vezes	Demonstrado Frequentemente	Sempre Demonstra
Definição - Capacidade de restringir comportamento abusivo, combativo ou destrutivo em relação aos outros.					
INDICADORES:					
Referência a agressão verbal	1	2	3	4	5
Referência de violação do espaço pessoal dos outros	1	2	3	4	5
Referência de agressão física a outros	1	2	3	4	5
Referência de magoar os outros	1	2	3	4	5
Referência de magoar animais	1	2	3	4	5
Referência de destruição de propriedades	1	2	3	4	5
Comunicação de necessidades apropriadamente	1	2	3	4	5
Comunicação de sentimentos apropriadamente	1	2	3	4	5
Verbalização de controlo de impulsos	1	2	3	4	5
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5

CONTROLO DA AGRESSÃO	Nunca Demonstrado	Raramente Demonstrado	Demonstrado Algumas Vezes	Demonstrado Frequente/	Sempre Demonstrado
Identificação de situações geradoras de hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação de responsabilidade em manter controlo	1	2	3	4	5
Identificação de momentos em que se sente agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão verbal	1	2	3	4	5
Expressão sentimentos negativos apropriadamente	1	2	3	4	5
Negoceia comportamentos de autocontrolo: agressão	1	2	3	4	5
Mantém autocontrolo sem supervisão	1	2	3	4	5
Outros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

ANEXO X: FLUXOGRAMA *PRISMA*

Fonte: Page et al. (2021)

APÊNDICES

APÊNDICE I: PLANEAMENTO DA ENTREVISTA CLÍNICA

GUIÃO DE ENTREVISTA CLÍNICA – SR. P. B.	
LOCAL:	Gabinete
DATA E HORA:	06 de outubro de 2023 às 16h
DURAÇÃO:	Aproximadamente 50 minutos
ALVO:	Senhor P. B.
ENTREVISTADORA:	Enfª estagiária Eliana / Enfª tutor
OBJETIVOS:	Obter consentimento informado para a realização da entrevista; Estabelecer relação terapêutica; Executar avaliação de enfermagem; Aplicação de instrumentos avaliação Clarificar possíveis diagnósticos de enfermagem
RECURSOS (MATERIAIS E HUMANOS):	Enfermeira/o especialista em Saúde Mental e Psiquiatria Recursos Materiais: - Gabinete - Mesa e Cadeiras - Instrumentos de Avaliação - Caneta - Balança - Termómetro - Estetoscópio - Esfigmomanómetro

PLANEAMENTO ENTREVISTA CLÍNICA – SR P. B.				
ETAPAS	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	Cumprimentos iniciais; Explicação do objetivo da entrevista clínica; Obtenção do consentimento para a recolha de dados;	Expositivo Participativo	Gabinete Mesa e Cadeiras	5/10 min
Desenvolvimento	Obter dados pessoais; Questionar sobre o processo de adoecer e história de doença atual; Percecionar a consciencialização para o processo judicial e pena aplicada; Questionar sobre hábitos de vida; Questionar sobre hábitos de consumo; Questionar sobre processo familiar; Aplicar instrumentos de avaliação; Monitorização parâmetros vitais e peso; Aplicar escalas	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Gabinete Mesa e Cadeiras Instrumentos de Avaliação Caneta Balança Termómetro Estetoscópio Esfigmomanómetro	45 min
Final	Resumo da entrevista clínica; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima consulta;	Ativo Interrogativo Participativo	Gabinete Mesa e cadeiras	5/10 min

APÊNDICE II: AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Entrevista Clínica realizada a 6/10/2013

Avaliação de Enfermagem

Aluno Responsável: Eliana Oliveira

Data de Admissão: 29/08/2023

Data de realização da entrevista: 06/10/2023

História Biopsicossocial:

Nome: P. J. G. B.

Nome favorito: P. B.

Sexo: Masculino

DN: 01/07/1984

Idade: 39 anos

Estado Civil: Solteiro

Agregado familiar: Mãe e irmã mais nova

Residência: Caxinas – Vila do Conde

Naturalidade: Vila do Conde **Nacionalidade:** Portuguesa

Habilitações Literárias: 9º ano de escolaridade

Profissão: Pescador

Religião: Católico

Situação Profissional: antes da medida de segurança estava a trabalhar com a mãe no armazém de pesca

Pessoa a contactar: M. M. S. (mãe)

Anamnese:

Diagnóstico: Psicose Esquizofrenica do tipo paranóide

Antecedentes pessoais:

Refere epigastrialgias

Nega antecedentes cirúrgicos e/ou alergias conhecidas

Exame físico:

Sinais vitais: TA – 124/74mmhg; FC – 77bpm (amplo, rítmico e regular); Temperatura axilar 35,8°C; Dor: 0

Estado Nutricional:

Peso 78kg; Altura 1,79m

Pele e mucosas:

Coradas e hidratadas

Hábitos de vida:

Independentes nos autocuidados

Habitualmente faz 4 refeições por dia; ingere cerca de 1,5/2l água por dia

Atividades dentro do internamento: tirar cafés, upcycling, educação física, cortar cabelos

Interesses: música, futebol, desporto

Sono: dorme cerca 7/8h noite. Refere insónia intermédia, quando está mais ansioso

Eliminação vesical: sem alterações

Eliminação intestinal: regular

Pele: integra

Estilos de vida: (anterior à medida de segurança)

Consumo de tabaco: 1 maço dia – mantém

Consumo de drogas: 3 charros/dia; cocaína snifada e heroína – consumos regulares, mas não diários

Consumo de álcool: Vinho à refeição, 1 garrafa de whisky, vodka, Bacardi, Martini (não sabe referir o consumo diário)

Consumo de cafeína: 6 cafés/dia

Exame psicológico:

Apresenta-se vígil, orientado nas três dimensões, com comportamento adequado, com discurso espontâneo e coerente, humor eutímico, contacto fácil, atenção fácil de captar e manter, sem alterações do pensamento.

Estabelece contacto ocular. Não se deteta atividade delirante ou alucinatória

História Familiar:

Pai faleceu em 2002, aos 55 anos de idade com Leucemia. Mãe com 73 anos de idade, saudável, viúva, tem uma empresa na área da pesca. Tem 3 irmãos, a mais velha tem 50 anos, casada, 2 filhos, reside na Alemanha, o irmão tem 40 anos, casado, 2 filhos, reside em Vila do Conde, trabalha na empresa da mãe, irmã mais nova tem 37 anos, solteira, diagnosticada com trissomia 21, reside com a mãe e com ele antes da medida de segurança. É padrinho dos filhos mais velhos dos irmãos.

Refere não haver história de doença psiquiátrica na família, nem há registos que o refiram.

História Social:

Segundo o utente, mantém uma ótima relação com a sua mãe e com os irmãos, referindo também que estes lhes dão muito apoio desde que iniciou a medida de segurança e que o visitam periodicamente, inclusive a irmã que está a residir na Alemanha, sempre que vem a Portugal vai visitá-lo.

Para além destes, o utente refere que sempre teve muitos amigos, mas que agora percebe que não eram “amigos”, que só andavam com ele por dinheiro, “... eu tenho uma boa estabilidade financeira e sempre andei com dinheiro, nunca gostei de ver ninguém a passar por dificuldades e então pagava, quer fosse comida, bebida ou droga e por isso todos eram meus amigos, ...” (sic). Há um amigo, que treina um clube da terra dele, que o visita e que inclusive, segundo o utente, o convidou para o ajudar a treinar os miúdos, quando saísse. Refere ter tido vários relacionamentos amorosos, mas que não viu futuro com nenhuma namorada para poder pensar em casar e ter filhos.

Diz ter tido uma boa relação com os profissionais e os outros presidiários no estabelecimento prisional.

História da Infância:

Durante a entrevista o utente refere ter nascido em Vila do Conde e ter sido muito bem cuidado pelos pais.

Refere que na sua casa moravam para além do mesmo e dos pais, os seus irmãos até casarem.

Refere que tinha uma boa relação com os familiares, dado que se confirma por meio do processo. Diz ter tido uma infância muito feliz até ao falecimento do pai.

História laboral:

Do ponto de vista laboral conseguiu sempre trabalhar, desde os 17 anos, inicialmente no barco de pesca com o irmão, até aos 33 anos, nos últimos anos trabalhava com a mãe no armazém de pesca.

Processo de Adoecer:

No que diz respeito ao processo de adoecer é seguido em psiquiatria desde os 19 anos, com diagnóstico de Psicose Esquizofrénica do tipo paranoide e antecedentes de consumos de canabinóides e cocaína desde a adolescência. Experiências mais pontuais com ecstasy, LSD e MDMA. Consumo abusivo de álcool e consumo mais regular de cocaína nos meses que antecederam a medida de segurança.

Conta que iniciou os consumos quando o pai faleceu, nunca conseguiu superar essa perda, que aos 17 anos começou a fumar tabaco (1 maço/dia), a partir dos 18/19 anos andava sempre muito triste e começou a fumar haxixe regularmente e a beber álcool, com consumos excessivos ao fim de semana. Terá adoecido aos 19 anos com um primeiro surto psicótico marcado por alterações do pensamento e do comportamento, “... ouvia uma

voz que não me deixava dormir, dizia que ia matar tudo, a mim e à minha família, chamava-me nomes e à minha família também...”(sic). Terá sido levado a consulta de psiquiatria e começado a fazer tratamento que suspendeu ao fim de poucos meses. Cerca de um ano depois, terá voltado a apresentar sintomas psicóticos e foi levado à urgência de psiquiatria e internado cerca de 1 mês. Iniciou medicação injetável, mas refere que não podia tomar, “... fizeram-me mal e desfiguraram-me... (sic). Voltou a deixar a medicação e iniciou consumos de heroína e cocaína, fumadas, nunca se tendo injetado. Em 2008, voltou a descompensar e, nesse ano, terá tido 2 internamentos. Apesar de ter interrompido o consumo regular de cocaína e heroína terá mantido o consumo de haxixe e os hábitos de álcool, essencialmente whisky e vodka. Acerca dos tratamentos comenta que na altura: “... eu fui obrigado pela justiça a tomar medicação desde os 19 anos e isso está mal... eu fiz umas asneiras porque tinha uma depressão... não me lembro direito... eu tinha uma cisma com as pessoas... eles andavam a injetar-me com haldol...” (sic)

História de Doença Atual:

Utente deu entrada na UIPP para cumprimento da medida de segurança, transferido de um estabelecimento prisional da região norte.

