

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Entrevista Motivacional e Relação de Ajuda Profissional no
Cuidado Especializado em Enfermagem de Saúde Mental

Motivational Interviewing and the Professional Helping
Relationship in Specialized Mental Health Nursing Care

Autor

Ana Filipa Mendes Magalhães

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Entrevista Motivacional e Relação de Ajuda
Profissional no Cuidado Especializado em
Enfermagem de Saúde Mental

Motivational Interviewing and the Professional
Helping Relationship in Specialized Mental
Health Nursing Care

Orientador(es)

António Manuel dos Santos Ferreira

Autor

Ana Filipa Mendes Magalhães

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"A tarefa não é ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que toda a gente vê."

Arthur Schopenhauer

DEDICATÓRIA

À minha família, o meu alicerce, por todo o incentivo, amor e apoio incondicional.

Aos meus amigos, que tornaram os desafios mais leves e as conquistas mais gratificantes.

E a ti Vovó, por teres sido, ao longo deste percurso, a minha maior força e motivação.

AGRADECIMENTO

Expresso a minha gratidão:

Ao Professor Doutor António Ferreira, pela orientação, incentivo, partilha de conhecimento e apoio ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros orientadores, pela orientação, disponibilidade e pela aprendizagem.

Às minhas colegas, Ana Monteiro e Andreia, pela amizade, colaboração e apoio mútuo ao longo deste percurso. Obrigada pelo companheirismo e por fazerem este caminho comigo. Em especial a ti, Monteiro, pela amizade e cumplicidade de sempre.

Aos meus colegas de trabalho pelo incentivo, carinho e apoio constante, especialmente nos momentos mais difíceis deste percurso.

Ao Tiago, meu companheiro de vida, pelo apoio, compreensão e paciência ao longo desta caminhada. Pelas palavras certas e pelo abraço nos dias mais difíceis.

Aos meus pais e à minha irmã, por serem sempre o meu porto de abrigo, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Por me amparem sempre que necessário e por me ajudarem em toda a gestão de tarefas quando o tempo escasseava.

À minha tia Nancy, por me motivar e acreditar sempre em mim, mesmo enquanto enfrentava a maior batalha da sua vida.

À minha Madrinha e ao meu tio Miguel, pelo papel paternal constante, pelo apoio, incentivo e ajuda nos momentos mais desafiantes desta caminhada.

Ao Ti, ao Cocas e à Vovó que foram, desde sempre, a minha base e que me permitiram ser quem sou hoje. A ti, Vovó, que apesar de já não te poder abraçar, foste sempre a minha maior motivação para continuar, porque sei o quanto esta conquista te deixaria feliz.

Por fim, mas não menos importante, à minha restante família e amigos, pelo amor, apoio incondicional e compreensão pelas minhas ausências durante todo este percurso.

A todos vocês, obrigada do fundo do coração.

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, componente integrante do plano curricular do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Este documento tem como objetivo apresentar uma análise crítica e fundamentada das habilidades e competências desenvolvidas ao longo do estágio que, por sua vez, promoveram o desenvolvimento de competências especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A metodologia utilizada foi de carácter crítico-reflexiva, sustentada na observação participante, na análise reflexiva contínua da prática clínica, na exploração de literatura científica atualizada e na supervisão clínica.

Os resultados obtidos indicam que a implementação de intervenções psicoterapêuticas, como a entrevista motivacional e a relação de ajuda profissional, baseadas em evidência e adaptadas às especificidades da pessoa, contribuíram significativamente para a melhoria do bem-estar psicossocial da mesma.

O presente relatório reflete o trabalho desenvolvido em contexto de estágio destacando a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos em contexto académico e a importância das intervenções especializadas, promovendo a melhoria contínua dos cuidados baseados em evidência científica.

As implicações para a prática clínica traduzem-se na valorização de uma abordagem holística, centrada na pessoa e na individualização dos cuidados prestados. As principais dificuldades identificadas durante o processo formativo relacionaram-se com a gestão do tempo entre as exigências pessoais e profissionais, bem como com a impossibilidade de dar continuidade à temática inicialmente proposta, o que condicionou, em parte, os resultados esperados.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica, Entrevista Motivacional, Estudo de Caso, Relações Profissional-Paciente, Saúde Mental.

ABSTRACT

This report was developed as part of the Professional Internship Course with Final Report, which is part of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

This document aims to present a critical and well-founded analysis of the skills and competences developed during the internship which, in turn, promoted the development of the specialized competences of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing.

The methodology used was of a critical-reflective nature, based on participant observation, continuous reflective analysis of clinical practice, exploration of up-to-date scientific literature and clinical supervision.

The results obtained indicate that the implementation of psychotherapeutic interventions, such as motivational interviewing and the professional helping relationship, based on evidence and adapted to the specific characteristics of the clients, contributed significantly to improving the psychosocial well-being of the clients.

This report reflects the work carried out in the internship context, highlighting the practical application of the knowledge acquired in the academic context and the importance of specialized interventions, promoting the continuous improvement of care based on scientific evidence.

The implications for clinical practice are reflected in the appreciation of a holistic, client-centred approach and the individualization of the care provided. The main difficulties identified during the training process were related to time management between personal and professional demands, as well as the impossibility of continuing with the theme initially proposed, which partly conditioned the expected results.

Keywords: Psychiatric Nursing, Motivational Interviewing, Case Report, Nurse-Patient Relations, Mental Health.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DALYs - Disability-adjusted life-years

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EM- Entrevista Motivacional

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

ICNP- International Classification for Nursing Practice

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

MTT - Modelo Transteórico da Mudança

NOC - Nursing Outcomes Classification

RAP - Relação de Ajuda Profissional

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

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

YLD - Years lived with disability

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	21
3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS A PESSOA COM COMPORTAMENTO ADITIVO	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	36
3.3. Medicação	37
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	37
3.4. Domínios	38
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	38
3.5. Conceção de Cuidados	39
3.6. Especificação das intervenções	40
3.7. Síntese relativa ao caso	41
4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS A PESSOA COM ALTERAÇÃO AO NÍVEL DAS EMOÇÕES	45
4.1. Enquadramento teórico	45
4.2. Clientes	52
4.3. Medicação	53
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	53
4.4. Domínios	55
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	55
4.5. Conceção de Cuidados	56
4.6. Especificação das intervenções	58
4.7. Síntese relativa ao caso	61
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	63
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	87
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	103

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório, tem enfoque na apresentação das competências clínicas desenvolvidas e adquiridas na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrado no Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Norte Cruz Vermelha Portuguesa, que se alicerça na dedicação à Enfermagem e num crescente interesse pela área da saúde mental e psiquiátrica.

A complexidade dos cuidados a pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, constatada na prática profissional, suscitou a necessidade de aprofundar conhecimentos e competências nesta área.

Sendo a saúde mental um pilar fundamental do bem-estar do ser humano, foi sempre uma convicção da autora, a importância do cuidado holístico, com ênfase nas dimensões emocionais, psicológicas e sociais da pessoa. A crescente prevalência de problemas de saúde mental impulsionou a procura de conhecimento especializado, visando não só satisfazer as necessidades da pessoa, como também atuar numa ótica de promoção da saúde e prevenção de doença mental. O interesse pelo campo da saúde mental surge de um compromisso pessoal com a humanização do cuidado, que reconhece as especificidades e as fragilidades associadas à doença mental.

Os dois contextos de estágio correspondem, na ordem que se segue: o contexto de respostas diferenciadas e em contexto comunitário numa Unidade de Cuidados na Comunidade. Tendo decorrido no período de 19 de setembro de 2024 a 09 de abril de 2025, sob a orientação pedagógica do Professor Doutor António Ferreira, coorientação da Professora Doutora Joana Coelho e supervisão em cada contexto de estágio específico, por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

O objetivo central deste estágio consistiu em aprimorar o pensamento crítico no cuidado especializado à pessoa com doença mental. As competências e o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) são cruciais para facilitar os processos de transição, identificando as necessidades de intervenção específica. Desta forma, torna-se possível minimizar o impacto da doença na saúde, bem-estar e qualidade de vida da pessoa, assim como oferecer suporte ao seu cuidador ou familiares. Durante este percurso académico, pretendeu-se também, o desenvolvimento de competências clínicas que permitirão à autora usufruir da atribuição de um título de enfermeiro especialista na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica pela Ordem dos Enfermeiros.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (n.d.), cerca de 12% das

doenças em todo o mundo são do foro mental, valor que sobe para os 23% nos países desenvolvidos. Segundo dados referentes a 2019, uma em cada oito pessoas do mundo sofre de perturbação mental, o equivalente a 970 milhões de pessoas, sendo as mais comuns a ansiedade e a depressão (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, n.d.).

O relatório “Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019” de Ferrari et al. (2022), sobre o peso global da doença mental em diversos países, mostrou que entre 1990 e 2019, o número global de Disability-Adjusted Life-Years (DALYs) devido a perturbações mentais aumentou de 80,8 milhões para 125,3 milhões, e a proporção de DALYs globais atribuídos a perturbações mentais aumentou de 3,1% para 4,9%.

Concluiu-se assim que, globalmente, as perturbações mentais foram a 13.^a principal causa de DALYs em 1990, e a sétima principal causa de DALYs em 2019 e, ainda que, as perturbações mentais foram a segunda principal causa de YLD a nível mundial, tanto em 1990 e 2019 (Ferrari et al., 2022).

Já em Portugal, é sabido que, mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%), o que nos torna o segundo país com a maior prevalência de doenças psiquiátricas da Europa, sendo apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte (23,1%) (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, n.d.).

Face à crescente prevalência de perturbações mentais, o EEESMP assume um papel crucial na prestação de cuidados abrangentes e especializados. Por ser um profissional dotado de conhecimentos e competências especializadas, atua na promoção da saúde mental, na prevenção da doença e no tratamento da pessoa com diagnósticos de doença mental. O EEESMP desempenha um papel importante desde a avaliação holística das necessidades da pessoa, ao desenvolvimento de planos de cuidados individualizados e à implementação de intervenções psicoterapêuticas baseadas em evidência científica.

Neste sentido, durante o estágio realizado, foram implementadas intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente, de entrevista motivacional e de relação de ajuda profissional (RAP). A entrevista motivacional, com foco na exploração da ambivalência e no reforço da motivação intrínseca para a mudança, facilita a adesão ao tratamento e a promoção da autonomia da pessoa (Figlie & Guimarães, 2014). Por sua vez, a relação de ajuda profissional, fundamenta-se numa abordagem não diretiva e centrada na pessoa, com o objetivo de estabelecer um ambiente terapêutico que favoreça o desenvolvimento pessoal, a autenticidade, a compreensão e a aceitação da pessoa (Coelho et al., 2020). O principal objetivo desta intervenção psicoterapêutica é capacitar a pessoa para a resolução das suas necessidades, facilitando o seu processo de adaptação e a adoção de novos comportamentos (Coelho et al., 2020).

Ambas as intervenções, quando aplicadas de forma integrada e adaptada às necessidades individuais da pessoa, contribuem para a melhoria dos resultados clínicos e para a promoção do bem-estar global da pessoa com doença mental (Gleicher & Green, 2020).

Através do percurso efetuado pela autora, foi possível documentar o seu desenvolvimento de competências através deste relatório, que tem como objetivo ser um instrumento de avaliação para a unidade curricular em questão e apresentar uma reflexão crítica sobre habilidades e competências desenvolvidas no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica.

A metodologia utilizada neste documento foi de carácter crítico-reflexiva, com base numa revisão exploratória da literatura, nas atividades desenvolvidas e observadas durante o período de estágio. Esta metodologia promoveu uma análise crítica às experiências vivenciadas, relacionando a prática com o enquadramento teórico-científico da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Assim, foram utilizadas várias técnicas e fontes de informação como a observação participante, que permitiu a interação com várias pessoas com doença mental, equipas multidisciplinares e o ambiente clínico; o registo e análise reflexiva, através da utilização de notas reflexivas, grelhas de autoavaliação e desenvolvimento de estudos de caso, utilizando a plataforma educacional e4nursing; a consulta de literatura científica, com recurso a artigos, guidelines e referenciais teóricos da enfermagem em saúde mental; e a supervisão e feedback, que envolveu a discussão de casos e estudos de caso, reflexões com o orientador, supervisor clínico, equipa multidisciplinar e pares. A investigação guiou-se, ainda, pelas normas institucionais e éticas, nomeadamente as orientações de estágio, as normas regulamentares da profissão, as competências do Enfermeiro Especialista e o código deontológico da profissão.

A estruturação e análise da informação seguiram um processo sistemático, envolvendo a análise de conteúdos, para a identificação de padrões e reflexões críticas sobre a experiência prática e a triangulação de fontes, através da comparação entre a literatura científica, as experiências práticas e a supervisão clínica, com o objetivo de sustentar as conclusões e garantir a robustez da análise.

Por forma a facilitar a sua compreensão, este documento encontra-se estruturado em 8 capítulos: O primeiro ponto corresponde à introdução ao relatório. No segundo ponto é exposta a caracterização dos contextos de estágio, evidenciando as potencialidades destes contextos no construto da aquisição de competências clínicas. Nos capítulos três e quatro, são apresentados dois estudos de caso clínico e a conceção de cuidados que lhes dizem respeito. Cada caso, inclui duas sessões de cuidados, sendo que cada uma delas representa o momento efetivo de planeamento e prestação de cuidados à pessoa em questão. No quinto ponto, é apresentada uma análise reflexiva sobre as competências desenvolvidas e adquiridas, nomeadamente as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEESMP (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 515/2018, 2018), explorando os contributos da evidência, experiências e vivências para a consecução das competências. No sexto ponto, é

efetuada uma síntese final do relatório, apontando alguns aspetos relevantes ao longo deste percurso de desenvolvimento profissional e pessoal. No sétimo ponto é apresentada a bibliografia consultada e, por último, os anexos e apêndices.

A elaboração deste relatório foi efetuada com recurso à Plataforma Educacional e4Nursing e do guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, baseado nas norma internacionais da American Psychological Association (2023), 7.ª edição.

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

No respeito pelas linhas orientadoras do Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, e o programa formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, elaborado pelo Colégio de Especialidade e proposto ao Conselho Diretivo, em acordo com o previsto na alínea d) do n.º 1 do artigo 42º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, os contextos clínicos correspondem a unidades de cuidados para acompanhamento da pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental, nomeadamente em contexto de comunidade em Unidades de Cuidados na Comunidade e em contexto de respostas diferenciadas num serviço de psiquiatria forense.

Com o propósito de clarificar as oportunidades de aprendizagem e potencialidades dos diferentes contextos mencionados, apresenta-se, de seguida, a caracterização de cada contexto, efetuando referência à sua missão, tipologia da pessoa com doença mental alvo de cuidados, estrutura física, aos recursos humanos, à organização dos cuidados, a projetos das unidades, incluindo projetos de melhoria contínua, entre outros aspetos pertinentes.

Contexto de Respostas Diferenciadas: Internamento de Psiquiatria Forense

O primeiro momento de estágio decorreu numa unidade de internamento de psiquiatria forense, de 19 de setembro de 2024 a 22 de novembro de 2024, num hospital de Saúde Mental e Psiquiátrica, referência na prestação de cuidados psiquiátricos e de reabilitação psicossocial.

Esta unidade surgiu em resposta às dificuldades frequentes na reintegração social da pessoa após o cumprimento da medida de segurança. Sentiu-se a necessidade de acelerar os processos de transição para a liberdade condicional da pessoa ainda internada em unidades forenses por razões sociais, mas que, de acordo com avaliações padronizadas, já não representam um risco significativo (Xavier et al., 2022).

Esta unidade de psiquiatria forense, tem como missão a implementação de programas de tratamento, segurança e reabilitação abrangentes e especializados para cidadãos sentenciados pelo tribunal para o cumprimento de medida de segurança. O principal objetivo é reduzir a probabilidade de reincidência em crimes violentos, através da intervenção de uma equipa multidisciplinar qualificada.

Esta unidade proporciona cuidados de internamento a pessoas consideradas inimputáveis, internadas por ordem judicial, em instalações distintas dos estabelecimentos prisionais, conforme a classificação estabelecida no artigo 3.º, número 1, do Decreto-Lei n.º 70/2019, de 24 de maio.

Segundo o Diário da República (2025), “diz-se inimputável quem, em virtude de uma anomalia psíquica, não for capaz, no momento da prática de um facto, de avaliar a sua ilicitude ou de se autodeterminar de acordo com essa avaliação”.

No que respeita à sua estrutura, este internamento dispõe de uma lotação de 40 camas, distribuídos em dois pisos (20 camas por piso). Em ambos os pisos, existe uma sala de trabalho de enfermagem, cada uma equipada com meios tecnológicos, que permite aos enfermeiros documentarem as intervenções realizadas durante o turno, nos sistemas de informação (*SClínico*). O recinto onde se encontra alocado o internamento encontra-se vedado e dispõe de um segurança exclusivo 24 horas por dia, sendo que apenas têm acesso ao serviço pessoas autorizadas. O serviço dispõe também de um campo polidesportivo e de uma horta. Já fora do serviço, mas ainda dentro do recinto hospitalar, existem residências de treino onde estão alocadas pessoas com doença mental em regime aberto, isto é, pessoas que, no exterior, desenvolvem atividades de ensino, formação profissional ou trabalho sem vigilância direta e que, cada um deles é responsável pela manutenção do próprio quarto e espaços comuns da casa (Decreto-Lei n.º 70, 2019).

Por forma a dar resposta às necessidades, este serviço possui uma equipa multidisciplinar que implementa programas de tratamento, segurança e reabilitação em ambientes controlados (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022). A equipa, composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, adota uma abordagem que visa promover a autonomia, a funcionalidade, a melhoria da qualidade de vida e a reintegração da pessoa na sociedade.