Apresenta-se vígil, orientado nas três dimensões, com comportamento adequado, com discurso espontâneo e coerente, humor eutímico, contacto fácil, atenção fácil de captar e manter, sem alterações do pensamento. Ansiedade presente. Estabelece contacto ocular. Não se deteta atividade delirante ou alucinatória. Refere ser muito impulsivo e que ainda está em fase de adaptação ao novo serviço, profissionais e aos outros utentes.

Aos 24 anos foi a tribunal pela primeira vez, acusado de roubo qualificado e agressão, “... batia nas pessoas porque mereciam... a minha irmã tem uma deficiência e as pessoas falavam mal dela, ... eu não podia deixar e tinha de a defender...(sic), ficou 5 anos com pena suspensa. Decidiu que ia mudar porque “... a minha irmã disse que eu ia tomar conta dela e da nossa mãe... (sic). Aos 37 anos foi “preso” referindo não saber o motivo, “... condenaram-me à rebelia quando faltava um ano e meio para terminar o processo todo...”.

Refere ter tido um comportamento exemplar no estabelecimento prisional, inclusive era ele que limpava o gabinete do chefe, “... gostavam todos muito de mim lá...” (sic). Ficou muito ansioso quando soube que iria mudar para a UIPF, inclusive consumiu Cannabis nesse dia (no sclinic esta registado despiste positivo para THC aquando da entrada). Adaptado ao internamento e aos outros utentes. Aceita o diagnóstico de esquizofrenia, mas refere que não necessita de medicação injetável “... vou falar com a minha médica, sinto-me muito melhor, quando sair daqui só quero a medicação que faço cá, não quero nenhum injetável, já tinha falado com a minha médica da cadeia e ela concordou, ...” (sic)

Adesão / Gestão do Regime Terapêutico:

Utente com antecedentes de não adesão ao regime medicamentoso, abandono da terapêutica, como referido anteriormente.

No internamento, o utente adere totalmente ao regime, mas pedindo diversas vezes à médica para alterar ou ajustar alguma terapêutica para a que na opinião dele é mais adequada.

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

- 9h: Pantoprazol (20mg) – Oral
- 19h: Trazadona 150mg – Oral
- 19h: Risperidona (1mg) – Oral
- 19h: Aripiprazol (20mg) - Oral
- 21h: Ciamemazina (100mg) – Oral
- SOS: Olanzapina (10mg) – Oral
- SOS: Lorazepam (1mg) – Oral

Expectativas

O utente refere que vai pedir para já licença de saída judicial para poder pedir posteriormente licença para prova. Tem como objetivos ir para casa da mãe e passar muito tempo com ela e com a irmã, começar a trabalhar novamente com a mãe e ir para a lota com esta todos os dias, para no futuro poder vir a ter um barco dele para ir pescar. Quer estar bem para quando a mãe precisar, ele poder tomar conta dela e da irmã.

Vai aceitar o convite do amigo para o ir ajudar a treinar os meninos, no futebol. Quer começar a fazer atividade física num ginásio. Refere que se vai afastar dos locais e pessoas com quem costumava estar e frequentar. Não quer voltar a beber bebidas alcoólicas nem consumir outras substâncias porque foi essa a razão para ele estar ali. Futuramente pensa conhecer alguém com quem casar e ter filhos.

Processo de Enfermagem

Foco: Ansiedade (ICN, 2019)		
Atividades de diagnóstico: Avaliar ansiedade através da aplicação da escala de autoavaliação da ansiedade de Hamilton Observar sinais e sintomas de ansiedade.		
Data início: 06/10/2023	Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente em grau muito elevado (ICN, 2019)	Data termo:
Objetivos: Diminuir a ansiedade do utente; Promover o autocontrolo ansiedade; Crítérios de Resultado: Que o utente melhore score final da escala de avaliação da ansiedade de Hamilton face à avaliação inicial; Que o utente identifique fatores desencadeantes do aumento da ansiedade; Que o cliente desenvolva estratégias para reagir em caso de exacerbação da ansiedade;		
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	Termo
06/10/2023	Gerir ambiente físico. Executar escuta ativa; Disponibilizar presença; Estabelecer confiança; Promover suporte emocional; Encorajar a verbalização de sentimentos, perceções e medos; Ajudar o cliente a identificar situações que precipitem ansiedade; Executar técnica de relaxamento respiratório e técnica de relaxamento progressivo de <i>Jacobson</i> modificada; Instruir no uso da técnica de relaxamento respiratório para auto relaxamento, quando necessário; Incentivar a participação nas atividades ocupacionais da unidade; Gerir medicação em SOS.	-
Actividades de avaliação: Monitorizar ansiedade através da escala de avaliação da ansiedade de Hamilton		
Resultados obtidos:		

Redução do score da escala de avaliação da ansiedade de Hamilton de grau muito elevado (33) para grau elevado (20);

Aquisição de conhecimentos de estratégias alternativas para controlar a ansiedade

Foco: Autocontrolo: Impulso (ICN, 2019)

Atividades de diagnóstico:

Aplicar o Indicador NOC Autocontrolo: Impulso;

Avaliar o autocontrolo;

Avaliar estratégias de coping para o autocontrolo

Data início:

06/10/2023

Diagnóstico de Enfermagem:

Autocontrolo: impulso comprometido (ICN, 2019)

Data termo:

Objetivos:

Promover um controlo de impulsos mais eficaz.

CrITÉRIOS de Resultado:

Que o utente consiga identificar situações de risco que potenciam um controlo de impulsos comprometido;

Que o utente consiga desenvolver estratégias para um controlo de impulsos eficaz;

Que o utente melhore o seu autoconhecimento e autoeficácia.

Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	Termo
06/10/2023	Gerir ambiente físico. Executar escuta ativa; Planear treino de competências socio emocionais; Executar treino de competências socio emocionais; Abordar estratégias de <i>coping</i> ; Instruir sobre autocontrolo (exercícios de respiração e de relaxamento); Fixar limites com o cliente; Usar tom de voz baixo e suave;	-

Actividades de avaliação:

Avaliar o autocontrolo;

Avaliar estratégias de *coping* para o autocontrolo;

Aplicar indicador NOC Autocontrolo Impulso;

Resultados obtidos:

Utente verbaliza sentir capacidade para maior controlo de impulsos; Resultado do Indicador <i>NOC</i> Autocontrolo Impulso melhorado;
--

Foco: Autocontrolo: Agressividade (ICN, 2019)		
Atividades de diagnóstico: Aplicar o Indicador <i>NOC</i> Controlo da agressão; Avaliar eficácia na identificação das diferentes emoções sentidas;		
Data início: 06/10/2023	Diagnóstico de Enfermagem: Autocontrolo agressividade comprometido (ICN, 2019)	Data termo:
Objetivos: Promover um controlo de agressividade mais eficaz. Critérios de Resultado: Que o utente consiga identificar situações de risco que potenciam risco de poder ter um episódio de agressividade; Que o utente consiga desenvolver estratégias para um controlo de agressividade eficaz; Que o utente melhore o seu autoconhecimento e autoeficácia.		
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	Termo
06/10/2023	Gerir ambiente físico. Encorajar a expressão de sentimentos e emoções; Executar escuta ativa; Planear treino de competências socio emocionais; Executar treino de competências socio emocionais; Planear entrevista motivacional; Executar entrevista motivacional; Instruir sobre autocontrolo (exercícios de respiração e de relaxamento); Usar tom de voz baixo e suave;	-
Atividades de avaliação: Avaliar o autocontrolo; Aplicar indicador <i>NOC</i> Autocontrolo Impulso.		
Resultados obtidos: Utente identifica situações/ambientes/pessoas que possam despoletar episódios de agressividade;		

Resultado do Indicador <i>NOC</i> Autocontrolo Impulso melhorado
--

Foco: Adesão ao regime terapêutico (ICN, 2019)

Atividades de diagnóstico:

O utente não geria as recomendações referentes ao regime medicamentoso de forma adequada.

Aplicada escala *MARS* – escala de adesão à terapêutica- referente ao comportamento do utente, antes da medida de segurança, que comprovou o comprometimento do regime terapêutico;

Discurso muito centrado na medicação que tomava e que lhe fazia mal, pedia recorrentemente à médica para mudar ou retirar terapêutica e mostrava constante preocupação na medicação que iria fazer quando voltasse para casa;

Data início:

06/10/2023

Diagnóstico de Enfermagem:

Adesão ao regime terapêutico comprometido (ICN, 2019)

Data termo:

Objetivos: Promover adesão ao regime terapêutico

Critérios de Resultado: Esquecimento de descuido na toma da medicação; Resistência na toma da medicação prescrita; Não cumprimento da medicação prescrita se tivesse oportunidade;

Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	Termo
06/10/2023	Gerir ambiente físico; Promover consciencialização/insight; Incentivar adesão ao regime terapêutico; Assistir no reconhecimento da importância do regime medicamentoso; Planear intervenção psicoeducativa adesão ao regime medicamentoso; Executar intervenção psicoeducativa adesão ao regime medicamentoso; Encorajar a expor as suas crenças/ambivalências relativas à medicação; Ensinar sobre o regime medicamentoso; Gerir regime medicamentoso; Assistir a gerir o regime medicamentoso; Treinar capacidades relacionadas com a gestão do regime medicamentoso; Treinar preparação do regime medicamentoso;	-

Actividades de avaliação:

Quiz “Adesão à terapêutica”

Efetuar *cardex*;

Treinar preparação da medicação para 24h;

Resultados obtidos:

Reconhece a importância da toma correta da medicação;

Identifica consequências da não adesão correta ao regime medicamentoso;

É capaz de preparar a própria medicação;

Atividades de Vigilância

Foco: Cognição (ICN, 2019)

Atividade de Vigilância

-*Mini-Mental State Examination* (MMSE)

Foco: Sono (ICN, 2019)

Atividade de Vigilância

Avaliar o Sono

Vigiar Sono

Gerir Medicação em SOS

Foco: Dependência do álcool (ICN, 2019)

Atividade de Vigilância

Vigiar dependência do álcool

Foco: Dependência de substâncias ilícitas (ICN, 2019)

Atividade de Vigilância

Vigiar dependência de substâncias ilícitas

Análise SWOT

Ambiente Interno	
Forças	Fraquezas
Postura; Empatia; Comunicação; Respeito; Ética; Responsabilidade; Disponibilidade do Enfermeiro Tutor; Disponibilidade da equipa de enfermagem;	Imaturidade de aplicação do saber na prática; Insegurança; Medo de errar; Ansiedade; Timidez; Gestão do tempo;
Ambiente Externo	
Oportunidades	Ameaças
Condições do serviço; Ambiente de trabalho; Crescimento profissional e pessoal; Aprendizagem; Apoio do Supervisor Científico;	Condições para saídas dos utentes ao exterior do hospital/unidade; Obras em algumas partes do serviço e exterior; Articulação de horários estágio/atividade profissional/ Enfermeiro Tutor;

Planeamento Entrevista Motivacional	
Data	9, 11, 16, 19 outubro 2023
Hora	10h e 15h
Local	Gabinete
Duração prevista	50 min
Dinamizador	Enfermeira Eliana Oliveira Enfermeiro Tutor
Destinatário	Sr. P. B.
Crítérios de inclusão	Utente com problema de consumo abusivo de bebidas alcoólicas; Utente com cognição preservada; Ausência de crise aguda;
Recursos	Sala, mesa, cadeiras, papel, caneta
Objetivos	Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; Identificar motivação para a mudança; Identificar estímulos que conduzem ao consumo abusivo de álcool; Identificar situações que evoquem o consumo de álcool; Evitar impulsos que promovam o consumo de álcool; Compreender consequências do consumo abusivo de álcool; Delinear juntamente com o utente, estratégias para não retomar o consumo de álcool;
Descrição da atividade	Identificar necessidades do utente, as suas expectativas e os objetivos; Identificar consequências (pessoas, sociais, familiares) do consumo abusivo de álcool; Identificar benefícios do não consumo abusivo de álcool; Identificar estímulos e impulsos que conduzem ao consumo de álcool; Elaborar um plano de estratégias acerca do que pretende fazer para não retomar os consumos de álcool e sugerir algumas ideias para a concretização do mesmo, idealizando um novo plano aquando da sua saída; Identificar contacto de referência prioritário; Discutir estratégias e formas de as operacionalizar;
Avaliação	Aplicação de questionário de avaliação e satisfação Avaliação através da observação dos profissionais envolvidos Aplicação de escalas

APÊNDICE III: PLANEAMENTO ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Entrevista Motivacional					
Data: 09/10/23		Hora: 15h	Local: Gabinete	Sessão: 1	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.		Duração da sessão: 50 min			
Fatores de inclusão: Utente com problema de consumo abusivo de bebidas alcoólicas; Utente com cognição preservada; Ausência de crise aguda;					
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Identificar motivação para a mudança;					
			Métodos	Recursos materiais	Duraçã o
I n t r o d u ç ã o	Apresentação do elemento dinamizador Quebra-gelo; Introdução ao tema; Descrição da atividade: regras de funcionamento da sessão; Apresentação dos objetivos a atingir no final da sessão.		Expositivo Interativo		5 min.
D e s e n v	Explicar a dinâmica das sessões; Explicar objetivos da sessão atual; Explicar o que é a técnica de modificação de comportamentos; Identificar necessidades do utente, as suas expectativas e os objetivos;		Expositivo Interativo Interrogativo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta	40 min.

o l v i m e n t o	Abordar a relevância (importância da família), riscos (conflitos com familiares, défices mnésicos), recompensas (melhoria da relação familiar), resistências (medo de não ser capaz e voltar aos consumos); Importância da relação familiar para o utente;			
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Entrevista Motivacional					
Data: 11/10/23		Hora: 10h	Local: Gabinete	Sessão: 2	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.			Duração da sessão: 50 min		
Fatores de inclusão: Utente com problema de consumo abusivo de bebidas alcoólicas; Utente com cognição preservada; Ausência de crise aguda;					
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Identificar estímulos que conduzem ao consumo abusivo de álcool;					
			Métodos	Recursos materiais	Duraçã o
I n t r o d u ç ã o	Cumprimentos Iniciais; Resumo da sessão anterior; Descrição da atividade: regras de funcionamento da sessão; Apresentação dos objetivos a atingir no final da sessão.		Expositivo Interativo		5 min.
D e s e n v	Explicar objetivos da sessão atual; Incentivar o utente a identificar por escrito os estímulos que conduzem ao consumo de álcool; Encorajar o utente a refletir sobre os estímulos associados ao consumo de álcool;		Expositivo Interativo Interrogativo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta	40 min.

o l v i m e n t o	TPC: preencher a tabela (Técnica BWA (Best Worst Analysis)) para a decisão de deixar de consumir bebidas alcoólicas			
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Entrevista Motivacional					
Data: 16/10/23		Hora: 10h	Local: Gabinete	Sessão: 3	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfº Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.			Duração da sessão: 50 min		
Fatores de inclusão: Utente com problema de consumo abusivo de bebidas alcoólicas; Utente com cognição preservada; Ausência de crise aguda;					
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Identificar situações que evoquem o consumo de álcool; ▪ Evitar impulsos que promovam o consumo de álcool;					
			Métodos	Recursos materiais	Duraçã o
I n t r o d u ç ã o	Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Descrição da atividade: regras de funcionamento da sessão; Apresentação dos objetivos a atingir no final da sessão.		Expositivo Interativo		5 min.
D e s e n	Explicar objetivos da sessão atual; Analisar o TPC; Analisar as reações perante situações imaginadas que evoquem ou levem ao aparecimento do comportamento, na tentativa de evitar impulsos; Identificar consequências do consumo abusivo de álcool;		Expositivo Interativo Interrogativo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta	40 min.

v o l v i m e n t o				
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Entrevista Motivacional					
Data: 19/10/23		Hora: 15h	Local: Gabinete	Sessão: 4	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.			Duração da sessão: 50 min		
<u>Pré-requisitos:</u> Utente com problema de consumo abusivo de bebidas alcoólicas; Utente com cognição preservada; Ausência de crise aguda;					
Objetivos da sessão ▪ Compreender consequências do consumo abusivo de álcool; ▪ Delinear juntamente com o utente, estratégias para não retomar o consumo de álcool; ▪ Identificar contacto de recurso prioritário					
			Método	Recursos materiais	Duração
I n t r o d u ç ã o	Apresentação do elemento dinamizador; Introdução ao tema; Descrição da atividade: regras de funcionamento da sessão; Apresentação dos objetivos a atingir no final da sessão.		Expositivo Interativo		5 min.
D e s	Breve resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da sessão atual;		Expositivo Interativo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta	40 min.

e n v o l v i m e n t o	Propor ao utente a elaboração de um plano de estratégias acerca do que pretende fazer para não retomar os consumos de álcool e sugerir algumas ideias para a concretização do mesmo, idealizando um novo plano aquando da sua saída; Identificar contacto de referência prioritário; Discutir estratégias e formas de as operacionalizar;	Interrogativo		
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Aplicação de escalas: indicador NOC – conhecimento sobre o controlo do uso de substâncias Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Avaliação da Entrevista Motivacional

1. Qual o seu interesse pelo tema abordado na entrevista?

- Não foi nada útil ____
- Fiquei indiferente ____
- Foi útil ____
- Foi muito útil ____

2. Qual a utilidade das sessões para a sua vida?

- Não foi nada útil ____
- Fiquei indiferente ____
- Foi útil ____
- Foi muito útil ____