No que diz respeito aos recursos humanos e respetiva organização, verificou-se que existe um total de 20 enfermeiros, sendo um com a categoria de enfermeiro gestor, 13 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) (68%) e seis enfermeiros generalistas (32%). Foi possível observar que, para cada piso, estão escalados três enfermeiros no turno da manhã, dois enfermeiros no turno da tarde e um no turno da noite, sendo que nem sempre existe um enfermeiro especialista, em permanência, 24 horas. Conclui-se assim que, para cada piso de internamento, o ratio enfermeiro/pessoa, nos turnos da manhã é de 1:7, no turno da tarde é de 1:10 e, no turno da noite é de 1:20.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros:

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

(Regulamento n.º 743, 2019, p. 140)

A eficácia das intervenções e programas oferecidos depende da atuação de equipas multidisciplinares completas, com número e especialização adequados às diversas necessidades desta população (Xavier et al., 2022). Este serviço oferece programas e intervenções personalizadas, adaptadas às necessidades e às características clínicas e psicossociais dos internados, com vários objetivos, nomeadamente, consciencialização da doença e adesão ao tratamento; intervenção em comportamentos aditivos; desenvolvimento, aperfeiçoamento ou reforço de competências pessoais, emocionais e sociais; promoção de mudanças de atitudes e comportamentos; controlo da agressividade e prevenção de comportamentos violentos; prevenção da reincidência e recaída e reabilitação psicossocial (Xavier et al., 2022).

Numa fase inicial do estágio, tornou-se relevante a definição de alguns objetivos, gerais e específicos, de modo a orientar as atividades e o desenvolvimento das competências da autora ao longo deste processo. Estes objetivos visaram a aquisição de conhecimentos técnicos e práticos, assim como o aprimoramento do pensamento crítico e a capacidade de intervenção especializada no cuidado à pessoa com doença mental. A definição destes objetivos permitiu traçar um caminho estruturado para atingir as metas propostas.

- **Objetivo Geral:** Desenvolver competências por forma a implementar processos psicoterapêuticos, socioterapêuticos e psicossociais adaptados às necessidades individuais de pessoa com consumo de substâncias, visando recuperar, melhorar e manter a saúde mental no período de 19/09/2024 a 22/11/2024.
- **Objetivo Específico:** Desenvolver um plano de cuidados, tendo por base as etapas do processo de concetualização de cuidados, para a pessoa com dependência de substâncias, no período de 19/09/2024 a 22/11/2024.
- **Atividades:**
 - Identificar e avaliar necessidades e focos de atenção no âmbito dos processos psicológicos e respostas humanas.
 - Planear intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas individuais centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.
 - Implementar intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas individuais centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.
 - Avaliar resultados obtidos com as intervenções integradas na conceção de cuidados planeada e implementada para a pessoa com consumos de substâncias.

Contexto de Comunidade - Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

No que diz respeito ao estágio em contexto de comunidade, este decorreu entre 25 de novembro de 2024 a 9 de abril de 2025, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Os cuidados de saúde primários constituem a porta de entrada nos serviços de saúde, disponibilizando à comunidade acesso fácil e contínuo a cuidados de saúde integrais. Os profissionais de saúde que atuam neste nível de cuidados trabalham em colaboração com a pessoa e respetivas famílias, respondendo tanto às necessidades de saúde imediatas como às de longo prazo, abrangendo uma vasta gama de condições e não se limitando a doenças específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2020). A abordagem adotada pelos cuidados de saúde primários considera os múltiplos determinantes da saúde e as suas interconexões, abrangendo os aspetos físicos, mentais e sociais que impactam o bem-estar da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Em 2006, foi iniciada a reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), e formalizada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, que introduziu mudanças significativas na organização e na prestação de cuidados de saúde à população. Esta reconfiguração teve como

principais objetivos aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde; otimizar a alocação de recursos humanos, assegurando o cumprimento das metas estabelecidas, através do uso de indicadores específicos (Ordem dos Enfermeiros, 2025).

A prevalência de doenças mentais, como ansiedade, depressão e demências, nos CSP, tem vindo a aumentar desde 2011 (Direção Geral da Saúde, 2017). Associado a esta realidade, destaca-se a necessidade urgente de reforçar e qualificar a oferta de cuidados na promoção da saúde mental e na prevenção e reintegração social, tanto dirigidos à própria pessoa com doença mental grave, como às suas famílias, especialmente no contexto dos cuidados comunitários.

Ao longo da última década, nos cuidados de saúde primários, verificou-se um aumento do número de pessoas com perturbações mentais, sobretudo a problemas relacionados com ansiedade, depressão e demências (Direção Geral da Saúde, 2017).

As Unidades de Cuidados na Comunidade desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de saúde e apoio psicossocial, tanto no âmbito domiciliário como comunitário. A sua atuação centra-se em pessoas, famílias e grupos vulneráveis, especialmente aqueles em maior risco, dependência física, funcional ou com patologias que necessitam de monitorização contínua. Estas unidades também promovem a educação para a saúde, facilitam a ligação a redes de apoio familiar e implementam iniciativas como unidades móveis de intervenção para alcançar populações com necessidades específicas (Decreto-Lei n.º 28, 2008).

Também o Programa Nacional para a Saúde Mental (2017), já estabelecia a necessidade de fortalecer a atenção em saúde mental de base comunitária como um dos pilares para a melhoria dos cuidados em Portugal. O programa reconhecia a importância de descentralizar os serviços, aproximando-os das comunidades e promovendo uma abordagem integrada e holística, que privilegiasse a prevenção, a intervenção precoce e a reabilitação psicossocial no ambiente onde as pessoas vivem e interagem (Direção Geral da Saúde, 2017). Este documento salientava, assim, a necessidade de investir em recursos e estruturas na comunidade, como as Unidades de Saúde Mental Comunitárias, para garantir o acesso a cuidados adequados, a promoção da autonomia e a inclusão social das pessoas com problemas de saúde mental (Direção Geral da Saúde, 2017). Esta visão, que visava aumentar o acesso a cuidados, promover a autonomia e a inclusão social, encontra um eco significativo na atual abertura de candidaturas para o desenvolvimento de respostas integradas e residências em saúde mental, demonstrando a continuidade e o aprofundamento da estratégia traçada em 2017.

A UCC onde decorreu o estágio em contexto de comunidade, tem como missão garantir cuidados de saúde de qualidade à população da área de abrangência assistencial, através de práticas clínicas eficazes, com o objetivo de obter ganhos em saúde da pessoa, famílias, comunidade e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos.

A integração da saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários requer um número suficiente de recursos humanos munidos de competências específicas para atender às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 743, 2019).

No que respeita a recursos humanos, a equipa da UCC deste local de estágio, é composta por um total de nove enfermeiros, sendo um com a categoria de enfermeiro coordenador, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) (11%), três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (33%), um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (11%) e quatro enfermeiros generalistas (44%). Nesta equipa verifica-se também a existência de dois médicos, um higienista oral, um

fisioterapeuta, um nutricionista, um psicólogo e uma assistente social.

Desta forma, verifica-se que, conforme o disposto no Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros, “considera-se adequado, pelo menos, 1 (um) enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em cada Unidade de Cuidados na Comunidade, não obstante o que vier a ser definido no Programa Nacional de Saúde Mental.” (Regulamento n.º 743, 2019).

No que diz respeito à estrutura física, esta unidade localiza-se no piso -1 do edifício do Centro de Saúde e dispõe de um gabinete do enfermeiro coordenador e duas salas amplas, equipadas com diverso material utilizado nas intervenções de enfermagem e meios tecnológicos que possibilitam aos profissionais, efetuarem registos nos sistemas de informação, nomeadamente no *SClínico*.

Ao nível da organização de cuidados, esta unidade oferece programas e intervenções personalizadas, adaptadas às necessidades e às características clínicas e psicossociais da pessoa alvo de cuidados, desde intervenções situação de crise, a projetos de melhoria contínua de apoio ao cuidador informal, por exemplo.

À semelhança do contexto de estágio anterior, foram também estabelecidos objetivos gerais e específicos, com o intuito de direcionar as atividades e otimizar o desenvolvimento de competências da autora, assim como delinear um percurso estruturado para o atingimento das metas estabelecidas.

- **Objetivo Geral:** Desenvolver competências por forma a implementar processos psicoterapêuticos, socioterapêuticos e psicossociais adaptados às necessidades individuais de pessoa com consumos de substâncias, em contexto de UCC, visando recuperar, melhorar e manter a saúde mental no período de 25/11/2024 a 09/04/2025.
- **Objetivo Específico:** Desenvolver um plano de cuidados, tendo por base as etapas do processo de concetualização de cuidados, para pessoa com consumo de substâncias, em contexto de UCC, no período de 25/11/2024 a 09/04/2025.
- **Atividades:**
 - Identificar e avaliar necessidades e focos de atenção no âmbito dos processos psicológicos e respostas humanas.
 - Planear intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas individuais centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.
 - Implementar intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas individuais centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.
 - Avaliar resultados obtidos com as intervenções integradas na conceção de cuidados planeada e implementada para a pessoa com consumos de substâncias.

3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS A PESSOA COM COMPORTAMENTO ADITIVO

Pessoa do sexo masculino, com 40 anos, com diagnóstico de perturbação delirante em contexto de consumo de substâncias e com história de múltiplos internamentos em psiquiatria. Tem como antecedentes médico-cirúrgicos, traumatismos e cirurgias por acidentes de viação. No internamento encontra-se medicado com olanzapina 10mg às 19h. Os contactos foram efetuados dia 16/10/2024 e 13/11/2024.

3.1. Enquadramento teórico

No presente caso clínico estamos perante uma pessoa do sexo masculino, com 40 anos, atualmente divorciado, que vivia em casa da mãe com a própria. Tem uma filha de 14 anos, que reside com a ex-companheira. Estudou até ao 9.º ano e trabalhava como padeiro. Atualmente encontra-se desempregado. Encontra-se internado no serviço de internamento de psiquiatria forense com o diagnóstico de perturbação delirante em contexto de consumo de substâncias.

A saúde de uma pessoa não depende apenas de fatores biológicos, sendo influenciada por um conjunto de aspetos, denominados determinantes em saúde, que compreendem fatores biológicos, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde e o bem-estar da pessoa, condicionando sua qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde (Direção Geral da Saúde, 2024).

Estes determinantes podem condicionar significativamente a qualidade de vida, o acesso aos cuidados de saúde e as oportunidades de recuperação da pessoa com doença mental. O caso clínico apresentado reflete a complexidade das interações entre esses determinantes e os impactos que podem ter no percurso de vida da pessoa.

A pessoa em questão, um homem de 40 anos, iniciou o consumo de substâncias aos 15 anos, um fator determinante no seu percurso de vida. O consumo precoce de drogas está amplamente associado a um maior risco de dependência a longo prazo, além de ser um fator predisponente para o desenvolvimento de doenças mentais, como a psicose induzida por substâncias (Volkow et al., 2016).

Este tipo de psicose pode provocar alterações cognitivas e comportamentais significativas, interferindo na capacidade da pessoa de manter relações interpessoais saudáveis e estabilidade laboral, o que se observa, por exemplo, no seu histórico de divórcio e desemprego (Barbaro &

Picarelli, 2017). O facto de se encontrar desempregado, consequência direta da toxicodependência, agrava também a sua vulnerabilidade económica e social.

Do ponto de vista socioeconómico, apresenta um baixo nível de escolaridade baixo e experiência profissional na área da panificação.

O contexto familiar e social da pessoa também influencia o seu estado de saúde mental. Após o divórcio, passou a residir com a mãe, o que pode indicar uma perda de autonomia e dificuldades na construção de uma rede de apoio eficaz. A literatura evidencia que o suporte social deficiente está associado a uma menor adesão ao tratamento e a piores prognósticos em pessoas com doença mental (Lund et al., 2010). Adicionalmente, a separação da filha pode ter contribuído para o agravamento do quadro emocional e psicológico, uma vez que a perda de vínculos afetivos pode gerar sofrimento emocional e potenciar a recaída no consumo de substâncias.

A saúde mental é intrinsecamente moldada pelos fatores sociais, económicos e ambientais que permeiam as diversas etapas da vida, desde o nascimento até a idade avançada (Sequeira & Sampaio, 2020). A etiologia das doenças mentais comuns e das perturbações relacionadas com o uso de substâncias é predominantemente influenciada pelos determinantes sociais da saúde (Sequeira & Sampaio, 2020).

A psicose, pode ser entendida como um termo amplo que se caracteriza pela manifestação de sintomas psicóticos, nomeadamente delírios e alucinações (Medeiros et al., 2021). Esta caracteriza-se pela perda da ligação com a realidade, decorrente de uma alteração no processamento da informação pelo cérebro (American Psychiatric Association, 2025). Num episódio psicótico, a pessoa tem dificuldade em distinguir a realidade e as experiências subjetivas, uma vez que o seu pensamento e perceções estão alterados (American Psychiatric Association, 2025).

As psicoses podem ser distinguidas entre primárias, como a esquizofrenia, e secundárias, com é o caso da psicose induzida por substâncias, por exemplo (Medeiros et al., 2021).

As psicoses primárias, onde a esquizofrenia assume proeminência, englobam condições em que os sintomas psicóticos não resultam de uma condição clínica subjacente, por exemplo as perturbações do humor ou perturbações esquizoafetivas (Tampi et al., 2019). Por sua vez, no caso das psicoses secundárias, estas manifestam sintomatologia psicótica decorrente de outras condições, nomeadamente o uso de substâncias ilícitas ou medicamentos e alterações neurológicas, por exemplo (Tampi et al., 2019).

A psicose induzida por substâncias é então uma perturbação psicótica secundária que surge como consequência do abuso de drogas, manifestando-se por um ou mais episódios psicóticos (Baldaçara et al., 2023). Este tipo de psicose caracteriza-se por um menor histórico de patologia mental familiar, maior insight para a sua condição e menor prevalência de sintomatologia

positiva e negativa, no entanto, a maior ansiedade e sintomas depressivos, quando comparada à psicose primária (Baldaçara et al., 2023). Alguns psicoestimulantes, como a cocaína, são substâncias conhecidas por induzir episódios psicóticos com alterações de comportamento e heteroagressividade (Ricci et al., 2024). Também as anfetaminas e metanfetaminas, são conhecidas por influenciar o sistema nervoso central ao estimular a liberação de neurotransmissores, como dopamina e serotonina, podendo conduzir ao aparecimento de sintomas psicóticos, que se assemelham àqueles presentes em psicoses primárias, como a esquizofrenia (Cohen-Laroque et al., 2024).

Os episódios psicóticos, para além de impactarem diretamente a vida da pessoa com doença mental, também afetam substancialmente a qualidade de vida dos seus familiares e cuidadores, desencadeando uma série complexa de desafios emocionais, sociais e práticos (Barbosa et al., 2024). O percurso de vida de uma pessoa com psicose, é muitas vezes, pautado por isolamento, estigmatização e uma procura constante de tratamento (Barbosa et al., 2024).

Segundo Meleis (2010), a pessoa, ao longo do seu ciclo vital, experimenta transições decorrentes de alterações provocadas por situações específicas. No âmbito da saúde mental, o diagnóstico de uma doença mental que, conseqüentemente, implica uma série de alterações no quotidiano da pessoa e família, é considerado, pela mesma autora, uma transição (Meleis, 2010).

Associado ao diagnóstico de doença mental, está um dos problemas mais significativos, o estigma. Este constitui um problema relevante, uma vez que, para além de intensificar o sofrimento, inibir a interação social e a conseqüente procura de tratamento, também dificulta a posterior recuperação (Yates & Gatsou, 2021). De uma forma geral, a sociedade tende a adotar concepções e teorias negativas sobre a doença mental. Tais crenças adquirem relevância pessoal para a pessoa afetada, impactando negativamente a sua autoestima e levando-a a rejeitar a desvalorização e a rejeição social (Yates & Gatsou, 2021).

As pessoas diagnosticadas com doença mental, são frequentemente estereotipadas e rotuladas como perigosas e imprevisíveis, irresponsáveis, fracas e incompetentes. Este estigma social pode conduzir ao auto-estigma, levando a pessoa a estigmatizar-se a si própria e à diminuição da esperança, da confiança e da autoestima, trazendo conseqüências como o isolamento social e dificultando a procura de ajuda e a recuperação (Yates & Gatsou, 2021).

Pela semelhança de sintomatologia delirante e alucinatória, a psicose induzida por substâncias representa um desafio diagnóstico, sobretudo no que respeita à diferenciação das perturbações psicóticas primárias (Beckmann et al., 2020). O seu diagnóstico diferencial é complexo, uma vez que sintomas psicóticos desencadeados pelo uso de algumas substâncias podem evoluir para situações mais graves, como a esquizofrenia, exigindo um acompanhamento contínuo (Fiorentini et al., 2021). Esta problemática, vem demonstrar que, sobretudo em jovens consumidores, cuja vulnerabilidade é maior, uma correta avaliação psiquiátrica, uma

intervenção precoce e acompanhamento contínuo, é essencial para prevenir a progressão da doença e o desenvolvimento de perturbações psicóticas primárias (Murrie et al., 2020).

Desta forma, a classificação e o diagnóstico de doenças mentais são pilares fundamentais da prática clínica e da investigação em saúde mental. No sentido de padronizar e facilitar a comunicação entre profissionais, orientar o tratamento e impulsionar o avanço do conhecimento sobre as condições de saúde mental, são utilizados como ferramentas o DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição) e da ICD-11 (International Classification of Diseases, 11ª revisão).

Segundo o DSM-5, elaborado pela American Psychiatric Association (2022), é considerada uma perturbação psicótica induzida por substâncias, se:

- Existir presença de delírios e/ou alucinações.
- Existir evidência que a atividade delirante e/ou alucinatória se desenvolveram durante ou logo após o contacto com a substância em questão ou se o consumo da substância for capaz de produzir sintomatologia psicótica.
- A perturbação não for explicado por uma perturbação psicótica de base, não induzido por consumos de substâncias.
- A perturbação não ocorre exclusivamente durante um delírio.
- A perturbação causa sofrimento significativo ou prejuízo na funcionalidade da pessoa.

Por sua vez, o ICD-11, desenvolvido pela World Health Organization, (2022), defende que a psicose induzida por substâncias, se manifesta por sintomas psicóticos, como delírios, alucinações, desorganização do pensamento e comportamento desorganizado. Estes sintomas surgem concomitantemente ou logo após o consumo ou abstinência de uma substância. O diagnóstico não se aplica quando os sintomas podem ser explicados por uma perturbação mental primária, como a esquizofrenia, por exemplo. Isso é válido caso os sintomas psicóticos tenham precedido o início do uso da substância, persistam por um período prolongado após a suspensão do uso ou abstinência da substância, ou se houver evidências de uma perturbação mental primária pré-existente com sintomatologia psicótica (World Health Organization, 2022).