3. Qual foi a clareza na explicação do tema?

- Muito fraca ____
- Fraca ____
- Razoável ____
- Boa ____

4. A linguagem utilizada foi clara?

- Pouco perceptível ____
- Razoável ____
- Boa ____
- Muito boa ____

5. Refira como se sentiu durante as sessões

APÊNDICE IV: PLANEAMENTO TREINO COMPETÊNCIAS SOCIO EMOCIONAIS

Planeamento Treino Competências Socio Emocionais	
Data	21, 22, 26, 27, 28, 30 de outubro 2023
Hora	10h e 15h
Local	Gabinete
Duração prevista	50 min
Dinamizador	Enf. Eliana Oliveira Enf. Tutor
Destinatário	Sr. P. B.
Critérios de inclusão	Utente com diagnóstico de esquizofrenia; Utente com diagnósticos de autocontrolo: impulso e agressividade comprometidos; Utente com diagnóstico de ansiedade presente em grau muito elevado; Utente com cognição preservada; Ausência de sintomas positivos;
Recursos	Sala, mesa, cadeiras, papel, caneta
Objetivos	Explicar o que são competências socio-emocionais; Identificar situações sociais; Identificar comportamento a adotar para as diversas situações; Perceber a importância da comunicação; Perceber as várias formas de comunicar; Perceber o processo de escuta ativa Treinar comportamentos assertivos Compreender e Identificar as emoções; Identificar estratégias individuais de controlo emocional
Descrição da atividade	Sessão 1: Apresentar o programa das sessões e objetivos da intervenção Explicar o que são competências socio-emocionais; Sessao 2: Identificar situações sociais; Identificar dificuldades normalmente sentidas nestas situações; Simular algumas situações sociais (comprar pão, beber um café, falar com um colega, falar com um cliente) Identificar uma situação de conflito social que já tenha experienciado; Sessao 3: Perceber a importância da comunicação nas relações interpessoais; Explicar o que é a comunicação verbal e a não verbal; Explicar como comunicar em situações mais formais e menos formais; Identificar exemplos de comunicação; Simular como comunicar numa situação hipotética;

	Sessão 4: Perceber em que consiste a escuta ativa Identificar as várias formas de escuta ativa Praticar a escuta ativa enquanto o dinamizador fala sobre um assunto – role-play Sessão 5: Aprender a manifestar opinião; Reconhecer os principais obstáculos à afirmação do “não”; Aprender a recusar pedidos não razoáveis; Aprender a lidar com provocações/criticas; Saber aceitar a opinião dos outros; Sessão 6: Identificar as várias emoções; Preencher a tabela de sentimentos Compreender cada emoção perante várias situações vivenciadas; Preencher a ficha: “Vamos falar de Emoções”; Sessão 7: Promover a expressão emocional Identificar estratégias de controlo emocional Ensinar técnica de relaxamento através da respiração Sessão 8: Efetuar treino dos conteúdos aprendidos; Analisar se os conteúdos foram aprendidos;
Avaliação	Aplicação de questionário de avaliação e satisfação Avaliação através da observação dos profissionais envolvidos Aplicação de escalas

Treino de Competências Socio-Emocionais - Introdução

Data: 21/10/23	Hora: 10h	Local: Gabinete	Sessão: 1	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor				
Destinatário: Sr. P. B.		Duração da sessão: 50 min		
Fatores de inclusão: Utente com diagnóstico de esquizofrenia; Utente com diagnósticos de autocontrolo: impulso e agressividade comprometidos; Utente com diagnóstico de ansiedade presente em grau muito elevado; Utente com cognição preservada; Ausência de sintomas positivos;				
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Apresentar o programa das sessões e objetivos da intervenção				
		Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	Cumprimentos iniciais; Apresentar o elemento dinamizador; Quebra – gelo; Explicar os objetivos da intervenção; Explicar as regras das sessões;	Expositivo Interativo		5 min.
Desfecho	Explicar a dinâmica das sessões; Explicar objetivos da sessão atual;	Expositivo	Sala; Mesa; 2 cadeiras;	40 min.

s e n v o l v i m e n t o	Explicar o que são competências socio-emocionais; Identificar necessidades do utente, suas expectativas e objetivos; Explicação das atividades a desenvolver na próxima sessão; Esclarecer dúvidas do utente;	Interativo Interrogativo		
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Treino de Competências Socio-Emocionais - Interação social					
Data: 21/10/23		Hora: 15h	Local: Gabinete	Sessão: 2	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.		Duração da sessão: 50 min			
Fatores de inclusão: Utente com diagnóstico de esquizofrenia; Utente com diagnósticos de autocontrolo: impulso e agressividade comprometidos; Utente com diagnóstico de ansiedade presente em grau muito elevado; Utente com cognição preservada; Ausência de sintomas positivos;					
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Identificar situações sociais; ▪ Identificar dificuldades sentidas em situações sociais;					
			Métodos	Recursos materiais	Duração
I n t r o d u ç ã o	Cumprimentos iniciais; Resumo sessão anterior; Explicar objetivo da sessão;		Expositivo Interativo		5 min.

D e s e n v o l v i m e n t o	Identificar situações sociais; Identificar dificuldades normalmente sentidas nestas situações; Simular algumas situações sociais (comprar pão, beber um café, falar com um colega, falar com um cliente) TPC: registar experiência de uma situação de conflito social. Descrever o que sentiu e o que poderia ter mudado;	Expositivo Interativo Interrogativo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta	40 min.
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Treino de Competências Socio-Emocionais – Comunicação verbal e não verbal					
Data: 22/10/23		Hora: 10h	Local: Gabinete	Sessão: 3	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.		Duração da sessão: 50 min			
Fatores de inclusão: Utente com diagnóstico de esquizofrenia; Utente com diagnósticos de autocontrolo: impulso e agressividade comprometidos; Utente com diagnóstico de ansiedade presente em grau muito elevado; Utente com cognição preservada; Ausência de sintomas positivos;					
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Perceber a importância da comunicação; ▪ Perceber as várias formas de comunicar;					
			Métodos	Recursos materiais	Duração
I n t r o d u ç ã o	Cumprimentos iniciais; Resumo sessão anterior; Explicar objetivo da sessão;		Expositivo Interativo		5 min.

D e s e n v o l v i m e n t o	Analisar TPC; Perceber a importância da comunicação nas relações interpessoais Explicar o que é a comunicação verbal e a não verbal Explicar como comunicar em situações mais formais e menos formais; Identificar exemplos de comunicação: gestos corporais, postura corporal, expressão facial e voz, tom de voz, expressões verbais; Aprender a apresentar-se; Simular como comunicar numa situação de vendedor/cliente	Expositivo Interativo Interrogativo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta	40 min.
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Treino de Competências Socio-Emocionais - Escuta ativa

Data: 26/10/23		Hora: 10h		Local: Gabinete		Sessão: 4	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor							
Destinatário: Sr. P. B.				Duração da sessão: 50 min			
Fatores de inclusão: Utente com diagnóstico de esquizofrenia; Utente com diagnósticos de autocontrolo: impulso e agressividade comprometidos; Utente com diagnóstico de ansiedade presente em grau muito elevado; Utente com cognição preservada; Ausência de sintomas positivos;							
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Perceber o processo de escuta ativa							
				Métodos	Recursos materiais		Duração
I n t r o d u ç ã o	Cumprimentos iniciais; Resumo sessão anterior; Explicar objetivo da sessão;			Expositivo Interativo			5 min.
D e	Perceber em que consiste a escuta ativa Perceber a sua importância na comunicação			Expositivo	Sala; Mesa; 2 cadeiras;		40 min.

s e n v o l v i m e n t o	Identificar as várias formas de escuta ativa: expressões de interesse; sons encorajadores; sorrisos; contacto ocular direto; pequenos comentários; expressão facial sintónica com a do outro que está a falar; pedir explicações; fazer perguntas; Praticar a escuta ativa enquanto o dinamizador fala sobre um assunto – role-play	Interativo Interrogativo	Papel; caneta	
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Treino de Competências Socio-Emocionais – Comportamentos assertivos				
Data: 27/10/23		Hora: 10h	Local: Gabinete	Sessão: 5
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor				
Destinatário: Sr. P. B.		Duração da sessão: 50 min		
Fatores de inclusão: Utente com diagnóstico de esquizofrenia; Utente com diagnósticos de autocontrolo: impulso e agressividade comprometidos; Utente com diagnóstico de ansiedade presente em grau muito elevado; Utente com cognição preservada; Ausência de sintomas positivos;				
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Treinar comportamentos assertivos				
		Métodos	Recursos materiais	Duração
I n t r o d u ç ã o	Cumprimentos iniciais; Resumo sessão anterior; Explicar objetivo da sessão;	Expositivo Interativo		5 min.
D e	Aprender a manifestar opinião; Reconhecer os principais obstáculos à afirmação do “não”;	Expositivo	Sala; Mesa; 2 cadeiras;	40 min.

s e n v o l v i m e n t o	Aprender a recusar pedidos não razoáveis; Aprender a lidar com provocações/criticas; Saber aceitar a opinião dos outros; TPC: registar e analisar situações que foi capaz de dizer não;	Interativo Interrogativo	Papel; caneta	
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Treino de Competências Socio-Emocionais – Emoções					
Data: 28/10/23		Hora: 10h	Local: Gabinete	Sessão: 6	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.		Duração da sessão: 50 min			
Fatores de inclusão: Utente com diagnóstico de esquizofrenia; Utente com diagnósticos de autocontrolo: impulso e agressividade comprometidos; Utente com diagnóstico de ansiedade presente em grau muito elevado; Utente com cognição preservada; Ausência de sintomas positivos;					
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Identificar as emoções; ▪ Compreender as emoções;					
			Métodos	Recursos materiais	Duração
I n t r o d u ç ã o	Cumprimentos iniciais; Resumo sessão anterior; Explicar objetivo da sessão;		Expositivo Interativo		5 min.

D e s e n v o l v i m e n t o	Análisar TPC; Identificar as várias emoções; Preencher a tabela de sentimentos com situações vivenciadas antes do internamento; Analisar a tabela; Compreender cada emoção perante várias situações vivenciadas; Preencher a ficha: “Vamos falar de Emoções”; Analisar o trabalho efetuado; TPC: Preencher tabela de curtograma;	Expositivo Interativo Interrogativo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta;	40 min.
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Treino de Competências Socio-Emocionais – Estratégias controlo emocional					
Data: 28/10/23		Hora: 15h	Local: Gabinete	Sessão: 7	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.		Duração da sessão: 60 min			
Fatores de inclusão: Utente com diagnóstico de esquizofrenia; Utente com diagnósticos de autocontrolo: impulso e agressividade comprometidos; Utente com diagnóstico de ansiedade presente em grau muito elevado; Utente com cognição preservada; Ausência de sintomas positivos;					
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Identificar estratégias individuais de controlo emocional					
			Métodos	Recursos materiais	Duraçã o
I n t r o d u ç ã o	Cumprimentos iniciais; Resumo sessão anterior; Explicar objetivo da sessão;		Expositivo Interativo		5 min.

D e s e n v o l v i m e n t o	Analisar o TPC Promover a expressão emocional Identificar estratégias de controlo emocional Ensinar técnica de respiração: Inspira profundamente – retém a respiração – expira tudo TPC: treinar a auto respiração	Expositivo Interativo Interrogativo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta; colchão; música;	50 min.
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Treino de Competências Socio-Emocionais - Avaliação

Data: 30/10/23		Hora: 15h		Local: Gabinete		Sessão: 8	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor							
Destinatário: Sr. P. B.				Duração da sessão: 50 min			
Fatores de inclusão: Utente com diagnóstico de esquizofrenia; Utente com diagnósticos de autocontrolo: impulso e agressividade comprometidos; Utente com diagnóstico de ansiedade presente em grau muito elevado; Utente com cognição preservada; Ausência de sintomas positivos;							
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Avaliar aquisição dos conteúdos aprendidos;							
				Métodos	Recursos materiais		Duração
I n t r o d u ç ã o	Cumprimentos iniciais; Resumo sessão anterior; Explicar objetivo da sessão;			Expositivo Interativo			5 min.
D e s	Resumir os conteúdos aprendidos; Efetuar treino dos conteúdos aprendidos;			Expositivo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta		40 min.

e n v o l v i m e n t o	Analisar se os conteúdos foram aprendidos; Realizar avaliação da intervenção;	Interativo Interrogativo		
C o n c l u s ã o	Aplicação instrumentos avaliação; Esclarecimento dúvidas; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Avaliação:

Objetivos	Adquiriu	Não Adquiriu	Comentário
Identificar situações sociais;	x		
Identificar comportamento a adotar para as diversas situações;	x		
Perceber a importância da comunicação;	x		
Perceber as várias formas de comunicar;	x		
Perceber o processo de escuta ativa	x		Apresentou alguma dificuldade em compreender
Treinar comportamentos assertivos	x		Apresentou alguma resistência quando se tratava de situações que entendia como sendo provocações
Compreender e Identificar as emoções;	x		
Identificar estratégias individuais de controlo emocional	x		

APÊNDICE V: PLANEAMENTO ADEÇÃO AO REGIME MEDICAMENTOSO

Adesão ao Regime Medicamentoso	
Data	7, 10, 15 novembro 2023
Hora	15h
Local	Gabinete e gabinete medicação
Duração prevista	50 min
Dinamizador	Enfermeira Eliana Oliveira Enfermeiro Tutor
Destinatário	Sr. P. B.
Crítérios de inclusão	História de consumo de álcool, drogas ou ambos, associado à toma de medicação; Diagnóstico de adesão ao regime terapêutico comprometido; Utente com cognição preservada; Ausência de crise aguda;
Recursos	Sala, mesa, cadeiras, papel, caneta, computador, <i>Cardex</i> medicação prescrita; Caixa preparação medicação; Medicação;
Objetivos	Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; Apresentar os objetivos da intervenção; Promover a adesão terapêutica; Explicar a importância da adesão ao regime terapêutico; Explicar consequências da não adesão ao regime terapêutico; Identificar as vias de administração terapêutica Sensibilizar para o risco de associar a terapêutica ao uso de álcool e/ou drogas; Incentivar autonomia na preparação da terapêutica; Promover a aquisição de competências de autogestão do regime medicamentoso;
Descrição da atividade	Responder questionário “O que eu penso sobre a medicação” Informar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico; Identificar os fatores de risco para a não adesão ao regime terapêutico; Informar consequências de não aderir ao regime terapêutico; Incentivar à partilha de histórias (com exemplos reais); Identificar as possíveis vias de administração de terapêutica, Explicar riscos associados ao uso de álcool e drogas Incentivar o utente na autonomia da preparação da terapêutica; Realização de um <i>cardex</i> individual; Treinar preparação da medicação para 24h;
Avaliação	Avaliação através da observação dos profissionais envolvidos Realizar <i>Quiz</i> “Adesão à terapêutica” no PC para avaliar a aquisição de conhecimentos; Preparação correta da medicação para 24h;

Adesão ao regime medicamentoso					
Data: 7/11/23		Hora: 15h	Local: Gabinete	Sessão: 1	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.			Duração da sessão: 50 min		
Fatores de inclusão: História de consumo de álcool, drogas ou ambos, associado à toma de medicação; Diagnóstico de adesão ao regime terapêutico comprometido; Utente com cognição preservada; Ausência de crise aguda;					
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Apresentar os objetivos da intervenção; ▪ Promover a adesão terapêutica; ▪ Explicar a importância da adesão ao regime terapêutico; ▪ Explicar consequências da não adesão ao regime terapêutico;					
			Métodos	Recursos materiais	Duração
I n t r o d u ç ã o	Cumprimentos iniciais; Apresentar o elemento dinamizador; Quebra – gelo; Descrição da atividade Explicação regras de funcionamento da sessão; Apresentação dos objetivos a atingir no final da sessão.		Expositivo Interativo		5 min.

D e s e n v o l v i m e n t o	Responder questionário “O que eu penso sobre a medicação” Informar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico; Identificar fatores facilitadores de adesão ao regime terapêutico; Identificar os fatores de risco para a não adesão ao regime terapêutico; Informar consequências de não aderir ao regime terapêutico; Identificar estratégias de adesão Incentivar à partilha de histórias (com exemplos reais);	Expositivo Interativo Interrogativo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta	40 min.
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Adesão ao regime medicamentoso					
Data: 10/11/23		Hora: 15h		Local: Gabinete	Sessão: 2
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.		Duração da sessão: 50 min			
Fatores de inclusão: História de consumo de álcool, drogas ou ambos, associado à toma de medicação; Diagnóstico de adesão ao regime terapêutico comprometido; Utente com cognição preservada; Ausência de crise aguda;					
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Promover a adesão terapêutica. ▪ Identificar as vias de administração terapêutica ▪ Sensibilizar para o risco de associar a terapêutica ao uso de álcool e/ou drogas; ▪ Incentivar autonomia na preparação da terapêutica;					
			Métodos	Recursos materiais	Duração
I n t r o d u ç	Cumprimentos iniciais; Resumo sessão anterior; Explicar objetivo da sessão;		Expositivo Interativo		5 min.

ã o				
D e s e n v o l v i m e n t o	Identificar as possíveis vias de administração de terapêutica, Explicar riscos associados ao uso de álcool e drogas Incentivar o utente na autonomia da preparação da terapêutica; Realização de um <i>cardex</i> individual;	Expositivo Interativo Interrogativo	Sala; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta; <i>Cardex</i> medicação prescrita;	40 min.
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendar próxima sessão; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Adesão ao regime medicamentoso					
Data: 15/11/23		Hora: 15h	Local: Gabinete	Sessão: 3	
Dinamizador: Enfermeira estagiária Eliana / Enfermeiro Tutor					
Destinatário: Sr. P. B.			Duração da sessão: 50 min		
Fatores de inclusão: História de consumo de álcool, drogas ou ambos, associado à toma de medicação; Diagnóstico de adesão ao regime terapêutico comprometido; Utente com cognição preservada; Ausência de crise aguda;					
Objetivos da sessão ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o utente; ▪ Promover a adesão terapêutica. ▪ Promover a aquisição de competências de autogestão do regime medicamentoso;					
			Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	Cumprimentos iniciais; Resumo sessão anterior; Explicar objetivo da sessão;		Expositivo Interativo		5 min.

D e s e n v o l v i m e n t o	Rever conteúdos das sessões anteriores; Rever <i>cardex</i> feito pelo utente; Treinar preparação da medicação para 24h; Analisar atividade de preparação da medicação;	Expositivo Interativo Interrogativo	Sala; Gabinete de terapêutica; Computador; Mesa; 2 cadeiras; Papel; caneta; <i>Cardex</i> medicação prescrita; Caixa preparação medicação; Medicação;	40 min.
C o n c l u s ã o	Resumo e avaliação da sessão; Realizar <i>Quizz</i> “Adesão à terapêutica” no computador Esclarecimento de dúvidas; Encerramento da sessão.	Interrogativo Interativo		5 min.

Quizz

Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Serviço Psiquiatria Forense

A Adesão Terapêutica na Saúde Mental do paciente

Elisna Oliveira
Porto, 2023

1

Adesão Terapêutica

Recapitulando muito sucintamente os pontos chave...

2

Adesão Terapêutica

Esquecimento;

Falta de motivação;

Idéias erradas acerca do seu problema de saúde;

A Não Adesão Terapêutica é influenciada por:

Acreditar que se de vez em quando não faz mal não tomar

Efeitos secundários da medicação;

3

Adesão Terapêutica

Outras responsabilidades na adesão terapêutica:

Comparecer As Consultas

Realizar exames complementares

Adotar hábitos de vida saudáveis

Cumprir programa de reabilitação indicado

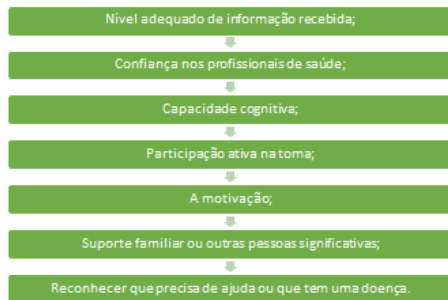
Melhoria da qualidade de vida

Evita a "recaída"

4

Adesão Terapêutica

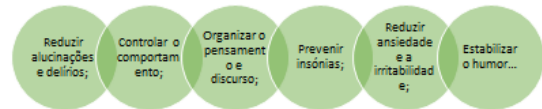
Fatores que facilitam a adesão terapêutica?