A psicose caracteriza-se por um conjunto de sintomas cardinais que comprometem a conexão com a realidade (American Psychiatric Association, 2022). Segundo o DSM-5, dos sintomas mais frequentes da psicose, destacam-se os delírios, crenças erróneas e inabaláveis que não cedem diante da evidência contrária; as alucinações, definidas como experiências sensoriais que emergem na ausência de um estímulo externo; o pensamento desorganizado, que é geralmente inferido a partir da fala da pessoa, que pode apresentar descarrilamento ou associações soltas, mudando de um tópico para outro de forma abrupta. As respostas às perguntas podem ser tangenciais, com relações oblíquas ou ausência total de relação com a questão original; o

comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal pode apresentar-se de diversas formas, desde comportamentos infantis até agitação imprevisível. A catatonia, por sua vez, caracteriza-se por uma acentuada redução da reatividade ao ambiente, manifestando-se através de negativismo, manutenção de posturas rígidas, inadequadas ou bizarras, ou ainda, através de uma completa ausência de respostas verbais e motoras (mutismo e estupor); e sintomas negativos, como a expressão emocional diminuída e a avolição (American Psychiatric Association, 2022).

A compreensão da psicose transcende a simples descrição dos sintomas, exigindo a exploração dos seus múltiplos determinantes e interações. Para tal, diversos modelos explicativos têm sido propostos e, embora distintos nas suas ênfases, partilham o objetivo comum de esclarecer a etiologia, os mecanismos neurobiológicos, as dimensões psicológicas e os fatores sociais que contribuem para o desenvolvimento e o curso da doença.

O modelo biomédico da psicose postula que as alterações nos sistemas neurobiológicos subjacentes são a base da manifestação dos sintomas psicóticos. Este modelo, destaca a importância de fatores genéticos, neuroquímicos e neuroanatômicos no desenvolvimento e curso das perturbações psicóticas. Estudos familiares de genética molecular demonstram uma forte herdabilidade, identificando múltiplos genes de suscetibilidade (Pardiñas et al., 2018). A desregulação de neurotransmissores, especialmente a hiperatividade dopaminérgica, tem sido classicamente associada aos sintomas positivos (Howes & Kapur, 2009), embora também se reconheça o envolvimento de outros sistemas, como o glutamatérgico, GABAérgico e serotoninérgico (Figueiredo et al., 2021).

O modelo psicossocial da psicose enfatiza o papel crucial dos fatores ambientais e das experiências de vida na etiologia e no curso das perturbações psicóticas. Este modelo reconhece que a interação complexa entre as vulnerabilidades individuais e os contextos sociais pode aumentar o risco de desenvolver psicose e influenciar a sua manifestação clínica. Eventos de vida traumáticos, especialmente ocorridos na infância, são frequentemente identificados como fatores de risco significativos (Christy et al., 2023; Rosenfield et al., 2022). O isolamento social, a discriminação e o estigma associados à doença mental também são considerados fatores importantes, afetando negativamente a autoestima, a procura de ajuda e o processo de recuperação (Yates & Gatsou, 2021). Desta forma, o modelo psicossocial destaca a necessidade de uma abordagem holística no tratamento e na prevenção da psicose, que considere as múltiplas dimensões da experiência humana.

O modelo biopsicossocial propõe que a psicose é resultado da interação complexa e dinâmica de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este modelo reconhece a multiplicidade de influências, oferecendo uma perspetiva mais abrangente sobre a etiologia, desenvolvimento, manutenção e tratamento da doença (Melo & Freitas, 2023).

Segundo a American Psychiatric Association (2022) e a World Health Organization (2022), as

perturbações psicóticas encontram-se divididas em oito tipos, nomeadamente, a esquizofrenia, a perturbação esquizotípica da personalidade, perturbação delirante, perturbação psicótica breve, perturbação esquizofreniforme, perturbação esquizoafetiva, perturbações psicóticas induzidas por substâncias/medicação e perturbação psicótica devido a outra condição médica.

A esquizofrenia caracteriza-se por sintomas que persistem por, no mínimo, seis meses, com pelo menos um mês de manifestações ativas. A perturbação esquizotípica da personalidade, manifesta-se por um padrão persistente, que se mantém ao longo de vários anos, de comportamentos, aparência e fala considerados excêntricos. A pessoa apresenta distorções na cognição e na perceção, crenças incomuns e, muitas vezes, uma capacidade reduzida em estabelecer e manter relacionamentos interpessoais; A perturbação delirante é definida pela presença de atividade delirante, que geralmente persiste por um mínimo de três meses e, sem a ocorrência de outros sintomas psicóticos; A perturbação psicótica breve distingue-se pelo aparecimento súbito de sintomas psicóticos, sem pródromos. Os sintomas apresentam flutuações rápidas e significativas, alterando-se a sua forma e intensidade em curtos intervalos de tempo, inclusive diariamente ou até mesmo no espaço de um dia. A duração do episódio psicótico é limitada a um máximo de três meses, mas na maioria dos casos, o quadro clínico resolve-se num período mais curto, variando entre poucos dias e um mês; A perturbação esquizofreniforme partilha sintomas com a esquizofrenia, mas a sua duração é inferior a seis meses e não implica uma diminuição da funcionalidade; A perturbação esquizoafetiva é caracterizada pela ocorrência simultânea ou com uma breve diferença temporal, dentro do mesmo episódio da doença, dos critérios diagnósticos tanto para esquizofrenia quanto para um episódio de alteração de humor. Esta perturbação manifesta-se por sintomas proeminentes de esquizofrenia, acompanhados por sintomas típicos de um episódio depressivo moderado ou grave, de um episódio maníaco ou de um episódio misto. A persistência mínima dos sintomas deve ser de um mês; A perturbação psicótica devido a outra condição médica resulta diretamente de uma condição médica subjacente; Por fim, as perturbações psicóticas induzidas por substâncias/medicação são causadas pelo consumo de substâncias, e desaparecem com a interrupção do agente causador (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2022). Os sintomas psicóticos associados ao consumo de substâncias incluem atividade delirante, alucinações, impulsividade, agitação psicomotora, alterações afetivas e negativas, uma sensação generalizada de irreabilidade, bem como dificuldades emocionais e sociais (Kassew et al., 2023). É sabido que os consumidores de substâncias psicoativas apresentam frequentemente sintomas psicóticos, os quais geram dificuldades tanto a nível físico como psicológico, resultando em impactos negativos significativos no seu estado de saúde geral (Kassew et al., 2023).

Regra geral, é esperado que a sintomatologia psicótica cesse após aproximadamente 30 dias de abstinência, no entanto, pessoas com este tipo de condição clínica, têm maior probabilidade de desenvolver uma toxicod dependência grave (Baldaçara et al., 2023).

Um estudo realizado por Fiorentini et al. (2021), revela que a psicose induzida pelo abuso de substâncias é comumente observada na prática clínica e ainda que, a propensão para o desenvolvimento de psicose está intimamente relacionada com a gravidade do consumo e da dependência.

Assim, de acordo com a literatura existente, a ligação entre o consumo de drogas e o aparecimento de sintomas psicóticos encontra-se amplamente comprovada (Fiorentini et al., 2021). Diversos estudos demonstram que substâncias ilícitas como canabinóides, cocaína, anfetaminas e alucinogénios possuem propriedades psicotomiméticas, isto significa que o seu consumo pode desencadear sintomas psicóticos transitórios associados à intoxicação aguda, podendo também evoluir para uma condição semelhante a uma perturbação psicótica primária (Fiorentini et al., 2021).

Alguns estudos realizados, concluíram que, antes de iniciar o tratamento, a pessoa com psicose pode experimentar sintomas psicóticos durante mais de um ano (National Institute of Mental Health, 2023). No entanto, torna-se fundamental reduzir este período, uma vez que, uma intervenção terapêutica precoce está frequentemente associada a uma recuperação mais favorável e eficaz (National Institute of Mental Health, 2023).

No que diz respeito ao tratamento, os fármacos antipsicóticos representam uma abordagem terapêutica inicial e fundamental para controlar os sintomas associados à psicose (Baldaçara, 2021). Os antipsicóticos são divididos em duas categorias principais, distinguidos pelas suas características farmacodinâmicas e pelo perfil de efeitos secundários, os de primeira geração e os de segunda geração (Alonso-Pedrero et al., 2019; Grajales et al., 2019)

Os antipsicóticos típicos ou de primeira geração, como por exemplo o haloperidol e a ciamemazina, possuem uma alta afinidade com os recetores D2 da dopamina e atuam predominantemente bloqueando-os. No entanto, apesar da sua eficácia, estes fármacos podem ter efeitos adversos significativos nas funções cognitivas, afetivas e motoras (Alonso-Pedrero et al., 2019; Solmi et al., 2017).

Os antipsicóticos atípicos ou de segunda geração, como por exemplo a quetiapina, olanzapina, clozapina e risperidona, também atuam no bloqueio dos recetores D2 de dopamina, embora com uma afinidade menor em comparação com os antipsicóticos típicos. Adicionalmente, estes fármacos caracterizam-se pelo bloqueio dos recetores de serotonina 5-HT_{2A}, demonstrando uma elevada afinidade por estes recetores serotoninérgicos, tornando este bloqueio uma ação farmacológica significativa (Alonso-Pedrero et al., 2019; Solmi et al., 2017)

Os efeitos secundários dos antipsicóticos podem afetar o movimento e o metabolismo. As alterações no movimento podem ser classificadas em dois tipos: neurológicas e anticolinérgicas. As neurológicas incluem o síndrome maligno dos neurolépticos, efeitos parkinsonícos, acatisia, discinesia tardia, convulsões e distonias agudas (Cordeiro et al., 2023). As alterações

anticolinérgicas podem ser periféricas, por exemplo, visão turva, xerostomia, obstipação ou retenção urinária, ou centrais, como confusão mental e agitação (Cordeiro et al., 2023).

Os antipsicóticos típicos, estão frequentemente associados a efeitos extrapiramidais, o que não acontece com tanta frequência com os antipsicóticos atípicos que, estão maioritariamente associados a efeitos secundários metabólicos, como o risco de síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus tipo II (Baldaçara, 2021; Chokhawala & Stevens, 2023).

No entanto, segundo o National Institute of Mental Health (2023), o tratamento da psicose vai mais além da administração de medicação antipsicótica.

No que respeita ao tratamento, os antipsicóticos podem ser utilizados até à estabilização da pessoa, no entanto, ao tratamento farmacológico, devem ser associadas estratégias não farmacológicas importantes na prevenção de recaídas, que se revelam cruciais na gestão a longo prazo (Baldaçara et al., 2023). Associado à terapêutica farmacológica, devem ser utilizadas também abordagens psicossociais, com o objetivo minimizar recaídas e consequente necessidade de internamento, ressaltando a importância de intervenções precoces para prevenir a evolução para uma psicose crónica (Cohen-Laroque et al., 2024).

A investigação tem demonstrado os benefícios dos cuidados especializados e de uma abordagem multidisciplinar. Esta abordagem promove a articulação entre a equipa multidisciplinar, a pessoa e a família, facilitando o processo de recuperação. Quanto mais precoce for a intervenção e o tratamento, melhores serão os resultados (National Institute of Mental Health, 2023).

A intervenção multidisciplinar engloba várias componentes, desde a psicoterapia individual ou em grupo, a terapia cognitivo-comportamental, programas de apoio e psicoeducação à pessoa e família que promovam o conhecimento sobre psicofarmacologia e gestão da doença, entre outras (Coentre et al., 2010, 2011; National Institute of Mental Health, 2023).

A recuperação da psicose é um objetivo alcançável. Através de um diagnóstico precoce e de tratamento adequado, em alguns casos, mesmo que exista reincidência ocasional de sintomas psicóticos, é possível manter uma vida satisfatória e funcional ou, por outro lado, pode mesmo resultar na ausência de novos episódios psicóticos (National Institute of Mental Health, 2023).

Da avaliação inicial de enfermagem, com recurso à entrevista estruturada, foi confirmada a hipótese diagnóstica "Abuso de drogas" em pessoa já sem atividade delirante e que se encontrava em fase contemplativa. Para a atividade diagnóstica foram utilizados os instrumentos de avaliação *Montreal Cognitive Assessment*, o *Nursing Outcomes Classification* para o Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas e o *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*.

Numa fase inicial, foi importante avaliar a cognição da pessoa através da escala *Montreal*

Cognitive Assessment (MoCA). Este instrumento avalia um maior número de funções cognitivas e apresenta itens mais complexos, quando comparado ao Mini Exame do Estado Mental, demonstrando assim maior sensibilidade em detetar défices cognitivos ligeiros, o que o torna mais adequado para a avaliação cognitiva em pessoas com um nível de escolaridade mais elevado (Freitas et al., 2010).

Com o objetivo de avaliar a motivação para a mudança de comportamento, foi aplicada a escala *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES), tendo como finalidade a implementação de uma Entrevista Motivacional (EM). No estudo de caso em questão, foi utilizada a escala SOCRATES 8D, que avalia a motivação para o tratamento em casos de abuso de drogas (Janeiro et al., 2016; Janeiro & Faísca, 2015). Este instrumento de avaliação foi aplicado inicialmente e numa fase final com o propósito de avaliar os resultados obtidos.

Por forma a avaliar e monitorizar os comportamentos relacionados com a interrupção e manutenção da abstinência do uso de drogas, foi aplicado o resultado NOC - Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas, definido como as ações pessoais que a pessoa adota para eliminar o uso de drogas que representam uma ameaça à saúde (Moorhead et al., 2016). Esta ferramenta permite avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem, monitoriza os progressos e identifica áreas de dificuldade.

A conceção de cuidados passou pelo planeamento e implementação da técnica de EM tendo por base o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem de Sampaio et al. (2018). Durante a entrevista, a abordagem de aconselhamento foi centrada na pessoa, não diretiva e sem julgamento, com vista a estimular a mudança do comportamento, evocando as suas motivações e ajudando-o a explorar e a resolver possíveis ambivalências. A seleção das estratégias para a mudança foram relevantes para o estadió de mudança em que a pessoa se encontrava.

Ao falarmos em estádios de mudança, importa dar relevância ao Modelo Transteórico da Mudança (MTT). Este modelo é uma ferramenta fundamental para entender a abordagem motivacional, na medida em que descreve o processo de mudança como um ciclo dinâmico, composto por estádios distintos pelos quais a pessoa progride (Prochaska et al., 1992; Prochaska & Velicer, 1997). O foco deste modelo reside na ideia de que a mudança ocorre de forma gradual e sequencial, sendo essencial que as intervenções sejam personalizadas e adaptadas a cada fase do processo de mudança em que a pessoa se encontra. O MTT da mudança encontra-se dividido em cinco estádios, nomeadamente, pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção (Prochaska et al., 1992; Prochaska & Velicer, 1997).

Na pré-contemplanção, não existe consciência do problema e a pessoa não considera a possibilidade de mudança. O comportamento problemático é racionalizado de uma forma

específica e existe uma desvalorização das consequências negativas do próprio comportamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

O segundo estágio é a fase de contemplação. Esta fase é marcada pela consciencialização e reconhecimento do comportamento problemático e existe consideração pela mudança. A pessoa está mais aberta a experiências emocionais e existe ambivalência (Raihan & Cogburn, 2023; Sequeira & Sampaio, 2020).

O próximo estágio é a fase de preparação. Neste ponto do processo de mudança, a pessoa reconhece o comportamento problemático e compromete-se a corrigi-lo. Existe um reconhecimento de que os prós do comportamento de mudança superam os contras (Raihan & Cogburn, 2023). Há uma janela de oportunidades para a mudança durante um determinado período. Se o processo de mudança prosseguir, a pessoa entra no próximo estágio de mudança, caso contrário regressa à fase de contemplação (Sequeira & Sampaio, 2020).

No estágio de ação, a pessoa tem a intenção de mudar e acredita que tem autonomia para mudar a sua vida (Sequeira & Sampaio, 2020). É nesta fase que a mudança acontece.

O quinto estágio do processo de mudança é a manutenção. Esta é a fase onde ocorre a consolidação da mudança e, consequentemente, a pessoa desenvolve estratégias para evitar a recaída (Sequeira & Sampaio, 2020).

Assim, importa também salientar que, antes de se solidificarem os novos padrões, são comuns avanços e retrocessos no ciclo de mudança, o que faz com que a recaída esteja inerente a todo o processo de mudança (Sequeira & Sampaio, 2020).

A Técnica de Entrevista Motivacional, enquanto intervenção estruturada, tem indicações clínicas para condições tais como, adesão à terapêutica em pessoas com depressão, desesperança em pessoas com depressão em risco de suicídio, e pode contribuir para a redução do uso de substâncias em pessoas com comportamentos aditivos e dependências em concomitância com perturbação psicótica (Bahar, 2023; Tanriverdi & Bahar, 2023).

Esta é uma intervenção estruturada, que corresponde a um estilo de aconselhamento centrado na pessoa e planeada para fortalecer a motivação pessoal e o comprometimento com um objetivo específico, visando a compreensão da perspetiva da pessoa e a minimização da resistência para a mudança, com recurso a intervenções como escuta ativa, aconselhamento, comunicação empática, respeitosa, simples e clara (Sampaio et al., 2023). É uma técnica informada em evidência e adequada para pessoas em fase de pré-contemplação e contemplação (Sampaio et al., 2023).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 40 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-16 09:00:00	Olanzapina 10mg	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A preparação e administração de medicação prescrita, assim como a posterior vigilância dos seus efeitos secundários e, atuação em caso de emergência, constituem uma intervenção de enfermagem interdependente (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Este procedimento exige que o enfermeiro, no exercício da sua autonomia, implemente as medidas preventivas mais eficazes, com o objetivo de otimizar a prática e garantir a segurança da pessoa (Teixeira et al., 2024).

No estudo de caso em questão, a pessoa possui uma prescrição médica de olanzapina 10mg, por via oral, às 19h. A revisão sistemática e meta-análise de Krause et al. (2019) sugere que a olanzapina demonstra eficácia na redução dos sintomas psicóticos em pessoas com psicose induzida por substâncias. Adicionalmente, o perfil de tolerabilidade da olanzapina é habitualmente favorável, o que indica que esta pode representar uma opção terapêutica viável e com potencial de segurança para o tratamento desta condição psicopatológica (Krause et al., 2019).

A administração de medicação, ainda que nas doses terapêuticas habituais, pode desencadear respostas indesejadas e não intencionais, comumente designadas por efeitos secundários (Cuomo et al., 2021). Assim, decorrente da administração deste fármaco, podem ocorrer como efeitos secundários mais frequentes: sedação, tonturas, hipotensão, taquicardia, obstipação, agranulocitose, leucopenia (Vallerand et al., 2016).

Neste seguimento, decorrem algumas implicações para a prática de enfermagem, nomeadamente:

- Monitorizar estado mental.

- Vigiar toma de medicação.
- Monitorizar sinais vitais.
- Promover adesão ao regime terapêutico.
- Monitorizar ocorrência de acatisia e efeitos laterais extrapiramidais.
- Vigiar presença de efeitos secundários.

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
16-10-2024 09:00	Comportamento aditivo	

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

AÇÃO - Problema Comportamental

Comportamento Aditivo

Na lógica concetual da ontologia, a pessoa apresenta o diagnóstico de “Abuso de drogas”.

Neste sentido, tornou-se evidente a importância de trabalhar a motivação da pessoa para promover a mudança de comportamento.

Numa fase inicial, foi importante avaliar a cognição da pessoa através da escala *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Este instrumento avalia um maior número de funções cognitivas e apresenta itens mais complexos, quando comparado ao Mini Exame do Estado Mental, demonstrando assim maior sensibilidade em detetar défices cognitivos ligeiros, o que o torna mais adequado para a avaliação cognitiva em pessoas com um nível de escolaridade mais elevado (Freitas et al., 2010).

Com o objetivo de avaliar a motivação, foi aplicada a escala *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES), tendo como finalidade a implementação de uma entrevista motivacional. No estudo de caso em questão, foi utilizada a escala SOCRATES 8D, que avalia a motivação para o tratamento em casos de abuso de drogas (Janeiro et al., 2016; Janeiro & Faísca, 2015). Este instrumento de avaliação foi aplicado inicialmente e numa fase final com o propósito de avaliar os resultados obtidos.

Originalmente desenvolvida por William Miller, em 1987, a escala de SOCRATES foi inicialmente projetada para avaliar o estágio em que se encontravam pessoas em tratamento com dependência alcoólica (Janeiro & Faísca, 2015). Posteriormente, Miller & Tonigan (1996),

verificaram após vários estudos, que a escala SOCRATES calculava a motivação para a mudança com recurso a três fatores distintos: ação, reconhecimento do problema e ambivalência. Por outro lado, em 2019, surge uma outra interpretação, que relaciona os fatores da SOCRATES com o modelo transteórico (Janeiro & Faísca, 2015). Essa abordagem permite classificar, com base nos resultados obtidos, cada pessoa num estágio específico de mudança (Janeiro & Faísca, 2015).

Por forma a avaliar e monitorizar os comportamentos relacionados com a interrupção e manutenção da abstinência do uso de drogas, foi aplicado o resultado NOC - Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas, definido como as ações pessoais que a pessoa adota para eliminar o uso de drogas que representam uma ameaça à saúde (Moorhead et al., 2016). Esta ferramenta permite avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem, monitoriza os progressos e identifica áreas de dificuldade.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, verificou-se que a pessoa se encontrava em fase de contemplação, estando consciencializado acerca do seu problema, no entanto, referia necessitar de ajuda para o ultrapassar.

Neste sentido, optou-se pela implementação de uma intervenção psicoterapêutica de EM. Este tipo de intervenção é caracterizada por se basear num diálogo construtivo centrado na mudança de comportamento, que visa a compreensão da perspetiva da pessoa e a minimização da resistência para a mudança, recorrendo a ferramentas essenciais como a escuta ativa e a empatia (Sequeira & Sampaio, 2020). O objetivo principal consistiu em melhorar o quadro de ambivalência em que a pessoa se encontrava e a promover a cessação dos consumos de substâncias com o menor impacto possível para a sua saúde e bem-estar mental.

3.5. Conceção de Cuidados

Comportamento aditivo

16-10-2024 09:00

16-10-2024 09:00 - Uso de tabaco: uso regular sem disfuncionalidade.

16-10-2024 09:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

16-10-2024 09:00 - Resultado escala de SOCRATES 8D: Fase de Contemplação (Anexo I).

16-10-2024 09:00 - Indicador NOC "Comportamento de Cessação do abuso de drogas"

(1630) (Anexo III): - Indicador NOC "Expressa desejo de parar o uso de drogas" (163001): 4.

- Indicador NOC "Expressa crença na capacidade de parar o uso de drogas" (163002): 3. -

Indicador NOC "Identifica benefícios em eliminar o uso de drogas prejudiciais" (163003): 3. -

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

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

(163006): 3. - Indicador NOC "Utiliza terapia alternativa" (163018): 3. - Indicador NOC

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

16-10-2024 09:00 - Resultado MoCA: 30 pontos - sem défice cognitivo (Anexo V).

16-10-2024 09:00 - Iniciou consumos de haxixe aos 15 anos, heroína fumada aos 17 anos e cocaína aos 26 anos.

16-10-2024 09:00 - O cliente manteve consumos diários até aos 36 anos, altura da sua detenção.

16-10-2024 09:00 - O cliente encontra-se internado em contexto de perturbação delirante, em contexto de consumo de substâncias.

16-10-2024 09:00 - O cliente reconhece que atualmente não tem consumos por se encontrar internado e não ter acesso a drogas.

16-10-2024 09:00 - Demonstra desejo de cessar consumos.

16-10-2024 09:00 - Primeiro internamento aos 17 anos para desabituação de heroína.

16-10-2024 09:00 - Abuso de drogas

16-10-2024 09:00 - Determinar evolução do abuso de drogas

16-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do abuso de drogas

13-11-2024 09:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas [MANTEVE].

16-10-2024 09:00 - Promover mudança comportamental face ao abuso de drogas

16-10-2024 09:00 - Aumentar motivação para a mudança.

13-11-2024 09:00 - Escala de SOCRATES 8D: Fase de Ação [MELHOROU].

16-10-2024 09:00 - Avaliar motivação para a mudança.

16-10-2024 09:00 - Planear técnica de entrevista motivacional.

16-10-2024 09:00 - Executar escuta ativa.

16-10-2024 09:00 - Gerir a comunicação.

16-10-2024 09:00 - Gerir ambiente.

16-10-2024 09:00 - Executar técnica de entrevista motivacional.

3.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do abuso de drogas

- Indicador NOC "Comportamento de Cessação do abuso de drogas" (1630) (Anexo IV): - Indicador NOC "Expressa desejo de parar o uso de drogas" (163001): 5. - Indicador NOC "Expressa crença na capacidade de parar o uso de drogas" (163002): 4. - Indicador NOC "Identifica benefícios em eliminar o uso de drogas prejudiciais" (163003): 4. - Indicador NOC "Identifica consequências negativas do uso de drogas" (163004): 5. - Indicador NOC "Identifica barreiras para a eliminação do uso prejudicial de drogas" (163006): 4. - Indicador NOC "Utiliza terapia alternativa" (163018): 4. - Indicador NOC "Identifica estado emocional que afeta o uso de droga" (163019): 5.

Executar escuta ativa.

- Estabelecer o propósito da interação (Bulechek et al., 2016).
- Demonstrar interesse pela pessoa (Bulechek et al., 2016).

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

Gerir a comunicação.

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

Gerir ambiente.

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

Executar técnica de entrevista motivacional.

- Determinar a motivação da pessoa para mudar (Bulechek et al., 2016).
- Estabelecer objetivos comportamentais de forma escrita (Bulechek et al., 2016).
- Dar reforços positivos para os comportamentos desejados em ocasiões predeterminadas (Bulechek et al., 2016).
- Facilitar o envolvimento de outras entidades de saúde no processo de modificação (Bulechek et al., 2016).
- Analisar o processo de modificação do comportamento com a pessoa (Bulechek et al., 2016).
- Identificar o comportamento a ser alterado (Bulechek et al., 2016).
- Incentivar a pessoa a identificar pontos fortes e reforçá-los (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a pessoa a identificar os pequenos sucessos (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a pessoa a analisar o seu próprio comportamento (Bulechek et al., 2016).
- Reforçar positivamente as decisões da pessoa tomadas de forma independente (Bulechek et al., 2016).
- Reforçar decisões construtivas sobre necessidades de saúde (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis (Bulechek et al., 2016).
- Documentar e comunicar o processo de modificação à equipa multidisciplinar (Bulechek et al., 2016).

Avaliar motivação para a mudança.

- Resultado escala de SOCRATES 8D: Fase de Ação (Anexo II).

3.7. Síntese relativa ao caso

Na concetualização de cuidados deste estudo de caso, foi implementada a técnica de Entrevista Motivacional a pessoa de 40 anos, com diagnóstico de "Abuso de Drogas".

Da avaliação inicial de enfermagem, com recurso à entrevista estruturada, foi confirmada a hipótese diagnóstica "Abuso de drogas" em pessoa já sem atividade delirante e que se encontrava em fase contemplativa. Para a atividade diagnóstica foram utilizados os instrumentos de avaliação *Montreal Cognitive Assessment*, o *Nursing Outcomes Classification para o Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas* e o *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*, que indicou que a pessoa se encontrava na fase de contemplação da mudança. Nesta fase, a pessoa reconhece o problema e considera a possibilidade de mudar, mas ainda apresenta ambivalência e incertezas.

A implementação da EM *per se* não induz a alteração comportamental. A sua eficácia consiste essencialmente, no aumento da motivação intrínseca da pessoa, precursora da modificação de comportamento. Assim, a identificação do objetivo "Promover mudança comportamental face ao abuso de drogas", reflete uma abordagem abrangente e progressiva no tratamento do abuso de substâncias. Embora o aumento da motivação seja crucial para iniciar o processo de mudança, este, por si só, não garante a alteração comportamental.

Desta forma, este objetivo, atua em complementaridade com o objetivo "Aumentar motivação para a mudança", garantindo que a abordagem terapêutica não se limita à motivação inicial, mas que também aborda a implementação de estratégias para a eficácia da mudança comportamental.

Neste caso em concreto, as principais áreas de atuação da autora centraram-se no estabelecimento de uma relação terapêutica, na exploração da ambivalência, no aumento da motivação e no desenvolvimento de um plano de mudança.

Assim, a intervenção foi iniciada pelo estabelecimento de um ambiente de confiança, respeito e colaboração, recorrendo à escuta ativa, à empatia e à aceitação como ferramentas centrais para o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, fundamental para o sucesso da intervenção. Seguiu-se a exploração da ambivalência, através da colocação de questões abertas, da promoção da reflexão e do incentivo à expressão dos sentimentos e preocupações. Como ferramenta para promover a resolução da ambivalência e aumentar a motivação da pessoa, foi utilizada a balança decisional, confrontando-o com os aspetos positivos e negativos do consumo e da mudança. Na fase final da intervenção, em colaboração com a pessoa, foi elaborado um plano de mudança, que se centrou na definição de metas a atingir e na prevenção da recaída.

Como resultado da intervenção implementada, verificou-se um aumento da motivação da pessoa, que se refletiu na alteração do resultado da escala de SOCRATES 8D, no aumento da confiança na sua capacidade para mudar e para lidar com as dificuldades que encontraria no exterior e na clareza dos objetivos definidos para o futuro.

Desta forma, concluiu-se que a implementação da EM pelo EEESMP, numa pessoa em fase de contemplação, demonstrou eficácia na promoção da motivação para a mudança, na clarificação de objetivos e no aumento da confiança.

4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS A PESSOA COM ALTERAÇÃO AO NÍVEL DAS EMOÇÕES

Pessoa do sexo masculino, com 85 anos, cuidador da esposa com doença de Alzheimer há cerca de dois anos. Vive sozinho com a esposa tendo vindo a manifestar sinais de sobrecarga nos últimos meses. Tem como antecedentes pessoais: anemia, hipertensão arterial, dislipidemia e carcinoma basocelular do dorso nariz; e médico-cirúrgicos: cirurgia cataratas e hernioplastia inguinal bilateral. Encontra-se polimedicado, no entanto, é autónomo na gestão deste regime. Os contactos foram efetuados dia 17/12/2024 e 28/01/2025.

4.1. Enquadramento teórico

No presente caso clínico, a pessoa em questão, tem uma filha e dois filhos com quem mantém contacto regular. Estudou até ao 4.º ano e trabalhou em vários ofícios, desde pintor de automóveis a bombeiro, tendo sido esta a sua última profissão exercida. Atualmente encontra-se reformado e é cuidador da esposa, tendo vindo a manifestar sinais de sobrecarga nos últimos meses. Por este motivo foi referenciado para integrar o projeto de apoio e capacitação ao cuidador informal da UCC.

A saúde de cada um é um resultado complexo, que vai além de fatores biológicos. É moldada por um conjunto de elementos, conhecidos como determinantes da saúde, que englobam aspetos biológicos, sociais, económicos e ambientais. Estes fatores, que influenciam o bem-estar e a saúde, impactam na qualidade de vida da pessoa e determinam o acesso aos serviços (Direção Geral da Saúde, 2024).

No caso clínico apresentado, a idade avançada e o papel de cuidador, em conjunto com o seu baixo nível de escolaridade e histórico profissional, refletem aspetos biológicos, sociais e económicos que moldam a sua experiência (Direção Geral da Saúde, 2024). A autonomia na gestão do regime terapêutico, aliada à ausência de historial psiquiátrico prévio e cognição preservada, são fatores positivos. Contudo, a presença de ansiedade e as restrições nas atividades sociais e familiares, decorrentes dos cuidados à esposa, evidenciam o impacto dos determinantes sociais e emocionais na sua qualidade de vida e bem-estar. A capacidade de reconhecer a situação em que se encontra, de ter expectativas positivas e de identificar a necessidade de apoio demonstram resiliência, que, aliada à sua projeção num futuro com melhores condições para cuidar da esposa, aponta para a importância de intervenções que

considerem a complexidade da sua situação, facilitando a recuperação e o bem-estar.

O envelhecimento da população é uma realidade que se observa em escala global (United Nations, 2023) que se define como um processo complexo de degradação progressiva e diferencial a vários níveis, desde o biológico, o psicológico e social, cuja velocidade e gravidade variam de pessoa para pessoa, sendo cada envelhecer único (Sequeira & Sampaio, 2020). Do ponto de vista de transformação psicológica, ocorrem uma série de alterações cognitivas, emocionais, da personalidade, do autocontrolo e do autoconceito (Sequeira & Sampaio, 2020).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2024), em Portugal, o índice de envelhecimento é de 188,1 idosos por 100 jovens, o que coloca Portugal em segundo lugar no ranking dos países mais envelhecidos da União Europeia. Já no que diz respeito ao índice de dependência de idosos, Portugal ascende ao primeiro lugar do ranking, com 38,2 idosos por 100 pessoas dos 15 aos 64 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2024).

Tendo em conta esta realidade, a prestação de cuidados a idosos dependentes por parte de familiares tornou-se o principal recurso de cuidados, tornando-se numa prática comum devido ao envelhecimento das populações. Tal situação pode impactar negativamente a saúde e o bem-estar dos cuidadores. O familiar que assume esta responsabilidade enfrenta um desafio significativo, no qual o stress pode surgir em função de situações que o cuidador perceba como opressivas e ameaçadoras ao seu bem-estar e qualidade de vida (Folkman, 2013).

Cuidadores em contexto de prestação de cuidados intensiva, como no caso de familiares com demência, podem apresentar elevados níveis de sofrimento emocional e um risco aumentado de adoecer (Zarit & Savla, 2016). O stress relacionado com a doença e a experiência pessoal do cuidar, pode impactar negativamente o cuidador em várias dimensões da sua vida, manifestando-se através de repercussões em processos fisiológicos essenciais, bem como na saúde e no bem-estar dos cuidadores (Zarit & Savla, 2016).

A responsabilidade de cuidar de uma pessoa dependente pode comprometer tanto a saúde física quanto a mental do cuidador. Contudo, a resposta dos cuidadores pode variar positiva ou negativamente, dependendo de diversos fatores, incluindo as estratégias que utilizam (Mateus & Fernandes, 2019).

Alguns estudos realizados sobre o *burnout* familiar demonstram um risco significativo de *burnout* associado à prestação de cuidados informais, uma vez que, os cuidadores informais apresentam níveis mais elevados de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, em comparação com aqueles que não desempenham esse papel (Gérain & Zech, 2021).

Um estudo realizado por Lu e Wykle (2007), com o objetivo de explorar a relação entre o stress dos cuidadores, a capacidade funcional destes e o número de respostas comportamentais de autocuidado face a sintomas físicos e psicológicos em cuidadores de pessoas com demência,

revelou que os cuidadores que relataram níveis mais elevados de stress apresentavam uma pior autoavaliação do seu estado de saúde, pior estado da função física, mais sintomatologia e níveis elevados de humor deprimido e mais comportamentos de autocuidado. Observou-se ainda que, o stress dos cuidadores estava indiretamente associado aos comportamentos de autocuidado em resposta aos sintomas, mediado pela capacidade funcional, o que reforça a importância de implementar intervenções precoces com o objetivo de melhorar a capacidade funcional e os comportamentos de autocuidado dos cuidadores em resposta aos seus sintomas (Lu & Wykle, 2007).

Para além do exercício do seu papel de cuidar, os cuidadores enfrentam uma sobrecarga de tempo que limita a sua capacidade de se envolverem adequadamente em práticas de autocuidado essenciais para a saúde física e psicológica (Sabo & Chin, 2021). Muitos cuidadores são eles próprios portadores de patologias crónicas que requerem acompanhamento por profissionais de saúde e gestão de medicação, contudo, mesmo reconhecendo a importância e o valor do autocuidado pessoal, tendem a priorizar as necessidades da pessoa cuidada, deixando as suas próprias necessidades em segundo plano (Sabo & Chin, 2021).

Em Portugal, um estudo de Barbosa et al. (2020), que analisa o impacto da prestação informal de cuidados de saúde com maior ênfase nos impactos na saúde física e mental dos cuidadores informais, concluiu que, elementos como o esforço físico, a sobrecarga emocional e a falta de apoio formal são apontados como fatores que intensificam problemas de saúde, incluindo stress, depressão e cansaço. Também neste estudo é sublinhada a importância de políticas públicas voltadas para o apoio aos cuidadores informais, disponibilizando recursos e estratégias para mitigar os efeitos negativos associados a essa responsabilidade, sendo também notória a urgência de melhorar o suporte social e o acesso aos serviços de saúde para esses cuidadores (Barbosa et al., 2020).