5

Adesão Terapêutica

Benefícios da medicação no controle de sintomas, como por exemplo:



6

Quiz “Adesão Terapêutica”

7

Quiz “Adesão Terapêutica”

1) Frequentemente, quando alguém não toma a sua medicação, pode ser porque:

- a) Não quer sentir-se melhor
- b) acredita que não está doente
- c) resposta b) e d) ←
- d) não gosta de sentir efeitos secundários
- e) Não gosta do sabor dos comprimidos

8

Quiz “Adesão Terapêutica”

2) Quando sinto efeitos secundários da minha medicação, o que devo fazer é:

- a) Parar de tomar a medicação
- b) Contatar o médico 
- c) Tomar outro medicamento diferente
- d) Diminuir a dose do medicamento

9

Quiz “Adesão Terapêutica”

3) A D. Maria descobriu que tem doença mental. O seu médico prescreveu um guia de tratamento, pelo que tinha de cumprir 5 medicamentos diferentes. Como a D. Maria começou a tomar a medicação, passado 1 mês começou a sentir-se melhor. A certa altura, a D. Maria começou a sentir-se muito feliz, e deixou de tomar a sua medicação. Começou a comportar-se de forma mais estranha e as pessoas começaram a afastar-se de si. O que é que a D. Maria devia ter feito?

- a) Procurar ser internada.
- b) Procurar ajuda da equipa de saúde.
- c) Nunca ter deixado de tomar a sua medicação. 
- d) Substituir a sua medicação por suplementos naturais.

10

Quiz “Adesão Terapêutica”

4) Para um tratamento eficaz devo:

- a) Cumprir a prescrição da terapêutica e ir às consultas
- b) Criar rotinas
- d) Comparecer às consultas
- e) Todas as respostas anteriores 

11

Quiz “Adesão Terapêutica”

5) Para ajudar a ter um sono tranquilo o que devo fazer, em primeiro lugar é:

- a) recorrer a um SOS caso a medicação não faça efeito
- b) uma técnica de relaxamento, como controlar a respiração 
- b) fazer exercício físico
- c) beber bebidas alcoólicas ou café

12

Quiz “Adesão Terapêutica”

6) Para evitar o esquecimento de tomar a medicação devo

- a) usar estratégias como lembretes (alarmes, post-it's...)
- b) pedir a alguém que o faça por mim
- c) organizar medicação por horário de refeição
- d) respostas a) e c) 

13

Quiz “Adesão Terapêutica”

7) Preste atenção ao seguinte esquema terapêutico do paciente:

	Pequeno - almoço	Almoço	Lanche	Jantar
Inderal	1			1
Ácido Valpróico	1		1	
Risperidona		1		
Diazepam				1
Olanzapina	1		1	

Qual das medicações o paciente deve fazer ao lanche?

Resposta: **Ácido Valpróico e Olanzapina.**

14

Adesão Terapêutica

- OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

15

APÊNDICE VI: TÉCNICA DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON MODIFICADA

Técnica de relaxamento progressivo de <i>Jacobson</i> modificada				
Data: 11, 18, 26 outubro 7, 15, 21 novembro	Hora: a definir	Local: Gabinete	Duração: 50 min.	Dinamizador: Enfermeira Eliana
Cliente: P. B		Objetivos Gerais: • Apresentar as atividades a desenvolver durante as sessões; • Promover o relaxamento através técnica de relaxamento progressivo de Jacobson modificado • Estabelecer relação terapêutica com o utente.		Objetivos específicos • Reduzir a ansiedade; • Estimular o relaxamento do corpo e mente;
Fase	Atividades	Estratégias	Recursos	Duração
Inicial	▪ Cumprimentos iniciais ▪ Gerir ambiente físico; ▪ Explicar a sessão e os objetivos da atividade; ▪ Quebra-gelo	Interação Interrogação Exposição	- Sala; - Colchão - Radio com música ambiente	10'
Desenvolvimento	▪ Assistir o utente no posicionamento para uma posição confortável em que se sinta relaxado; ▪ Executar a técnica do relaxamento progressivo de Jacobson modificada, calma e pausadamente;	Interação Exposição		30'
Conclusão	▪ Solicitar ao utente que descreva como se sentiu durante a sessão e se conseguiu relaxar; ▪ Incentivar a expressão de sentimentos; ▪ Avaliar o bem-estar através da escala visual analógica; ▪ Agradecer a participação e colaboração do utente; ▪ Encerrar intervenção.	Interação Interrogação		10'

Guião da técnica de relaxamento muscular modificado

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.

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 tensão sobre os pontos que estavam mais tensos... é como se os seus músculos tivessem desaparecido estando totalmente relaxados.

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 contraí-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 VII: PLANEAMENTO PSICOEDUCAÇÃO *BULLYING* E COMPETÊNCIAS SOCIO EMOCIONAIS

Temática: *Bullying e competências socio emocionais* Equipa Saúde Escolar

População-alvo:	Crianças matriculadas no 2º ano nas escolas abrangidas pela UCC
Tema:	<i>Bullying e competências socio emocionais</i>
Local:	Sala de aula
Enfermeiro de Responsável	Estudante do Mestrado ESMP Eliana Oliveira e EEESMP
Período de Implementação	Entre 1/2024 e 03/2024

Objetivo geral:

· Capacitar sobre *bullying* e desenvolver atividades promotoras de competências socio emocionais e autoestima nas crianças que frequentam o 2º ano do ensino básico, nas escolas abrangidas pela UCC

Objetivos específicos:

- Fomentar a partilha e união de grupo;
- Capacitar as crianças para a autorregulação de emoções através do relaxamento;
- Conhecer fatores de risco e de proteção e aumentar a perceção individual face aos processos protetores;
- Identificar violência dirigida ao próprio e aos outros;
- Adotar uma cultura de respeito e tolerância.

1ª Sessão

ETAPAS DA SESSÃO	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODO E TÉCNICAS	ATIVIDADES DIDÁTICAS	MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	TEMPO PREVISTO (min)
Introdução	Introdução à temática; Apresentação dos dinamizadores e das sessões; Apresentação dos alunos.	Expositivo (técnica de exposição dialogada)	Dinâmica de Apresentação: - Diálogo com os alunos para apresentar os Enfermeiros e a temática que vai ser abordada. Aplicação de questionários;	Questionário; Computador; Projektor; Tela projeção; Apresentação <i>ppt</i> .	20
Desenvolvimento	Resumo da história “ <i>Girafritz</i> ”; Apresentação da temática do <i>bullying</i> ;	Demonstrativo e Ativo	Dinâmica da bola (atirar bola contra a parede e baixar os braços); História do menino (breve apresentação de uma história de <i>bullying</i> e enquanto as crianças dizem uma coisa menos bonita sobre o menino, amarrotamos o papel, no fim quando tentamos colocar o menino novamente sem sequelas, já não conseguimos).	Computador; Projektor; Tela projeção; Apresentação <i>ppt</i> ; Bola de pilates; Desenho de um menino.	30
Conclusão	Resumo dos conteúdos apresentados.	Interrogativa (técnica de colocação de perguntas)	Diálogo informal com os alunos	Computador; Projektor; Tela projeção; Apresentação <i>ppt</i> .	10

2ª Sessão

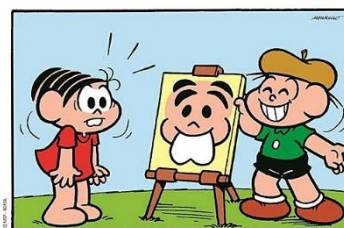
ETAPAS DA SESSÃO	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODO E TÉCNICAS	ATIVIDADES DIDÁTICAS	MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	TEMPO PREVISTO (min)	AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM
Introdução	Resumo dos conteúdos apresentados.	Expositivo (técnica de exposição dialogada)	Dinâmica de revisão dos conteúdos apresentados na sessão anterior.	Computador; Projektor; Tela projeção; Apresentação ppt.	10	Diagnóstica – formulação de perguntas em resumo da sessão anterior
Desenvolvimento	Expressão de sentimentos e reforço da autoestima; Exercícios de respiração e relaxamento muscular.	Demonstrativo e Ativo	Dinâmica do menino – passar folha com a imagem de um menino, colocar o próprio nome e passar entre todos os participantes em que cada um tem de colocar um elogio ao colega identificado na folha; “Estrela da Calma” – explicar técnica da respiração com os vértices da estrela.	Computador; Projektor; Tela projeção; Apresentação ppt; Desenho de um menino; Estrela em cartolina.	30	Interação com o Enfermeiro de Saúde Escolar
Conclusão	Resumo dos conteúdos apresentados.	Interrogativa (técnica de colocação de perguntas)	Diálogo informal com os alunos.	Questionário; Projektor; Tela projeção; Apresentação ppt. Computador.	10	Formulação de perguntas – questões orais/ Fazer uma síntese;

APÊNDICE VIII: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PSICOEDUCAÇÃO

1. Sabes o que é o *bullying*?

Sim ____ Não ____

2. Faz a correspondência das atitudes aos símbolos



3. Coloca uma X nas afirmações que representam uma atitude de *bullying*.

Afastar um menino e não o deixar brincar comigo nem com os meus amigos

Não bater nem chamar nomes feios, MAS não deixar que brinque comigo

Quando vir um amigo sozinho, chamá-lo para vir brincar comigo e com os meus amigos