Um estudo realizado por Silva et al. (2021) que analisa a ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador de pessoa dependente, demonstrou que níveis mais elevados de sobrecarga se correlacionaram com níveis mais significativos de ansiedade, enquanto níveis reduzidos de sobrecarga foram associados a menores níveis de ansiedade. No entanto, o grau de sobrecarga, em associação com outros elementos, demonstra ser um preditor dos níveis de ansiedade nos cuidadores, salientando a relevância da redução da sobrecarga, em conjunto com outras variáveis, para a preservação da saúde mental destes familiares (Karabekiroğlu et al., 2018).

Assumir o papel de cuidador informal provoca mudanças significativas, sobrecarga e stress, que afetam o quotidiano do cuidador, podendo este desenvolver sentimentos de angústia devido à carga física e emocional (Mateus & Fernandes, 2019). No entanto, nem todos os cuidadores experimentam insatisfação com o ato de cuidar, o que pode ser explicado pela adoção de diferentes estratégias individuais para lidar com situações desgastantes (Mateus & Fernandes,

2019).

Neste sentido, surge a importância do conceito de resiliência. Pessoas resilientes possuem características fundamentais, como autoestima positiva, habilidades de interação humana, disciplina, responsabilidade, receptividade, interesse e tolerância ao sofrimento (Angst, 2017). De forma a aliviar a sobrecarga física e emocional, torna-se importante que o cuidador desenvolva atitudes positivas, que o ajudem a lidar com os fatores adversos que afetam a sua saúde no processo de cuidar (Mateus & Fernandes, 2019).

A capacidade de resiliência de uma pessoa está intimamente ligada com o conceito de *coping*. Segundo o ICNP (2019), o *coping* é definido como uma atitude que promove a gestão do stress e uma consequente sensação de controlo e de maior conforto psicológico.

A investigação sublinha a necessidade de oferecer apoio emocional aos cuidadores e de promover o desenvolvimento de estratégias eficazes de *coping*. O objetivo é facilitar a adaptação ao novo papel, capacitando-os para a resolução de problemas (Melo, 2020). A adoção de estratégias de *coping* eficazes ao longo do tempo, pode fortalecer a resiliência e reduzir os impactos negativos associados ao papel de cuidador (Wilks et al., 2011)

A sobrecarga física, emocional e psicológica é apontada como a principal dificuldade enfrentada pelos cuidadores no desempenho das suas funções. Dado o caráter complexo do cuidado, é essencial refletir e intervir em vários aspetos relacionados com o apoio aos cuidadores. A intervenção deve focar-se na redução do stress e da sobrecarga emocional, promovendo a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores (Mateus & Fernandes, 2019). Os mesmos autores, enfatizam também que é responsabilidade do Estado reconhecer os desafios enfrentados pelos cuidadores informais e implementar políticas públicas que reforcem as redes de apoio social, direcionadas à prestação de cuidados no domicílio.

No sentido de diminuir a sobrecarga e potenciar o autocuidado do cuidador, as intervenções focadas no desenvolvimento de competências que capacitam os cuidadores a gerir o stress têm mostrado grande potencial para reduzir o stress subjetivo e promover o bem-estar (Zarit & Savla, 2016).

A evidência mostra que o apoio comunitário aos cuidadores de pessoas com demência é um fator valorizado pelos familiares prestadores de cuidados (Bunn et al., 2016).

Da mesma forma que intervir nos sintomas psicológicos é fundamental para reduzir a sobrecarga do cuidador, estudos demonstram que as intervenções psicossociais melhoram a saúde emocional e reduzem a sobrecarga, as dificuldades e as frustrações dos cuidadores (Silva et al., 2018). Uma das estratégias promotoras do sucesso da intervenção é o facto de esta ser realizada presencialmente, uma vez que fortalece o vínculo entre o profissional e os familiares cuidadores (Silva et al., 2018).

De forma geral, as intervenções contribuem para a diminuição da depressão e da sobrecarga dos cuidadores, e promovem melhorias na qualidade de vida, nos afetos positivos, na prática de atividade física e no desenvolvimento da autoeficácia (Oliveira et al., 2019).

Em termos de implicações para a prática clínica de enfermagem, a corroboração da associação entre a ansiedade do cuidador e o impacto na pessoa dependente sublinha a necessidade de o enfermeiro se manter alerta aos cuidadores com maior risco de desenvolver ansiedade. Desta forma, a intervenção precoce, que visa a prevenção da doença e a promoção da saúde mental dos cuidadores, é crucial. Isto pode ser alcançado através da promoção de estratégias de *coping*, do desenvolvimento da capacidade de gestão emocional e da identificação e fortalecimento de fatores de proteção e resiliência, cuidando, assim, também do cuidador (Silva et al., 2021).

Da avaliação inicial de enfermagem, com recurso à entrevista estruturada, foi confirmada a hipótese diagnóstica “Ansiedade”. Para a atividade diagnóstica foram utilizados os instrumentos de avaliação *Nursing Outcomes Classification* para a Cognição e Equilíbrio do humor, Nível de Ansiedade e Autocontrole de Ansiedade, escala de *Zarit* validada para a população portuguesa para aferir o nível de sobrecarga do cuidador, a escala de ansiedade de *Hamilton* e a escala de autoestima de *Rosenberg*.

Numa fase inicial, procedeu-se à avaliação da cognição da pessoa, utilizando o resultado NOC - Cognição, dado que a presença de défice cognitivo constitui um critério de exclusão para a intervenção (Coelho et al., 2020b). Este resultado NOC permitiu avaliar indicadores como a comunicação, a capacidade de atenção, a memória, o processamento de informações, a orientação e a capacidade de resolução de problemas (Moorhead et al., 2016).

Os resultados da avaliação, obtidos através da aplicação dos instrumentos, revelaram a presença de ansiedade e um elevado grau de sobrecarga. Contudo, evidenciou-se uma consciência clara da problemática, com a pessoa a manifestar a necessidade de apoio para lidar com a situação.

A conceção de cuidados passou pelo planeamento e implementação da intervenções psicoterapêuticas de Relação de Ajuda Profissional (RAP) e Técnica de Relaxamento, tendo por base o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem, desenvolvido por Sampaio, Sequeira e Lluch Canut (2018).

Segundo Chalifour (2008), na prática de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, a relação é fundamental para a prestação de cuidados, uma vez que, a recuperação do bem-estar da pessoa que vivencia o sofrimento mental depende de interações interpessoais significativas.

O conceito de relação pode ser entendido sob diversas perspetivas. Pode referir-se à simples interação entre pessoas; pode ser considerada uma relação terapêutica, caracterizada pela interação profissional entre o profissional de saúde e a pessoa, visando satisfazer as

necessidades deste último, com base no conhecimento e nas competências do profissional e, estando subjacente a qualquer intervenção de enfermagem; ou, ainda, pode ser entendida como uma relação de ajuda, a qual pode assumir um caráter profissional ou informal (Coelho et al., 2020b).

A comunicação assume um papel primordial na interação entre o profissional de saúde e a pessoa alvo dos seus cuidados, uma vez que, estabelece o contexto no qual a relação se desenvolve e, por si só, pode constituir uma ação terapêutica, ou complementar a ação terapêutica de outra intervenção (Sequeira & Sampaio, 2020). É através da comunicação que o profissional de saúde acede à história, ao contexto e às necessidades do outro (Sequeira & Sampaio, 2020).

Assim sendo, surge o conceito de comunicação terapêutica. Esta caracteriza-se pelo estabelecimento de uma relação de confiança e por uma interação comunicativa intencional, com o objetivo de auxiliar a pessoa a lidar com as suas dificuldades (Sequeira & Sampaio, 2020). Este método de comunicação, através do qual o enfermeiro responde às necessidades da pessoa, constitui um processo consciente e intencional. A sua utilização visa a recolha de informações relevantes sobre a pessoa, considerando-a de forma holística, bem como a utilização de abordagens verbais e não verbais que promovam o bem-estar, melhorem a compreensão dos cuidados e possibilitem o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz (Sequeira & Sampaio, 2020).

Conforme postulado por Peplau (1990), as relações interpessoais desempenham um papel crucial no processo de cuidar, possibilitando o crescimento e desenvolvimento mútuo entre pessoas e enfermeiros. Segundo a mesma autora, esta relação é concebida como um processo terapêutico que evolui ao longo de quatro fases:

- Orientação: ocorre a identificação do problema, a exploração das necessidades da pessoa e o estabelecimento de uma relação de confiança.
- Identificação: a pessoa desenvolve sentimentos de confiança e começa a expressar as suas necessidades.
- Exploração: a pessoa explora e aprofunda as suas emoções e experiências, desenvolvendo habilidades para lidar com os seus problemas.
- Resolução: a pessoa alcança a resolução dos seus problemas e a independência.

Em suma, a teoria de Peplau (1990), fundamenta a RAP, dado que, ao adotar os seus princípios, o enfermeiro estabelece um ambiente terapêutico, fomenta a comunicação efetiva, facilita a expressão de sentimentos e experiências e conduz a pessoa em direção à recuperação e ao bem-estar.

Neste seguimento, Chalifour (2008), postula que a implementação da relação de ajuda, enquanto intervenção, se divide em três fases distintas:

- Orientação: marca o primeiro contato do profissional com a pessoa e visa estabelecer a

relação terapêutica, definir os papéis e clarificar as necessidades da pessoa com o objetivo de, posteriormente, serem identificados os diagnósticos de enfermagem.

- Trabalho: dar-se-ão resposta às necessidades da pessoa.
- Conclusão: envolve uma avaliação da intervenção, com o intuito de verificar a consecução dos objetivos definidos inicialmente.

Segundo Phaneuf (2005), a RAP estrutura-se numa lógica da emoção, alicerçada num paradigma humanista. Assim, a mesma autora refere que a relação de ajuda pode ser aplicada por um enfermeiro no decurso de sessões estruturadas, com a finalidade de explorar emoções, diminuição da ansiedade e aceitação de um problema.

Desta forma, RAP é caracterizada por uma abordagem não diretiva e centrada na pessoa, visando a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento pessoal, onde a pessoa possa expressar-se de forma autêntica, sentindo-se compreendida e aceite. Como intervenção de enfermagem, a RAP exige um planeamento, uma estrutura definida e objetivos claros (Coelho et al., 2020a).

Assim sendo, para que a RAP seja aplicada corretamente, o problema da pessoa deve ser de cariz relacional e/ou emocional, a pessoa deve estar motivada na resolução do problema e deve reconhecer no enfermeiro a capacidade de o poder ajudar na resolução do mesmo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Posto isto, focos de atenção como “auto-estima, luto, ansiedade, stress, auto-imagem, sofrimento, crise, coping, humor depressivo, burnout, autocontrolo, aceitação e/ou solidão podem originar diagnósticos de Enfermagem passíveis de prescrição desta intervenção psicoterapêutica” (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 183).

Esta intervenção psicoterapêutica, que pode ser implementada por um EEESMP, consiste em encontros estruturados que visam a expressão emocional, a redução da ansiedade e a aceitação de uma determinada condição (Phaneuf, 1995).

A implementação da RAP requer que o enfermeiro possua um conjunto de competências e atitudes essenciais. Estas incluem o domínio da comunicação, tanto verbal como não verbal, respeito, compreensão, empatia, e a capacidade de evitar juízos de valor. A execução da RAP implica, portanto, uma grande capacidade de aceitação da pessoa e da sua condição (Coelho et al., 2020b).

Assim, conforme se apresenta no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, o enfermeiro deve ser capaz de “estabelecer relações de confiança e parceria com a pessoa, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (Regulamento n.º 356, 2015, p. 17034).

Em suma, o papel do enfermeiro EEESMP nesta intervenção psicoterapêutica não passa por

fornecer soluções ou estratégias previamente definidas para solucionar o problema da pessoa, mas sim, enfatizar, melhorar e capacitar a pessoa, através de uma abordagem não diretiva e centrada na pessoa, para que em função dos seus recursos esta seja capaz de gerir de forma saudável uma necessidade/problema (Phaneuf, 2005).

No que diz respeito à Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson esta emerge como uma intervenção psicoterapêutica relevante no contexto clínico da ansiedade. A sua implementação, fundamenta-se na premissa de que a tensão muscular e a ansiedade se encontram intrinsecamente interligadas, e visa a promoção do relaxamento físico e mental através da contração e relaxamento sequencial de grupos musculares específicos (Payne, 2003).

Esta técnica, ao induzir um estado de relaxamento profundo, desencadeia uma série de benefícios fisiológicos e psicológicos. A nível fisiológico, a técnica contribui para a redução da atividade do sistema nervoso simpático, responsável pela resposta de "luta ou fuga", resultando na diminuição da frequência cardíaca, da tensão arterial e muscular. Este efeito traduz-se numa atenuação dos sintomas físicos da ansiedade (Willhelm et al., 2015). No âmbito psicológico, esta técnica promove a consciência corporal, capacitando a pessoa a identificar precocemente os sinais de tensão e ansiedade. Este autoconhecimento facilita a implementação de estratégias de relaxamento de forma proativa, prevenindo o agravamento da sintomatologia ansiosa e contribuindo para a promoção do bem-estar geral (Willhelm et al., 2015).

Desta forma, a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson torna-se numa ferramenta importante para a gestão da ansiedade. A sua abordagem holística, que integra o relaxamento físico e mental, capacita a pessoa a assumir um papel ativo no controlo da sua ansiedade, promovendo o bem-estar (Payne, 2003; Willhelm et al., 2015).

Um estudo recentemente desenvolvido por Baykal & Bilgic (2024), procedeu à análise dos efeitos desta intervenção em cuidadores informais de pessoas com demência. Os dados obtidos revelaram uma redução estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade e sobrecarga experienciados pelos participantes, evidenciando o potencial terapêutico da técnica como estratégia complementar no apoio à saúde mental destes cuidadores.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 85 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-10 09:30:00	Alopurinol 300mg	
2024-12-10 09:30:00	Amlodipina 5mg	
2024-12-10 09:30:00	Omeprazol 20mg	
2024-12-10 09:30:00	Proteínosuccinilato de ferro 800mg/15ml	
2024-12-10 09:30:00	Rosuvastatina + Ezetimiba 20mg + 10mg	
2024-12-10 09:30:00	Ácido acetilsalicílico 100mg	
2024-12-10 09:30:00	Bisoprolol 2,5mg	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996), define como ações interdependentes aquelas que, em conformidade com as qualificações profissionais dos enfermeiros, são realizadas em colaboração com outros técnicos, visando um objetivo comum. Estas ações resultam de planos de intervenção previamente estabelecidos pelas equipas multidisciplinares, nas quais os enfermeiros estão inseridos, e das prescrições ou orientações formalizadas (Decreto-Lei n.º 161, 1996).

No estudo de caso em questão, trata-se de uma pessoa polimedicada. De seguida, apresenta-se uma síntese dos fármacos prescritos, respetiva indicação terapêutica e efeitos secundários mais frequentes, segundo o Guia Farmacológico dos Enfermeiros (2016):

- Alopurinol 300mg
É classificado como um fármaco anti-gota, pertencendo ao grupo dos antihiperuricémicos. Está indicado para prevenção de crises de artrite gotosa e tratamento de hiperuricemia. Como efeitos secundários mais frequentes podem ocorrer erupções cutâneas, solonêcia, náuseas, vômitos e diarreia.
- Amlodipina 5mg
Pertencente à classe dos antihipertensores e bloqueador dos canais de cálcio, está indicado no tratamento da hipertensão, angina de peito e vasoespástica. Como efeitos secundários mais frequentes podem ocorrer cefaleias, edema periférico, tonturas, fadiga e hipotensão.
- Omeprazol 20mg

Pertence à classe dos antiulcerosos e inibidores da bomba de prótons gástrica. Está indicado para o tratamento de doença de refluxo gastroesofágico e tratamento de curta duração de úlceras gástricas ativas benignas.

Como efeitos secundários mais frequentes podem ocorrer dores abdominais, tonturas, diarreia, náuseas e vômitos.

- Proteínosuccinilato de ferro 800mg/15ml

Pertence à classe dos antianémicos e está indicado para prevenção e tratamento de anemias. doença de refluxo gastroesofágico e tratamento de curta duração de úlceras gástricas ativas benignas.

Como efeitos secundários mais frequentes podem ocorrer dores abdominais, obstipação, fezes escuras e diarreia.

- Rosuvastatina + Ezetimiba 20mg + 10mg

É classificado como um fármaco antilipídico e está indicado para reduzir os níveis de lípidos no sangue e a ocorrência de aterosclerose, assim como, diminuir a morbilidade e mortalidade provocada por doenças cardiovasculares e as suas sequelas.

Como efeitos secundários mais frequentes podem ocorrer cefaleias, náuseas, mialgias, astenia, obstipação e diarreia.

- Ácido acetilsalicílico 100mg

É classificado como um fármaco antiagregante plaquetário e está indicado para tratar e prevenir eventos tromboembólicos.

Como efeitos secundários mais frequentes podem ocorrer náuseas, vômitos, dor abdominal e hemorragias.

- Bisoprolol 2,5mg

Pertencente à classe dos antihipertensores e bloqueador adrenérgico beta. Está indicado no tratamento da hipertensão, insuficiência cardíaca crónica estável e angina de peito estável.

Como efeitos secundários mais frequentes podem ocorrer fadiga, fraqueza, bradicardia, hipotensão, obstipação, náuseas, diarreia e vômitos.

(Vallerand et al., 2016)

Neste sentido, o enfermeiro é o profissional que, decorrente da prescrição de outro profissional, garante uma preparação e administração de medicação eficaz.

Neste seguimento, decorrem algumas implicações para a prática de enfermagem, nomeadamente:

- Avaliar a gestão da medicação no domicílio.
- Vigiar sinais e sintomas de hipotensão.
- Vigiar toma de medicação.
- Monitorizar sinais vitais.
- Promover adesão ao regime terapêutico.

- Vigiar perda sanguínea.

No caso clínico em questão, perante a avaliação efetuada, a pessoa demonstrou-se autónoma neste processo, pelo que a gestão deste regime está garantida.

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
10-12-2024 09:30	Emoção	

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

PROCESSO MENTAL - Emoção

Na lógica concetual da ontologia, a pessoa apresenta o diagnóstico de “Ansiedade”.

Neste sentido, tornou-se evidente a importância de trabalhar as competências emocionais da pessoa para promover a sua saúde emocional e o bem-estar, implementando uma RAP.

Esta intervenção psicoterapêutica conduz a uma lógica da emoção tendo por base um paradigma humanista. Assim, como o problema da pessoa era de cariz emocional, este integrou o projeto da UCC de apoio e capacitação ao cuidador informal.

Desta forma, tornou-se pertinente a avaliação de algumas áreas de atenção, nomeadamente a autoestima, o humor e a ansiedade (Sequeira & Sampaio, 2020).

Numa fase inicial, foi importante avaliar a cognição da pessoa através do resultado NOC - Cognição, uma vez que, a presença de défice cognitivo é critério de exclusão para a implementação da intervenção (Coelho et al., 2020b). Este resultado NOC avalia alguns indicadores como a comunicação, capacidade de atenção, memória, capacidade de processamento de informações, orientação e capacidade de resolução de problemas (Moorhead et al., 2016).

Seguidamente, no âmbito do projeto de apoio e capacitação do cuidador, foram aplicados alguns instrumentos de avaliação preconizados pela unidade, nomeadamente a escala de *Zarit* validada para a população portuguesa, com o objetivo de avaliar o nível de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2010); o resultado NOC - Equilíbrio do humor, para avaliação do estado de humor (Moorhead et al., 2016); a escala de ansiedade de *Hamilton* (Santos et al., 2023); o resultado NOC - Nível de Ansiedade e Autocontrole de Ansiedade validados para a população portuguesa segundo um estudo de Sampaio et al., (2018), para uma avaliação mais detalhada da ansiedade e a escala de autoestima de *Rosenberg* (Pechorro et al., 2011).

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, verificou-se que a pessoa em questão apresentava ansiedade e elevado nível de sobrecarga, estando, no entanto, consciencializada acerca do seu problema e referindo necessitar de ajuda para o ultrapassar.

Neste sentido, optou-se pela implementação de uma intervenção psicoterapêutica de RAP e da Técnica de Relaxamento. O papel do enfermeiro EEESMP nesta intervenção psicoterapêutica não passa por fornecer soluções ou estratégias previamente definidas para solucionar o problema da pessoa, mas sim, enfatizar, melhorar e capacitar a pessoa, através de uma abordagem não diretiva e centrada na pessoa, para que em função dos seus recursos esta seja capaz de gerir de forma saudável uma necessidade/problema (Phaneuf, 2005). A Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson visa a promoção do relaxamento físico e mental através da contração e relaxamento sequencial de grupos musculares específicos (Payne, 2003). Esta técnica, ao induzir um estado de relaxamento profundo, desencadeia benefícios fisiológicos e psicológicos que a tornam numa ferramenta importante para a gestão da ansiedade (Payne, 2003; Willhelm et al., 2015).

4.5. Conceção de Cuidados

Emoção

10-12-2024 09:30

10-12-2024 09:30 - Verbaliza ansiedade.

10-12-2024 09:30 - Manifestação de inquietação.

10-12-2024 09:30 - Resultado escala de ansiedade de Hamilton (ANEXO XI) - 11 pontos (Ansiedade ligeira).

10-12-2024 09:30 - Resultado NOC "Nível de Ansiedade (1211) (ANEXO IX): - Indicador NOC "Agitação" (121101): 4. - Indicador NOC "Andar de um lado para o outro" (121102): 4. - Indicador NOC "Torcer as mãos" (121103): 3. - Indicador NOC "Nervosismo" (121104): 3. - Indicador NOC "Inquietação" (121105): 3. - Indicador NOC "Indecisão" (121109): 3. - Indicador NOC "Dificuldade de concentração" (121112): 4. - Indicador NOC "Dificuldade de aprendizagem" (121113): 4. - Indicador NOC "Dificuldade para resolver problemas" (121114): 3. - Indicador NOC "Apreensão verbalizada" (121116): 3. - Indicador NOC "Ansiedade verbalizada" (121117): 3. - Indicador NOC "preocupação exagerada sobre eventos de vida" (121118): 4.

10-12-2024 09:30 - Resultado NOC "Cognição" (0900) (ANEXO VI): - Indicador NOC "Comunicação clara para a idade" (090014): 5. - Indicador NOC "Comunicação adequada para a idade" (090015): 5. - Indicador NOC "Compreensão do significado das situações" (090013): 5. - Indicador NOC "Capacidade para ficar atento" (090003): 5. - Indicador NOC "Concentração" (090004): 5. - Indicador NOC "Orientação cognitiva" (090005): 5. - Indicador NOC "Memória imediata" (090006): 5. - Indicador NOC "Memória recente" (090007): 5. - Indicador NOC "Memória remota" (090008): 5. - Indicador NOC "Processamento de informações" (090009): 5. - Indicador NOC "Ato de pesar alternativas ao tomar decisões" (090010): 5. - Indicador NOC "Tomada de decisão adequada" (090011): 5. - Indicador NOC "Habilidades de cálculos complexos" (090016): 5.

10-12-2024 09:30 - Resultado NOC "Autocontrole de Ansiedade (1402) (ANEXO VII): - Indicador NOC "Monitora a intensidade da ansiedade" (140201): 2. - Indicador NOC "Elimina percursos da ansiedade" (140202): 3. - Indicador NOC "Diminui estímulos ambientais quando ansioso" (140203): 3. - Indicador NOC "Busca informações para reduzir a ansiedade" (140204): 2. - Indicador NOC "Planeja estratégias de enfrentamento para situações stressantes" (140205): 2. - Indicador NOC "Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento" (140206): 2. - Indicador NOC "Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade" (140207): 2. - Indicador NOC "Mantém o desempenho de papel" (140210): 3. - Indicador NOC "Mantém as relações sociais" (140211): 2. - Indicador NOC "Mantém a concentração" (140212): 3. - Indicador NOC "Monitora manifestações físicas de ansiedade" (140215): 3. - Indicador NOC "Controla a resposta à ansiedade" (140217): 3.

10-12-2024 09:30 - O cliente apresenta consciencialização facilitadora em relação à sua condição de saúde.

10-12-2024 09:30 - O cliente refere vontade em ser ajudado para conseguir prestar melhores cuidados à esposa.

10-12-2024 09:30 - Ansiedade

10-12-2024 09:30 - Determinar evolução da ansiedade

10-12-2024 09:30 - Avaliar evolução da ansiedade

28-01-2025 09:30 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

28-01-2025 09:30 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

10-12-2024 09:30 - Diminuir ansiedade

10-12-2024 09:30 - Executar técnica de relaxamento

10-12-2024 09:30 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

10-12-2024 09:30 - Gerir ambiente.

10-12-2024 09:30 - Executar escuta ativa.

10-12-2024 09:30 - Gerir comunicação.

10-12-2024 09:30 - Planear intervenção psicoterapêutica: Relação de Ajuda Profissional.

10-12-2024 09:30 - Executar intervenção psicoterapêutica: Relação de Ajuda Profissional.

10-12-2024 09:30 - Planear técnica de relaxamento.

10-12-2024 09:30 - Executar apoio emocional.

10-12-2024 09:30 - Promover autocontrolo: ansiedade

10-12-2024 09:30 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

10-12-2024 09:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

10-12-2024 09:30 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

10-12-2024 09:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-12-2024 09:30 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

10-12-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

10-12-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

28-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

10-12-2024 09:30 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

10-12-2024 09:30 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

10-12-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

10-12-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

28-01-2025 09:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

10-12-2024 09:30 - Instruir estratégias de relaxamento

10-12-2024 09:30 - Treinar estratégias de relaxamento

4.6. Especificação das intervenções

Treinar estratégias de relaxamento

- Praticar as técnicas de relaxamento com a pessoa (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar demonstrações das técnicas pela pessoa (Bulechek et al., 2016).

Instruir estratégias de relaxamento

- Demonstrar as técnicas de relaxamento com a pessoa (Bulechek et al., 2016).
- Fornecer informações por escrito sobre a preparação e participação nas técnicas de relaxamento (Bulechek et al., 2016).
- Encorajar a prática frequente das técnicas selecionadas (Bulechek et al., 2016).

Executar técnica de relaxamento

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

Avaliar evolução da ansiedade

- Resultado escala de ansiedade de Hamilton - 1 ponto (Sem ansiedade).
- Resultado NOC "Nível de Ansiedade (1211) (ANEXO X): - Indicador NOC "Agitação" (121101): 5. - Indicador NOC "Andar de um lado para o outro" (121102): 5. - Indicador NOC "Torcer as mãos" (121103): 5. - Indicador NOC "Nervosismo" (121104): 5. - Indicador NOC "Inquietação" (121105): 5. - Indicador NOC "Indecisão" (121109): 4. - Indicador NOC "Dificuldade de concentração" (121112): 5. - Indicador NOC "Dificuldade de aprendizagem" (121113): 5. - Indicador NOC "Dificuldade para resolver problemas"

(121114): 4. - Indicador NOC "Apreensão verbalizada" (121116): 4. - Indicador NOC "Ansiedade verbalizada" (121117): 5. - Indicador NOC "preocupação exagerada sobre eventos de vida" (121118): 5.

- Resultado NOC "Autocontrole de Ansiedade (1402) (ANEXO VIII): - Indicador NOC "Monitora a intensidade da ansiedade" (140201): 3. - Indicador NOC "Elimina percursos da ansiedade" (140202): 4. - Indicador NOC "Diminui estímulos ambientais quando ansioso" (140203): 4. - Indicador NOC "Busca informações para reduzir a ansiedade" (140204): 3. - Indicador NOC "Planeja estratégias de enfrentamento para situações stressantes" (140205): 4. - Indicador NOC "Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento" (140206): 4. - Indicador NOC "Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade" (140207): 3. - Indicador NOC "Mantém o desempenho de papel" (140210): 5. - Indicador NOC "Mantém as relações sociais" (140211): 3. - Indicador NOC "Mantém a concentração" (140212): 4. - Indicador NOC "Monitora manifestações físicas de ansiedade" (140215): 4. - Indicador NOC "Controla a resposta à ansiedade" (140217): 4.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Encorajar atividades de lazer direcionadas para a redução da ansiedade (Bulechek et al., 2016).

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Descrever o motivo para o relaxamento e os benefícios, limites e tipos de relaxamentos disponíveis (p. ex., músicas, meditação, respiração rítmica, relaxamento de mandíbula e relaxamento muscular progressivo) (Bulechek et al., 2016).

Gerir ambiente.

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

Executar escuta ativa.

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

Gerir comunicação.

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

Planear técnica de relaxamento.

- Planear técnica de relaxamento muscular de Jacobson.

4.7. Síntese relativa ao caso

Na concetualização de cuidados deste estudo de caso, foi implementada a intervenção psicoterapêutica de Relação de Ajuda Profissional e a Técnica de Relaxamento a pessoa com 85 anos, cuidador informal da esposa com *Alzheimer*.

Da avaliação inicial de enfermagem, com recurso à entrevista estruturada, foi confirmada a hipótese diagnóstica “Ansiedade”. Para a atividade diagnóstica foram utilizados os instrumentos de avaliação *Nursing Outcomes Classification para a Cognição*, Equilíbrio do humor, Nível de Ansiedade e Autocontrole de Ansiedade, escala de *Zarit* validada para a população portuguesa para aferir o nível de sobrecarga do cuidador, a escala de ansiedade de Hamilton e a escala de autoestima de Rosenberg.

Os resultados da avaliação, obtidos através da aplicação dos instrumentos, revelaram a presença de ansiedade e um elevado grau de sobrecarga na pessoa. Contudo, evidenciou-se uma consciência clara da problemática, com a pessoa a manifestar a necessidade de apoio para lidar com a situação.

Assim, as principais áreas de atuação da autora centraram-se no estabelecimento da uma relação terapêutica sólida, na avaliação e identificação das necessidades, na promoção de desenvolvimento de estratégias de *coping*, na promoção do autocuidado positivo e saúde emocional e no envolvimento da família.

A intervenção iniciou-se pelo estabelecimento de um ambiente propício à confiança, ao respeito e à colaboração, fundamentado na escuta ativa, na empatia e na aceitação, elementos cruciais para a criação de uma relação terapêutica sólida e essencial para o sucesso da intervenção. De seguida, procedeu-se à avaliação das necessidades considerando a pessoa de forma holística, através dos instrumentos de avaliação anteriormente mencionados. No decurso da intervenção, o foco recaiu sobre o desenvolvimento de estratégias de *coping* e a promoção do autocuidado e com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa.

Em termos de resultados obtidos, através do *feedback* da pessoa alvo dos cuidados e da aplicação dos instrumentos de avaliação utilizados numa fase inicial, observou-se uma diminuição significativa da ansiedade e sobrecarga, a adoção de estratégias de *coping* eficazes

e uma melhoria da qualidade de vida.

Assim, as intervenções psicoterapêuticas implementadas pela autora, centrada na pessoa e família, baseadas numa relação terapêutica de confiança, revelaram-se uma ferramenta valiosa para o apoio ao cuidador e para a promoção da sua saúde mental.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo do estágio foram desenvolvidas e aprimoradas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Neste capítulo é apresentada uma reflexão crítica acerca do desenvolvimento destas mesmas competências.

Neste contexto, a análise centra-se no processo de aquisição e desenvolvimento de competências, fundamentado no Modelo de Aquisição de Competências, proposto por Patrícia Benner (2001). Este modelo descreve as características e comportamentos associados a cada nível de desenvolvimento profissional, identificando as necessidades formativas dos enfermeiros nos cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

No modelo de desenvolvimento profissional de Benner (2001), o enfermeiro iniciado caracteriza-se pela ausência de experiência prévia em situações de doença, o que dificulta a identificação dos aspetos cruciais para a intervenção. As suas ações, limitadas por esta falta de experiência, requerem, independentemente do contexto, uma constante justificação teórica.

O enfermeiro iniciado avançado, por ter vivenciado situações semelhantes, demonstra maior capacidade para discernir os aspetos relevantes, reconhecendo padrões que advêm da experiência. Embora assuma a responsabilidade pelos cuidados, ainda demonstra dificuldades na gestão de situações mais complexas, dependendo da orientação de enfermeiros mais experientes (Benner, 2001).

O enfermeiro competente, por sua vez, observa e reflete sobre as suas ações com objetivos a longo prazo, distinguindo o essencial do acessório. Este profissional, geralmente com dois a três anos de experiência em contextos clínicos semelhantes, beneficia de um planeamento consciente e deliberado, que lhe permite alcançar maior eficiência e organização (Benner, 2001).

O enfermeiro proficiente demonstra uma compreensão global das situações clínicas, reconhecendo os eventos típicos que caracterizam cada cenário, o que otimiza o processo de tomada de decisão (Benner, 2001).

No topo deste modelo hierárquico, encontra-se o enfermeiro perito. Este profissional demonstra a capacidade de selecionar a solução mais apropriada, adaptando a resposta à situação clínica específica. As competências que conduzem à excelência na prática de enfermagem são alcançadas através da perícia profissional, que resulta da aprendizagem baseada na experiência (Benner, 2001).

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de Enfermagem especializados, assumem cada vez mais uma maior importância e exigência técnica e científica. Atualmente, a diferenciação e a especialização previstas nos documentos oficiais que regulam o exercício profissional definem claramente o âmbito de intervenção da enfermagem especializada (Regulamento n.º 140, 2019).

As competências comuns são competências adotadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, apresentadas através da sua alta aptidão de conceção, gestão e supervisão, bem como através do exercício de uma prática profissional especializada no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140, 2019).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas na prática de enfermagem são fundamentais para garantir cuidados de saúde de excelência centrados na pessoa. Estas assentam em quatro domínios principais, nomeadamente: “a) Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A); b) Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B); c) Domínio da gestão dos cuidados (C); d) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

Cada domínio das competências tem objetivos específicos que contribuem para o desenvolvimento profissional e para a prática clínica dos enfermeiros (Regulamento n.º 140, 2019), desenvolvendo em cada um, um conjunto diversificado de ações que permitiram evidenciar o desenvolvimento das competências, que são de seguida descritas para cada domínio.

Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional, ética e legal é um dos pilares fundamentais das competências do enfermeiro especialista. Este domínio inclui o cumprimento das normas e regulamentos profissionais, bem como a adesão aos princípios éticos que regem a prática de enfermagem (Decreto-Lei n.º 161, 1996; Lei n.º 156, 2015).

No que diz respeito à competência A1, em que o enfermeiro especialista “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” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4746), esta revela-se fundamental na medida em que o enfermeiro deve garantir a segurança e o bem-estar da pessoa, exercendo a sua profissão de forma segura, ética e profissional, recorrendo a sólidas capacidades de tomada de decisão, orientadas pelos princípios éticos e deontológicos (Decreto-Lei n.º 161, 1996; Lei n.º 156, 2015). Esta competência baseia-se no conhecimento das questões éticas e deontológicas, na avaliação sistemática das melhores práticas e no respeito pelas preferências individuais da pessoa (Regulamento n.º 140, 2019).

A competência A2, "Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais" (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4746), complementa a competência anterior, colocando em evidência a importância de uma abordagem holística, centrada na pessoa, que valoriza a autonomia, a dignidade e a autodeterminação (International Council of Nurses, 2021). Em saúde mental, onde a vulnerabilidade das pessoas pode ser acentuada, o respeito pelos direitos humanos é imperativo. O enfermeiro especialista deve zelar pela pessoa, assegurando a proteção dos seus direitos, incluindo o direito à informação, ao consentimento informado, à privacidade e à confidencialidade (Decreto-Lei n.º 161, 1996; Lei n.º 156, 2015; UNESCO, 2006). No exercício das suas funções, o enfermeiro deve reger-se por princípios éticos fundamentais, nomeadamente ao princípio da beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

A atuação dos enfermeiros, alicerçada nos princípios propostos por Beauchamp & Childress (2001), orienta-se pela primazia do bem-estar da pessoa (beneficência), traduzindo-se na implementação de intervenções que visam a estabilização de situações de crise e a salvaguarda da pessoa contra potenciais danos (não maleficência). Adicionalmente, impõe-se aos enfermeiros o dever de assegurar a igualdade de acesso aos cuidados de saúde mental a todas as pessoas, independentemente da sua condição socioeconómica (justiça).

Na sua prática clínica, o enfermeiro especialista deve fomentar uma reflexão contínua sobre as decisões tomadas, a avaliação dos seus impactos e a procura constante pela melhoria da qualidade dos cuidados, assim como, demonstrar um elevado nível de integridade e respeito pelos direitos e dignidade das pessoas, garantindo que os cuidados prestados sejam seguros, éticos e legalmente compatíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Assim, 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 e expressa no seu Código Deontológico (Decreto-Lei n.º 161, 1996; Lei n.º 156, 2015).