Bater, dar pontapés, chamar nomes feios

Atitudes repetidas e com intenção de magoar

Brincar com todos os amigos

4. Circula as palavras que identificam as reações das crianças que sofrem *bullying*

Gostar de ir à escola

Irritação

Choro

Amor

Felicidade

Tristeza

Não querer ir à escola

Alegria

Perda de apetite

Medo

5. O que deves fazer se fores vítima de *bullying* (coloca um X nas opções corretas)

Não contar a ninguém _____

Contar ao professor e/ou aos pais _____

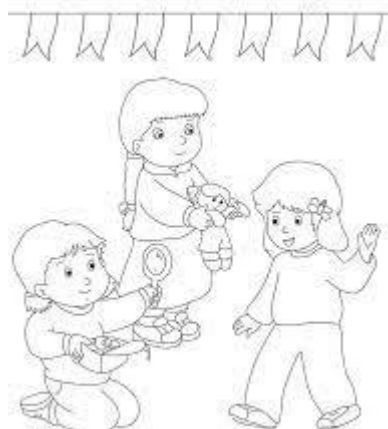
Andar sempre com quem me agride para ver se fica a ser meu amigo _____

Afastar-me da pessoa que me faz bullying _____

6. O *bullying* é uma coisa má. Pinta as imagens em que não há bullying.



shutterstock.com · 2123855501



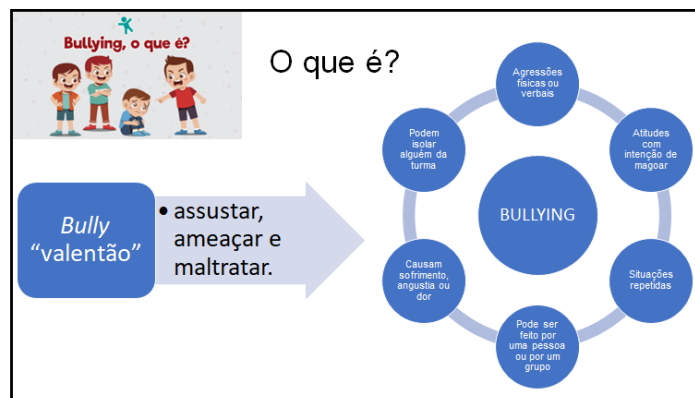
Análise *SWOT*

Ambiente Interno	
Forças	Fraquezas
Empatia; Comunicação; Respeito; Ética; Responsabilidade; Postura; Disponibilidade do Enfermeiro Tutor e do outro EEESMP membro da equipa; Disponibilidade da equipa de enfermagem; Conhecimento do tema;	Inexperiência de intervir em saúde escolar; Timidez; Insegurança; Disponibilidade horária;
Ambiente Externo	
Oportunidades	Ameaças
Equipe motivada; Espírito de equipa; Interajuda entre a equipa;	Intervenções EEESMP focadas maioritariamente na saúde escolar por escassez de recursos humanos; Área geográfica extensa; Transporte para os diversos locais, único e muito solicitado que dificulta o cumprimento de horários;

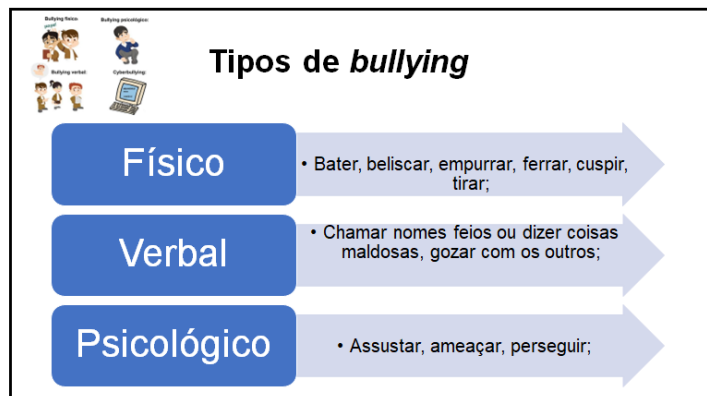
APÊNDICE IX: APRESENTAÇÃO DA PSICOEDUCAÇÃO



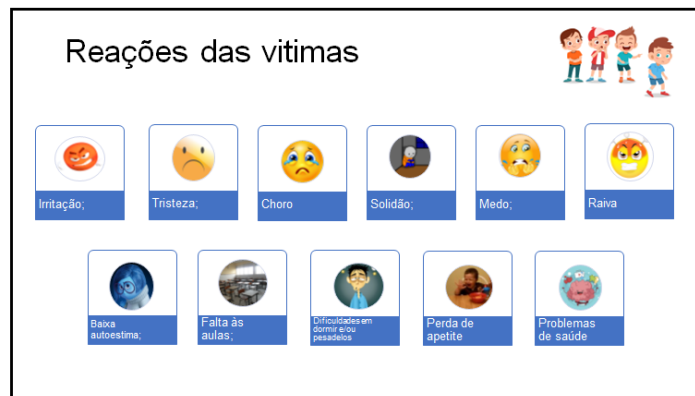
1



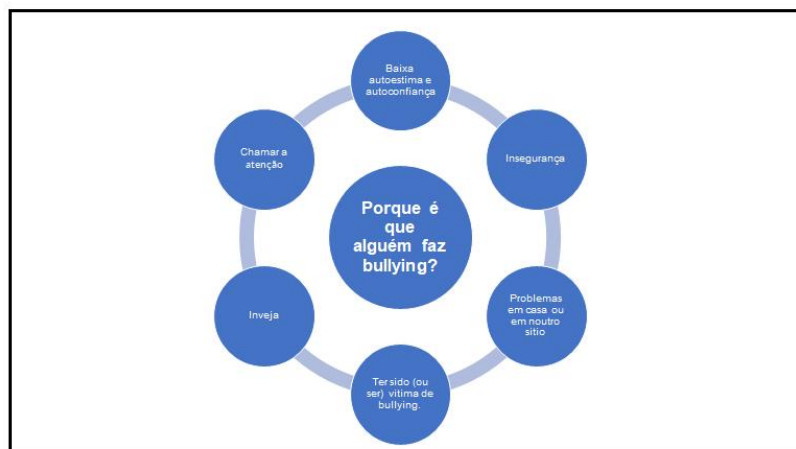
2



3



4



5

O que podes fazer se fores vítima de bullying?

- Afasta-te do mau comportamento de um Bully e tenta ignorá-lo.
- Coloca sempre a tua segurança em primeiro lugar.
- Diz "Para" a um Bully e aos seus maus comportamentos.
- Se estás a ser vítima de bullying, conta a alguém em quem confias o que se passa contigo: a um Professor, aos Pais, ou a um amigo.
- Não tenhas medo de denunciar um Bully! Podes prevenir que o Bully te magoe a ti e aos outros.

6

Toma sempre conta dos teus amigos, e ajudem-se uns aos outros a manterem-se seguros.

LEMBRA-TE SEMPRE DE TRATARES OS OUTROS COMO GOSTARIAS DE SER TRATADO.

7

KITSOS3R

- **Reconhece** (fica atento aos sinais de relações abusivas)
- **Recusa** (diz NÃO, sempre que não te sintas confortável)
- **Reporta** (fala com um adulto de confiança)

Se um amigo mostrar uma cara triste, ajuda-o a alegrar-se. Ser vítima de Bullying não tem piada nenhuma. Procura ajuda e conta a alguém!

8



Se um amigo mostrar uma cara triste, ajuda-o a alegrar-se. Ser vítima de Bullying não tem piada nenhuma. Procura ajuda e conta a alguém!