A Ordem dos Enfermeiros (2015), relativamente à tomada de decisão sobre cuidados seguros, estabelece que o exercício profissional deve estar em conformidade com as normas técnicas, éticas e deontológicas. Reconhecendo a possibilidade de erro em todas as intervenções de enfermagem, e o inerente risco para a segurança da pessoa, torna-se essencial a identificação dos fatores que podem conduzir a esses erros. Desta forma, o cuidado seguro é concebido de forma holística, abrangendo as dimensões física, química, biológica, psicológica, cultural, social e espiritual da pessoa (Lei n.º 156, 2015).

Durante o estágio realizado, foi imperativo proteger a identidade das pessoas alvo de cuidados, respeitando os princípios de confidencialidade dos dados, conforme estabelecido na alínea a) do artigo 106º do Código Deontológico (Lei n.º 156, 2015). Por forma a salvaguardar o princípio da autonomia (Beauchamp & Childress, 2001), as intervenções apenas foram realizadas após o esclarecimento sobre o propósito das mesmas e a obtenção de consentimento verbal e

informado.

No estágio realizado no serviço de psiquiatria forense, foi notório o papel fundamental dos princípios éticos. Neste contexto, onde a complexidade das situações e a vulnerabilidade das pessoas internadas exigem uma atenção redobrada aos direitos humanos e à dignidade da pessoa, é exigido do enfermeiro um conjunto de valores e princípios que garantam a segurança, o bem-estar e a recuperação das pessoas internadas, cumprindo, em concomitância, as responsabilidades legais e institucionais (Decreto-Lei n.º 161, 1996). Neste local de estágio, foi possível verificar a presença dos princípios éticos fundamentais. No que diz respeito ao princípio da autonomia, este encontra-se inerente ao facto de, no serviço, ser promovida a participação ativa da pessoa nas suas decisões terapêuticas. O respeito e empatia com que as pessoas internadas são tratadas pela equipa multidisciplinar, independentemente do seu enquadramento legal, evidenciam a aplicação dos princípios da não maleficência e da justiça.

Também no estágio em contexto de comunidade, foram desenvolvidas intervenções que tiveram na sua base os princípios éticos fundamentais. O estudo de caso desenvolvido centrou-se na implementação de uma intervenção psicoterapêutica a um cuidador informal da esposa, que apresentava um alto nível de sobrecarga e ansiedade. Durante a implementação da intervenção, a pessoa foi sempre permitida e incentivada a participar ativamente na sua conceção de cuidados. Foi implementada a intervenção psicoterapêutica de relação de ajuda profissional, com o intuito de promover o bem-estar físico e psicológico da pessoa e minimizar os riscos associados (princípio da beneficência). A implementação de estratégias que promovessem um ambiente seguro e de apoio ao cuidador em questão evidencia também o princípio da não maleficência. A prestação de cuidados equitativos e dignos, isentos de discriminação, com respeito pelos direitos e necessidades individuais da pessoa, garantiu o princípio da justiça.

Assim, a implementação dos princípios éticos na prática de enfermagem, assume especial importância. A aplicação destes princípios, não só salvaguarda os direitos e a dignidade da pessoa, como também fortalece a relação terapêutica, promove a confiança e contribui significativamente para a qualidade dos cuidados prestados. A ética, portanto, constitui o alicerce fundamental de uma prática de enfermagem responsável, humana e eficaz, que visa a promoção do bem-estar e a recuperação da pessoa (Varcarolis & Fosbre, 2020).

No que diz respeito ao consentimento informado, este explana o direito à autodeterminação, pelo que, foi sempre promovido pela autora, no decurso da sua intervenção, o direito da pessoa ao consentimento informado, certificando-se de que a pessoa compreendeu a informação e o esclarecimento prestados (Direção Geral da Saúde, 2015; Lei n.º 156, 2015).

Quando falamos do consentimento informado em contexto de cuidados psiquiátricos, este assume especial importância na medida em que a pessoa tem o direito de usufruir de capacidade de decisão e aceitação voluntária do seu plano de cuidados, precedida da

apresentação detalhada do tratamento proposto, incluindo os seus potenciais riscos e benefícios, bem como as opções alternativas (Ezeruigbo et al., 2022; Lei n.º 35, 2023; Neal, 2022).

Desta forma, a aplicação dos princípios éticos e a obtenção de consentimento informado constituem elementos indissociáveis da prática de enfermagem em saúde mental. A integração destes princípios, que guiam a atuação do enfermeiro, fortalece a relação terapêutica, promove a autonomia da pessoa e assegura a prestação de cuidados justos, equitativos e centrados na pessoa (Beauchamp & Childress, 2001).

Durante a realização dos estágios, a prática clínica da autora foi sempre alinhada com os princípios éticos e as pessoas alvo de cuidados foram sempre devidamente esclarecidos acerca das intervenções implementadas, tendo dado o seu consentimento para a sua realização.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve ser portador das seguintes 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 n.º 140, 2019, p. 4747)

No contexto da melhoria contínua da qualidade, os enfermeiros especialistas são responsáveis por identificar áreas de melhoria, conduzir pesquisas e desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, de forma a aplicar novas práticas clínicas que promovam a segurança da pessoa e a eficácia dos tratamentos (Regulamento n.º 140, 2019). Este é um processo contínuo e requer um compromisso com a atualização constante do conhecimento e das habilidades profissionais (Duffy, 2022).

Neste seguimento e, no âmbito da saúde mental, o EEESMP orienta a sua prática com base nos padrões de qualidade especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Assim, a autora conduziu a sua prática através da utilização de guidelines baseadas em evidências científicas que orientaram a tomada de decisão e as intervenções a implementar; da realização de avaliações abrangentes e holísticas da pessoa alvo de cuidados; da elaboração e implementação de planos de cuidados individualizados; da monitorização contínua dos

resultados e da participação em processos de melhoria contínua.

No exercício da sua profissão e na sua constante procura pela excelência profissional, a autora, alinhada com o disposto no Regulamento n.º 356 de 2015, direccionou a sua conceção de cuidados com foco em:

- Maximizar os níveis de satisfação das pessoas alvo de cuidados, encorajando-as a participarem ativamente no seu plano de cuidados, respeitando as suas preferências e valores; criando um ambiente seguro e de confiança e utilizando instrumentos de avaliação da satisfação e recolhendo *feedback* sobre os cuidados prestados.
- Promover o alcance do potencial máximo de saúde das pessoas, considerando-as de forma holística e implementando intervenções baseadas em evidência científica.
- Prevenir complicações relativas à saúde mental, monitorizando de forma contínua o estado mental das pessoas; implementando medidas de segurança para prevenir eventuais efeitos adversos e ensinando-as sobre estratégias de prevenção de recaídas.
- Promover o bem-estar e apoio às atividades diárias em pessoas dependentes, avaliando as necessidades de apoio e incentivando-as a manter o máximo de independência possível.
- Desenvolver estratégias eficazes para a adaptação às circunstâncias da vida e à condição de saúde mental, ensinando as pessoas sobre estratégias de *coping* eficazes para lidar com o stress e ansiedade e promovendo a capacidade de resiliência.
- Otimizar a eficácia da organização dos cuidados de enfermagem especializados, através do trabalho colaborativo com a equipa multidisciplinar.
- Prestar cuidados de natureza psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional e implementar estratégias para diminuir o estigma e fomentar a inclusão social, com particular atenção a pessoas com doença mental, implementando a técnica de entrevista motivacional e relação de ajuda profissional.

Em contexto de estágio, foram visíveis aspetos que comprovam a preocupação em melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados, de salientar: o facto de os registos das intervenções de enfermagem, na plataforma informática *SClínico*, terem sido realizados imediatamente após as intervenções, por forma a assegurar um registo detalhado e sistemático, que contribuiu para uma colaboração efetiva entre os enfermeiros e para uma tomada de decisão informada; a participação em reuniões multidisciplinares e reuniões com as famílias das pessoas internadas, promoveu uma compreensão holística da pessoa, permitiu aprimorar as habilidades de comunicação e de relação terapêutica, assim como fomentou o desenvolvimento de competências de liderança e gestão, na medida em que foi possível aprender a gerir os conflitos que surgiram no decurso das reuniões; e o momento de passagem de turno, onde se transmitiram informações relevantes para a continuidade de cuidados.

Em particular, na UCC, para além dos registos das intervenções psicoterapêuticas efetuados no *SClínico*, houve também oportunidade de ter contacto com os restantes sistemas de informação utilizados na unidade, assim como de proceder ao desenvolvimento de um fluxograma de

referenciação de pessoas com necessidades em saúde mental para o projeto da UCC (APÊNDICE XVIII) e à reformulação do fluxograma do padrão documental no âmbito do mesmo projeto (APÊNDICE XIX).

Os sistemas de informação em enfermagem, que incorporam indicadores de qualidade, visam a padronização dos registos de saúde, com o propósito de aumentar a visibilidade e a transparência dos cuidados prestados (Nascimento et al., 2021). Para além disso, a utilização de uma linguagem classificada, otimiza a conceção de cuidados, a documentação clínica e a aplicação de *guidelines* baseados em evidências, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados (Fennelly et al., 2021).

No decurso do estágio, os cuidados de enfermagem prestados foram documentados com recurso a linguagem classificada através de sistemas de informação específicos, utilizados no Sistema Nacional de Saúde (Bastos et al., 2022). Desta forma, padrão de documentação clínica funciona ainda como um mecanismo de proteção para os enfermeiros, ao mitigar os riscos legais através da fundamentação das decisões clínicas em evidências documentadas (Bradshaw et al., 2014).

No âmbito da qualidade dos cuidados prestados, importa igualmente considerar os objetivos definidos no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026, cujo foco é reforçar e ampliar a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, com ênfase no Serviço Nacional de Saúde, incluindo os contextos inovadores da prestação de cuidados, como o telessaúde e domicílio, sem descurar os princípios sustentadores da área da segurança da pessoa (Despacho n.º 9390, 2021).

O enfermeiro especialista destaca-se pela sua capacidade de formar e cuidar de forma consistente, através de intervenções autónomas e interdependentes, orientadas para a prestação de cuidados seguros (Berça & Veiga-Branco, 2022).

No decurso do estágio, em ambos os contextos, foi priorizada a criação de um ambiente que garantisse a segurança e o bem-estar das pessoas alvo de cuidados. Para tal, o espaço foi sempre organizado de modo a minimizar potenciais riscos e foram implementadas medidas para assegurar a confidencialidade das informações.

A administração segura e eficaz da medicação constitui uma responsabilidade central do EEESMP, que se insere no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A atuação nesta área, sustentada nas competências do enfermeiro especialista, requer um compromisso constante com a prevenção de erros, a otimização da terapêutica e a promoção da segurança da pessoa (Regulamento n.º 140, 2019). Assim, no âmbito da melhoria contínua da qualidade, o EEESMP deve implementar processos sistemáticos para garantir a administração segura da medicação, incluindo a verificação rigorosa da prescrição médica, a identificação precisa da pessoa, a preparação adequada do medicamento, a utilização de técnicas de administração

corretas e a monitorização dos efeitos terapêuticos e adversos (Direção Geral da Saúde, 2015b).

A investigação e a análise crítica da prática clínica permitem ao EEESMP identificar áreas de melhoria e implementar intervenções para reduzir o risco de erros de medicação. A criação de um ambiente de trabalho seguro, a promoção da comunicação eficaz entre os membros da equipa multidisciplinar e o envolvimento ativo da pessoa no seu tratamento são estratégias importantes para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017; Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2022; Costa et al., 2021).

No domínio da melhoria da qualidade, a formação em serviço, é um dos principais impulsionadores do desenvolvimento profissional e desempenha um papel fundamental no aprofundamento e aprimoramento das competências no ambiente de trabalho. Este processo, ao promover a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, permite que os enfermeiros se adaptem de forma eficaz às constantes transformações que caracterizam o cenário da enfermagem contemporânea e melhorem a qualidade dos cuidados prestados (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

A formação em serviço, com o objetivo de ser verdadeiramente eficaz, deve atender às necessidades específicas de cada profissional e às da equipa. O seu planeamento e organização devem estar alinhados com os objetivos da instituição, de modo a promover o desenvolvimento das competências essenciais para uma prática de enfermagem de excelência.

Neste sentido, como uma necessidade identificada pelo serviço, foi desenvolvido um fluxograma orientador para a implementação da técnica de entrevista motivacional, tendo sido aprovado pelo enfermeiro gestor e disponibilizado posteriormente à equipa.

Em suma, a busca pela melhoria contínua da qualidade é um processo dinâmico e essencial na prática do enfermeiro especialista, que se traduz em cuidados de saúde mental mais seguros, eficazes e centrados na pessoa.

Domínio da gestão dos cuidados

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

O domínio da gestão dos cuidados assume relevância, uma vez que evidencia a capacidade de o enfermeiro liderar, organizar e coordenar os recursos necessários para a prestação de cuidados

de enfermagem de excelência (Regulamento n.º 140, 2019). Esta competência envolve a tomada de decisões fundamentadas, a definição de prioridades, a gestão de riscos e a otimização dos processos de trabalho, com o objetivo de assegurar a continuidade e a efetividade dos cuidados de saúde mental (American Nurses Association, 2010).

A gestão dos cuidados exigiu, por parte da autora, a capacidade de avaliar as necessidades das pessoas, elaborar planos de cuidados individualizados e de implementar intervenções baseadas na evidência científica. Para além disso, promoveu o desenvolvimento de competências de comunicação, de trabalho em equipa e de liderança, de forma a coordenar a atuação de diferentes profissionais e a garantir a participação ativa das pessoas e famílias no processo de cuidados (Ooijen et al., 2023; Prince & Alexander, 2017).

A gestão de casos, a gestão de recursos e a gestão de conflitos enquadram-se neste domínio, na medida em que é expectável que o enfermeiro especialista otimize a conceção dos cuidados ao nível da tomada de decisão; supervisione as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade; gira os recursos de forma eficiente e adapte o estilo de liderança a favor da melhor resposta da equipa (Regulamento n.º 140, 2019).

A tomada de decisão é influenciada por uma multiplicidade de fatores, nomeadamente de índole pessoal, relacionados com a pessoa e de natureza organizacional, tornando-se assim num um processo complexo (Alaseeri et al., 2021).

No contexto da saúde mental, a tomada de decisão centrada na pessoa é um processo colaborativo entre o EEESMP e a pessoa, fundamentado na promoção da autonomia, no respeito pelos valores individuais e na disponibilização de informação, com o objetivo de permitir à pessoa a capacidade de tomar decisões informadas. Desta forma, permite que as pessoas experienciem uma maior capacitação e uma sensação de envolvimento no tratamento, autoeficácia e autonomia (Jorge & Carvalheiro, 2021).

No contexto de estágio de respostas diferenciadas, no serviço de psiquiatria forense, foi proporcionada a oportunidade de observar e colaborar no processo de conceção de cuidados, assegurando uma resposta adequada às necessidades das pessoas, em conformidade com as normas de segurança e os princípios ético-legais estabelecidos. Para além disso, foi possível assistir a reuniões multidisciplinares, em colaboração com o Ministério da Justiça, onde foi possível acompanhar e analisar os processos de tomada de decisão.

No contexto de cuidados na comunidade, foi possível verificar a atuação do EEESMP em diversas áreas, desde intervenção em pessoas em situação de crise até ao apoio do cuidador informal. No âmbito destes projetos, existiu a possibilidade de observar a articulação existente entre a equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e algumas entidades externas, no sentido de promover a continuidade de cuidados, com foco na recuperação e na promoção de saúde mental das pessoas.

Concluindo, no domínio da gestão dos cuidados, é esperado que o enfermeiro especialista seja capaz de coordenar os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e articulando com a equipa multidisciplinar; gerir recursos e garantir que os cuidados prestados sejam centrados na pessoa (Regulamento n.º 140, 2019). A liderança eficaz e a capacidade de tomar decisões informadas são aspetos críticos deste domínio, que contribuem para a melhoria dos processos e dos resultados dos cuidados (Yoder-Wise, 2015).

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais relaciona-se com a manutenção da competência clínica e com a adaptação às mudanças na prática de enfermagem (Regulamento n.º 140, 2019). No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais estão integradas as competências: “D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4749). Este domínio inclui o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, a participação em programas de formação contínua, a reflexão crítica sobre a prática profissional e o envolvimento em atividades que promovam o desenvolvimento profissional (Regulamento n.º 140, 2019).

O Enfermeiro Especialista evidencia uma capacidade de autoconhecimento fundamental à prática profissional, reconhecendo a sua influência no estabelecimento de relações terapêuticas e de colaboração com outros profissionais (Regulamento n.º 140, 2019).

A recuperação do equilíbrio da pessoa encontra-se intrinsecamente ligada ao estabelecimento de relações interpessoais significativas e, por este motivo, no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, a relação terapêutica assume uma importância primária para a efetividade dos cuidados (Chalifour, 2008).

A relação terapêutica, acontece num contexto específico, e diz respeito à interação entre o enfermeiro e a pessoa, exigindo um conjunto de conhecimentos e habilidades por parte do profissional de saúde. Esta tipo de relação está inerente a qualquer intervenção de enfermagem (Pullen & Mathias, 2010).

A relação terapêutica, no âmbito da enfermagem em saúde mental, assenta em duas vertentes interligadas, nomeadamente, a profissional e a pessoal. A eficácia desta relação é potenciada por atributos pessoais que, embora estejam presentes na esfera social do enfermeiro, assumem particular relevância no contexto terapêutico (como por exemplo o altruísmo, a compreensão e a disponibilidade) e revelam-se benéficos na interação enfermeiro-pessoa (Pereira & Botelho, 2014). Contudo, a linha entre o social e o terapêutico é ténue, o que exige do enfermeiro uma

maior perícia, experiência, conhecimento profissional e um elevado grau de autoconhecimento para assegurar a eficácia e a segurança dos cuidados (Pereira & Botelho, 2014).

No que diz respeito à autoconsciência, esta define-se como a perceção que uma pessoa tem de si mesma e do impacto que exerce no seu ambiente (London et al., 2023). A autoconsciência influencia comportamentos e molda a identidade pessoal, tendo impacto, consequentemente, no modo de interação com as pessoas (London et al., 2023; Prince & Alexander, 2017).

O desenvolvimento da autoconsciência é um processo contínuo e requer um processo reflexivo constante por forma a compreender-se a si mesmo e ao impacto das suas ações (Decreto-Lei n.º 161, 1996; Lei n.º 156, 2015; Regulamento n.º 140, 2019).