9

- <https://youtu.be/hAeFzB8LvHU?si=CARS4kkYuLbcrW-R>

10

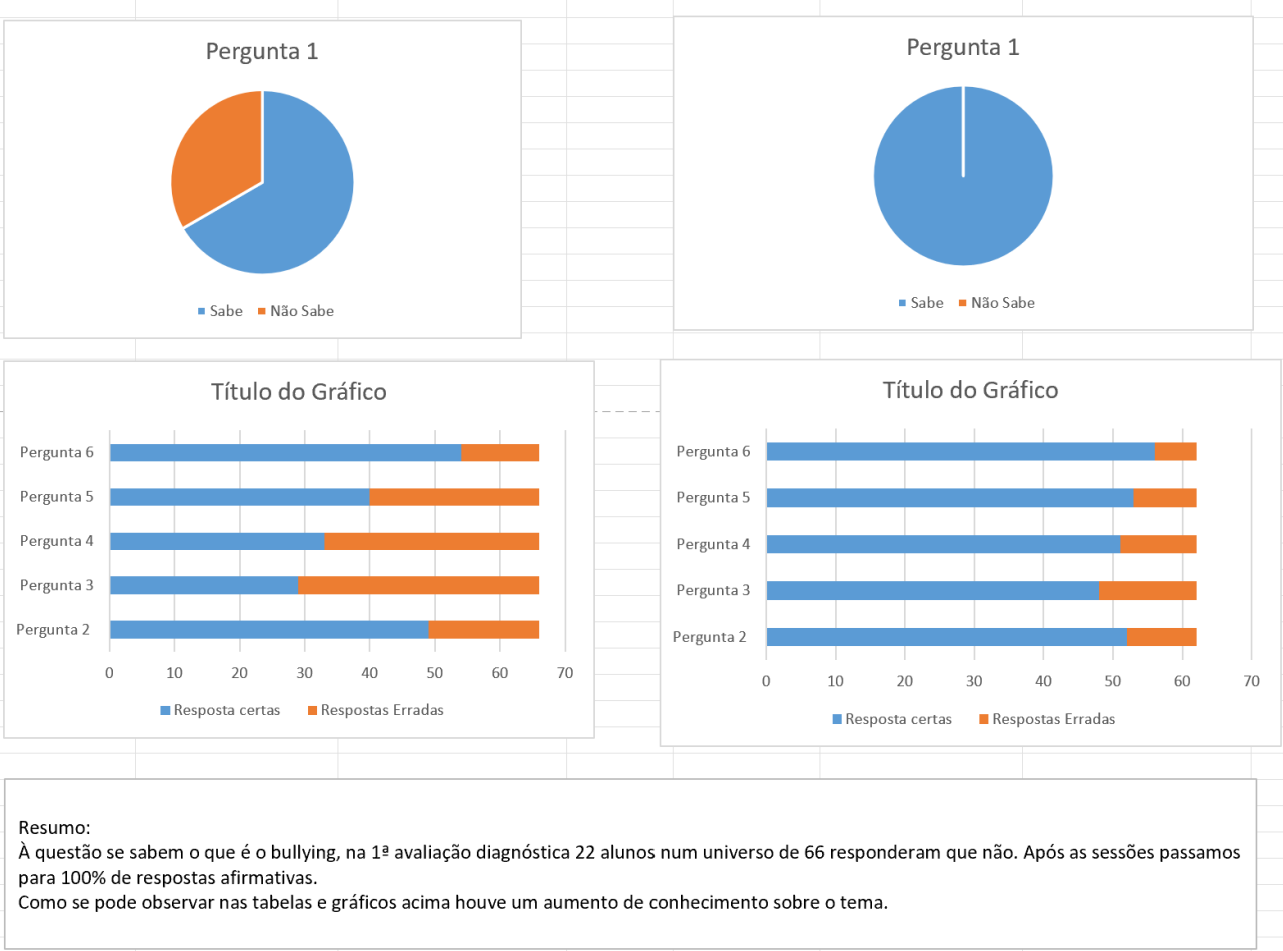
História do Menino

- Este é o _____, acabou de entrar numa escola nova, estava muito contente e cheio de expectativas
- Na sala dele haviam algumas crianças um bocadinho más e começaram a chamar-lhe nomes feios e não o deixavam brincar com eles.
 - O que acontece quando alguém é tratado assim?
- Para descobrirmos o que aconteceu ao menino vamos passá-lo por todos vocês e cada um falará algo mau que já chamaram a alguém ou que ouviram alguém chamar. Ao falarem devem amasar um pedaço do menino.



11

APÊNDICE X: AVALIAÇÃO DA PSICOEDUCAÇÃO



APÊNDICE XI: PESQUISA PRELIMINAR *MEDLINE* VIA *PUBMED*

#	Equação booleana	Resultados
#1	"forensic nursing" OR "forensic psychiatry"	2323
#2	"community mental health services" OR "continuity of patient care"	3990
#3	"mental disorders" OR "psychiatric nursing"	40268
#4	"psychiatric" OR "liaison nursing" OR "forensic"	112613
#5	"psychiatric" OR "liaison nursing"	78095
#6	"Forensic Psychiatry" OR "Liaison Nursing" OR "with the Community"	2193
#7	("forensic nursing" OR "forensic psychiatry") AND (community mental health services OR continuity of patient care) AND (mental disorders OR psychiatric nursing)	81
#8	("forensic psychiatry") AND (community mental health services) AND (mental disorders)	55

Legenda: Exemplo de Pesquisa Preliminar realizada na base de dados *MEDLINE* via *PubMED*

APÊNDICE XII: INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS PARA A SCOPING REVIEW

TABELA PARA A RECOLHA DE DADOS

Autor(s) Ano País	Desenho dos estudos (JBI, 2013)	População alvo	Objetivos do estudo	Intervenções de enfermagem de ligação	Intervenções de preparação para a reinserção social	Intervenções de acompanhamento na reinserção social	Indicadores de resultado	Informações Adicionais
Angel et al. (2014) EUA	Pesquisa qualitativa com triangulação de fontes	Reclusos com doenças mentais que recebem alta	Avaliar o envolvimento em dois programas de reinserção		Características da relação terapêutica; Discurso positivo e encorajador; Facilitar a procura e obtenção de apoios sociais Acompanhar na procura e obtenção de apoios sociais; Promover diálogo baseado num discurso positivo e encorajador;	Promover o contato com familiares; Promover a parceria dos familiares no programa; Promover a parceria de agentes de liberdade condicional no programa;	Qualidade da relação terapêutica; Nível de envolvimento pré-libertação; Nível de envolvimento na reinserção social;	Os dados recolhidos foram obtidos a partir de participantes que foram incluídos em dois programas distintos de reinserção social, nomeadamente programa de terapia de aceitação e compromisso forense (FACT) e o modelo de intervenção em tempo crítico (CIT).

Mickenna et al. (2014) Nova Zelândia	Estudo comparativo longitudinal retrospectivo	Reclusos com doenças mentais graves	Comparar os resultados de saúde e delinquência um ano antes da implementação do programa PMOC e um ano após.	Estabelecer um plano de libertação;	Promover o contato com os recursos da comunidade prévio à libertação, como unidades de alcoologia e centros de atendimento a toxicod dependentes, serviços de psiquiatria e unidades residenciais;		Contato com os serviços de psiquiatria na comunidade; Contato com os serviços de apoio social; Envolvimento no plano do tratamento; Redução da reincidência criminal;	As intervenções implementadas estavam integradas num modelo de cuidados modelo desenvolvido na Nova Zelândia em 2011 (PMOC) para pessoas com doença mental grave;
Lamberti e Weisman (2021) EUA	Revisão da literatura	Populações forenses e envolvidas na justiça criminal	Identificar os elementos fundamentais do programa de tratamento comunitário assertivo	Avaliar o risco e as necessidades dos participantes; Definir equipas mistas e colaborativas de prestadores de saúde e do sistema judicial; Promover reuniões entre a equipa terapêutica e os colaboradores judiciais; Implementar intervenções terapêuticas no âmbito da saúde mental baseadas em evidência em caso de uso de substâncias psicoativas;	Promover a gestão dos processos de transição para a comunidade;	Definir agentes de liberdade condicional de supervisão; Promover a gestão do recurso a serviços na comunidade de Psiquiatria Forense e uso de substâncias psicoativas	Identificação de elementos fundamentais a implementar e avaliar nos programas de tratamento comunitário assertivo;	Escala de avaliação da eficácia da implementação do programa Rochester FACT (R-FACT) para promover uma standardização do programa FACT

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL DE LIGAÇÃO DA PSIQUIATRIA FORENSE À COMUNIDADE: SCOPING REVIEW

Leutwyler et al. (2017) EUA	Estudo de caso	Ex-reclusos com doença mental grave	Discutir de que forma o gestor de caso contribui para a redução das taxas de reincidência criminal em pessoas com doença mental grave e a sua bem-sucedida reinserção na comunidade;		Facilitar o acesso a subsídios para arrendamento; Facilitar o acesso a serviços de psiquiatria;	Coordenação do gestor de caso no acesso a serviços de alojamento, tratamento da doença mental e emprego;	Redução da reincidência criminal; Redução da pena efetiva; Redução do número de hospitalizações psiquiátricas;	Programa de justiça <i>Thresholds em Illinois</i> , que combinou habitação de apoio e gestão de casos para coordenar tratamento, habitação e apoio ao emprego, mostrando uma redução significativa nas prisões e hospitalizações psiquiátricas
--------------------------------	----------------	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Cummings et al. (2020) Reino Unido	Guideline	Indivíduos com doença mental grave no sistema de justiça criminal	Resumir 10 pontos chaves a incorporar no tratamento	Prescrição adequada de medicamentos psicotrópicos: -Iniciar ou manter o tratamento para a doença mental; -Uso de medicamento injetáveis de longa duração; -Uso de clozapina em doentes resistentes ao tratamento; Tratar distúrbios de uso de substâncias: -Usar técnicas motivacionais; -Utilizar suporte farmacológico; -Suporte dos pares para manutenção do compromisso; -Avaliar progressos; Educação para a saúde sobre o trauma: -Avaliação rigorosa do trauma; -Fornecer cuidados informados sobre o trauma;	Abordar os 4 principais fatores criminogênicos de risco: -Utilizar escalas para avaliar o risco criminogênico e antissoal -Promover tratamento para personalidade antissocial -Promover terapia cognitivo- comportamental para cognições antissociais -Encorajar contatos pro-sociais e desencorajar contato antissociais. Garantir habitação: -Explorar opções temporárias e permanentes - Fornecer treino cognitivo e social: -Intervenções computorizadas -Monitorizar a adesão e envolvimento nestas intervenções Fornecer treino de capacidades funcionais e reabilitação vocacional: -Iniciar com competências para a manutenção da	-Oferecer psicoeducação familiar; -Fornecer aos familiares relevantes educação sobre doenças mentais, reconhecimento de sinais de alerta de reincidência e a associação entre reincidência e o retorno ao sistema de justiça criminal; -Recrutar membros da família para a monitorização e apoio ao cliente; -Estabelecer parceria com o contato judicial; -Envolvimento com programas individuais, judiciais e comunitários para maximizar o sucesso da comunidade;	Determinar princípios que contribuam para melhorar os programas de intervenções em indivíduos com doença mental grave	
--	-----------	--	---	---	--	--	---	--

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL DE LIGAÇÃO DA PSIQUIATRIA FORENSE À COMUNIDADE: SCOPING REVIEW

					residência na comunidade -Melhorar as competências relacionadas com o emprego Fornecer treino de habilidades sociais: -Reconhecer a importância das interações sociais -Adotar uma abordagem sistemática de treinamento de habilidades sociais -Use as redes sociais para reforçar o progresso			
--	--	--	--	--	--	--	--	--