No decurso dos estágios, foi incentivada a reflexão pessoal com o intuito de promover o autoconhecimento, a assertividade e uma abordagem clínica especializada e baseada em evidências científicas. Para facilitar esta análise, foram utilizadas ferramentas que permitiram uma avaliação mais aprofundada das competências, dos desafios e da influência das características individuais na dinâmica da relação terapêutica.

Uma das ferramentas que se revelou essencial neste processo, permitindo uma compreensão aprofundada das capacidades e dos desafios a serem superados, foi a análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats*). Através da identificação de pontos fortes e fracos, bem como de oportunidades e ameaças, foi possível identificar a necessidade de aprimorar alguns aspetos.

Uma das dificuldades enfrentadas no decorrer deste percurso foi a gestão de emoções perante situações mais complexas e que possibilitavam fenómenos de transferência, por exemplo. Também a necessidade de conciliar uma postura assertiva, em alguns contextos, com a manutenção de uma relação terapêutica eficaz, pode ser considerada uma dificuldade enfrentada. Com o objetivo de mitigar o impacto destas dificuldades, recorreram-se a estratégias como a autorreflexão, a supervisão clínica e o *feedback* construtivo dos supervisores clínicos.

Em suma, as experiências em estágio revelaram-se um catalisador significativo para o desenvolvimento do autoconhecimento. A exposição a diversas situações clínicas, a interação com pessoas com doença mental e equipas multidisciplinares, a necessidade de tomada de decisões em contextos desafiadores, proporcionaram oportunidades para a reflexão e o crescimento pessoal.

No que diz respeito à segunda competência deste domínio, o enfermeiro especialista baseia a sua prática clínica em evidência científica, promovendo um ambiente de aprendizagem para si mesmo, e para os restantes enfermeiros, facilitando a troca de conhecimentos e experiências (Decreto-Lei n.º 161, 1996; Lei n.º 156, 2015; Regulamento n.º 140, 2019).

Durante o período de estágio, foram oferecidas múltiplas oportunidades para o desenvolvimento desta competência, nomeadamente através da participação ativa em atividades de pesquisa, da análise crítica da literatura, da discussão de casos clínicos quer com os supervisores clínicos quer com o professor orientador e da participação em projetos de melhoria contínua. A participação, com a exposição de dois *posters* (ANEXO XVII E ANEXO XVIII), em congressos na área da saúde mental e em seminários em contexto académico, constituiu um contributo importante para a melhoria contínua da aprendizagem e para o desenvolvimento de competências, na medida em que proporcionaram um espaço de partilha de conhecimento e de discussão crítica, estimulando a reflexão, a atualização e a melhoria do saber.

Assim, ao longo deste percurso académico, foi possível aprofundar os conhecimentos, desenvolver habilidades e contribuir para a promoção de uma prática de enfermagem baseada em evidências e orientada para a melhoria contínua dos cuidados.

Em suma, podemos concluir que o conhecimento das competências inerentes à prática especializada, promove as respostas aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, bem como o desenvolvimento de iniciativas de melhoria da qualidade e contribuindo assim para o mandato social da profissão (Regulamento n.º 356, 2015).

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

O exercício de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica tem uma importância ética significativa devido às particularidades da população alvo, na medida em que, a ética do profissional de saúde mental exige autonomia e responsabilidade nas decisões práticas relacionadas a cada situação específica, ou seja, autonomia para adequar a sua intervenção numa determinada situação, e responsabilidade para consigo próprio e com as pessoas alvo de cuidados (Marra e Rosa, 2010).

Pessoas nessas condições podem apresentar vulnerabilidades cognitivas, psicológicas e emocionais e estas limitações podem afetar a sua autonomia. Desta forma, torna-se fundamental respeitar a autonomia e os direitos da pessoa, tornando-o foco principal da atenção (Marra e Rosa, 2010).

O princípio do respeito pela autonomia diz respeito à liberdade de escolha, isto é, as pessoas autónomas têm a capacidade de escolher e agir de acordo com seus próprios planos. Isso refere-se ao reconhecimento de que uma pessoa é um todo, livre e independente, capaz de se autogovernar e tomar decisões por si mesma. É por isso que as informações precedem as escolhas para que as pessoas possam ser livres e esclarecidas e para que possam decidir se

devem ou não respeitar essas escolhas (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este princípio é frequentemente encontrado no respeito às pessoas, proteção da privacidade e da intimidade, consentimento informado e aceitação ou recusa de tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Com o foco permanente em prestar cuidados de excelência no âmbito do seu exercício profissional, o EEESMP presta, em parceria com a pessoa, cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducativo, que visam manter, melhorar e recuperar a sua saúde mental (Regulamento n.º 356, 2015).

Neste seguimento, apresenta-se uma análise critico-reflexiva das estratégias utilizadas para a aquisição e desenvolvimento das competências do EEESMP.

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

Na prática clínica, os enfermeiros estão expostos a situações altamente desafiantes que exigem uma grande capacidade de autoconhecimento e consciência de si (Diggins, 2023).

Ao lidar diretamente com pessoas em fase aguda da doença, emergem questões relacionadas com as emoções do próprio e preconceitos que podem resultar na manifestação de comportamentos dificultadores do processo terapêutico (Silva et al., 2024).

Neste contexto, importa que o EEESMP seja capaz de gerir as suas reações corporais, emocionais e comportamentais, assim como, fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências de modo a reconhecer as limitações que podem estar envolvidas no estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa (Lima & Fachini, 2016; Regulamento n.º 515, 2018).

Segundo Peplau (1990), cada enfermeiro deve procurar conhecer-se a si mesmo, uma vez que, é esse grau de autoconhecimento que determina a compreensão que o mesmo pode alcançar do outro e dos problemas que afetam o seu funcionamento. De acordo com Chalifour (2008), todas as pessoas têm processos psicológicos que influenciam os seus comportamentos, a reflexão enquanto forma de nos questionarmos, é essencial para tornar estes processos mentais mais conscientes e, conseqüentemente, mais facilmente controláveis.

A relação terapêutica, conforme delineada por Chalifour (2008) e Coelho et al. (2020b), constitui o cerne da prática de enfermagem em saúde mental, sendo o principal veículo para a prestação de cuidados e a promoção da saúde. Chalifour (2008), ao analisar os fundamentos existenciais-humanistas da relação de ajuda, enfatiza a importância de uma postura empática, autêntica e respeitosa por parte do enfermeiro, que reconheça a singularidade e a dignidade da pessoa.

Nesta perspetiva, a relação terapêutica ultrapassa a dimensão técnica, configurando-se como um encontro interpessoal que visa promover a compreensão e a expressão das vivências da pessoa, fomentando, em simultâneo, o seu desenvolvimento pessoal e a autonomia.

Segundo Coelho et al. (2020b), a escuta ativa, a comunicação terapêutica, a validação emocional e a capacidade de estabelecer limites claros e consistentes são componentes essenciais desta relação. Através da aplicação destas habilidades, o enfermeiro cria um ambiente seguro e de confiança, onde a pessoa se sente compreendida, aceite e apoiada, o que é fundamental para a exploração das suas dificuldades, a identificação de recursos e o desenvolvimento de estratégias de *coping* saudáveis.

A relação terapêutica, na perspetiva existencial-humanista, é vista como um processo dinâmico e em constante evolução, que exige do enfermeiro um compromisso com a sua própria pessoa e com o desenvolvimento das suas habilidades relacionais (Chalifour, 2008). O autoconhecimento, a reflexão sobre a prática e a procura contínua de desenvolvimento profissional são, portanto, componentes cruciais para a construção de uma relação terapêutica autêntica e eficaz. Ao investir na relação terapêutica, o enfermeiro não apenas facilita a recuperação da pessoa, mas também promove a sua autonomia, a sua esperança e a sua participação ativa no processo de cuidados (Coelho et al., 2020b).

Segundo London et al. (2023), o desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento, permite ao enfermeiro reconhecer e compreender os seus pensamentos, emoções e comportamentos. Esse processo contribui significativamente para o desenvolvimento de uma empatia autêntica em relação à pessoa alvo de cuidados, favorecendo, assim, a construção de uma relação terapêutica sólida e eficaz (London et al., 2023).

Assim, por forma a promover o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, houve necessidade de realizar um processo de introspeção, recorrendo para isso à elaboração de uma análise *SWOT* (Pereira & Rito, 2013), que permitiu identificar os pontos fortes, as fraquezas, as oportunidades e as fraquezas da autora no decurso da sua intervenção.

A utilização desta ferramenta de autoanálise pode ser importante a vários níveis, dado tratar-se de uma ferramenta útil de introspeção pessoal, podendo ser utilizada para construir um plano de ação pessoal para atingir algum objetivo, como para alcançar um estado de bem-estar, que esteja de acordo com os objetivos sociais, fisiológicos, financeiros e psicológicos de cada pessoa (Pluchevskaya et al., 2017).

Após a reflexão promovida pela análise *SWOT*, percebeu-se também a importância de explorar as visões e perceções dos outros. Aliás, Soares (2020), descreve que é através dos outros que é possível obter perceções diferentes, que fornecem importantes contributos sobre aspetos acerca dos quais não se tinha ainda refletido e sobre os quais se torna importante refletir, acrescentando também que a nossa visão das situações pode ser diferente e essa reflexão é

relevante para o processo de autoconhecimento.

O desenvolvimento do autoconhecimento é uma estratégia que permite fortalecer a relação terapêutica e melhorar os resultados do processo terapêutico (Coelho et al., 2021). Segundo McCabe & Timmins (2013), a escuta, a atenção e a empatia são algumas das competências essenciais de comunicação que favorecem a relação terapêutica. Os profissionais de saúde mental que investem no seu autoconhecimento têm maior capacidade de oferecer um cuidado empático, compreensivo e eficaz, promovendo a recuperação e o bem-estar das pessoas alvo dos seus cuidados de forma holística (McCabe & Timmins, 2013).

Pelo seu ambiente complexo, a experiência do estágio no contexto de psiquiatria forense, contribuiu significativamente para o desenvolvimento do autoconhecimento da autora. Neste contexto, existiu uma exposição a situações complexas e dilemas éticos, cuja reflexão com os supervisores clínicos permitiu identificar áreas de crescimento pessoal e profissional.

A prática de enfermagem em saúde mental exige, uma postura assertiva, a qual contribui para a eficácia da comunicação e para a prestação de cuidados de qualidade (Coelho et al., 2020b).

A heterogeneidade das vivências e dos comportamentos apresentados pelas pessoas constituiu, por vezes, um desafio. Foi necessário estabelecer a relação terapêutica com pessoas que manifestavam comportamentos mais complexos, com o objetivo de compreender as suas necessidades e de responder às suas emoções. Para além de ter permitido desenvolver técnicas de comunicação, como a assertividade, esta experiência fomentou o desenvolvimento da empatia, da tolerância e da capacidade de autorregulação da autora.

A experiência de estágio na UCC revelou-se crucial para o desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que, possibilitou a aplicação prática dos conhecimentos teóricos no âmbito da promoção e prevenção da saúde mental em contexto de comunidade.

A oportunidade de interagir com pessoas de diferentes contextos sociais, culturas, faixas etárias e histórias de vida, conduziu a autora ao confronto com as suas próprias crenças, emoções e valores. A posterior reflexão sobre as mesmas, com os supervisores clínicos foi promotor do autoconhecimento.

Ainda em contexto de comunidade, foi possível integrar um projeto de apoio ao cuidador informal que permitiu o desenvolvimento de novas ferramentas e a melhoria da capacidade de relacionamento interpessoal. Um outro aspeto relevante, foi o facto de serem efetuadas diariamente várias visitas domiciliárias que permitiram conhecer o contexto familiar e social das pessoas, compreendendo as suas dificuldades e recursos. Para além disso, houve também oportunidade de participar em intervenções em crise, o que exigiu a mobilização de recursos emocionais e desenvolvimento de estratégias de *coping*.

Em ambos os contextos de estágio, foi documentada a conceção de cuidados em dois estudos

de caso, o que permitiu desenvolver as habilidades de raciocínio clínico, de tomada de decisão e de resolução de problemas.

Também durante todo o percurso de estágio, a interação com os supervisores clínicos foi uma constante. Estes profissionais desenvolvem “uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, assegurando um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte com o supervisionado, promotor do desenvolvimento de competência, garantindo a transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 366, 2018, p. 16657).

Deste modo, foi permitida a reflexão das experiências vivenciadas, a análise dos gatilhos emocionais e o reconhecimento dos mecanismos de defesa e, consequentemente, o desenvolvimento de estratégias para lidar com os mesmos.

A passagem pelos contextos de estágio contribuiu para o desenvolvimento pessoal, na medida em que permitiu desenvolver a capacidade de pensamento crítico, conducente a um processo de tomada de decisão fundamentada no que respeita aos cuidados à pessoa, ao eleger e adequar, face às necessidades individuais de cada um, as intervenções psicoterapêuticas a implementar (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Ao longo deste percurso foi possível aprofundar o autoconhecimento, através da identificação de características pessoais, pensamentos, sentimentos e comportamentos envolvidos em diferentes situações.

Para o EEESMP, é fundamental que este detenha um elevado conhecimento de si, de forma a adequar a sua comunicação verbal e não verbal, e assim a aumentar o seu potencial terapêutico (Sequeira & Sampaio, 2020).

Assim sendo, no que diz respeito à primeira competência do EEESMP, considera-se que este percurso se revelou um contributo importante para aprimorar o autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional da autora, tendo consciência de si enquanto pessoa e enfermeira, sabendo estar e viver a relação com pessoas com doença mental, familiares e equipa multidisciplinar.

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

A atuação do EEESMP, no âmbito desta competência, fundamenta-se numa abordagem holística e centrada na pessoa, que reconhece a complexidade das interações entre os fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais na saúde mental (McClanahan et al., 2006).

A assistência à pessoa, neste contexto, envolve a realização de uma avaliação abrangente, que implica a mobilização de diversas competências, nomeadamente de observação, habilidades comunicacionais, análise de registos clínicos e a utilização da técnica de entrevista (Regulamento n.º 515, 2018).

A comunicação, elemento essencial em qualquer contexto de saúde, assume uma maior relevância na área da saúde mental, em virtude da natureza particular das problemáticas abordadas e do impacto significativo que pode gerar (Sequeira & Sampaio, 2020). Esta é um elemento essencial na interação entre o profissional de saúde e a pessoa, grupo, família ou comunidade e estabelece o contexto da relação de cuidados, podendo, por si só, constituir uma intervenção terapêutica, ou complementar outras ações terapêuticas (Sequeira & Sampaio, 2020). A comunicação tem impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e possibilita o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa (Machado et al., 2023; Sequeira & Sampaio, 2020). Para além disso, o desenvolvimento de um ambiente de segurança e confiança é também influenciado pelo estabelecimento de uma comunicação eficaz, na medida em que, permite ao enfermeiro identificar as necessidades, preocupações e expectativas da pessoa (Machado et al., 2023; Sequeira, 2016).

Na fase inicial do processo de concetualização de cuidados de enfermagem, é muitas vezes utilizada, como ferramenta de colheita de dados, a entrevista clínica. É partir desta primeira interação com a pessoa, onde se identificam as suas necessidades e consequente diagnóstico de enfermagem, que se desenrolam as restantes etapas deste processo.

A experiência em local de estágio permitiu a realização de entrevistas clínicas, no âmbito da elaboração de estudos de caso, que permitiram a recolha sistemática e consistente de dados relevantes, englobando a história clínica da pessoa, bem como o seu contexto familiar e social. A informação colhida através entrevistas clínicas na avaliação inicial, serviram de ponto de partida para a identificação de diagnósticos de enfermagem, com o objetivo de elaborar um plano de cuidados individualizado e de planear a intervenção psicoterapêutica mais adequada. Para além desta ferramenta de colheita de dados, a observação de comportamentos durante o contacto com a pessoa, desempenhou um papel complementar, uma vez que, permitiu a análise da comunicação não verbal.

No contexto de respostas diferenciadas, foi desenvolvido um estudo de caso que seguiu as etapas da concetualização dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, tratou-se de uma pessoa com diagnóstico de perturbação delirante em contexto de consumo de substâncias e com história de múltiplos internamentos em psiquiatria. Da avaliação inicial de enfermagem, com recurso à entrevista estruturada, foi confirmada a hipótese diagnóstica "Abuso de drogas" em pessoa já sem atividade delirante e que se encontrava em fase contemplativa. A conceção de cuidados passou pelo planeamento e implementação da técnica de Entrevista Motivacional tendo por base o modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem. Durante a

entrevista, a abordagem de aconselhamento foi centrada na pessoa, não diretiva e sem julgamento, com vista a estimular a mudança do comportamento, evocando as suas motivações e ajudando-o a explorar e a resolver possíveis ambivalências.

Durante este estágio foi possível lidar com pessoas adultas com características diferentes, desde jovens a idosos, cada um com suas próprias necessidades, o que exigiu uma grande capacidade de recrutar conhecimentos face à diversidade de pessoas admitidas tanto no âmbito de psiquiatria forense, como em contexto de comunidade. Esta diversidade implica que o EEESMP seja capaz de adaptar as intervenções psicoterapêuticas de forma a obter resultados eficazes ao longo de todo o ciclo vital (Sampaio et al., 2023).

As intervenções de enfermagem são otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados e, durante todo este percurso de estágio, foi bastante destacada a importância do envolvimento da família no processo de tratamento e recuperação das pessoas com doença mental.

É através de intervenções especializadas, como a psicoeducação por exemplo, que o EEESMP desempenha um papel fundamental no envolvimento da família nos cuidados. Ao fornecer informações detalhadas sobre a doença mental, a sua evolução e as opções terapêuticas disponíveis, o EEESMP capacita a família a prestar um apoio mais eficaz à pessoa (Bradshaw et al., 2014).

Uma revisão integrativa da literatura realizado por Sousa et al. (2016), sublinha o facto de a demência ser atualmente um problema global, com taxas de incidência e prevalência a aumentarem rapidamente na maior parte do mundo e, com tendência a sofrerem um aumento no futuro. Inerente a esta realidade, surge a procura crescente de programas e serviços destinados a apoiar tanto a pessoa com demência como os seus familiares prestadores de cuidados (Sousa et al., 2016). Ainda segundo esta revisão integrativa, os seus resultados sensibilizam os enfermeiros para os pressupostos básicos que sustentam os programas de formação para os familiares cuidadores da pessoa com demência a residir no domicílio (Sousa et al., 2016).

Neste seguimento, em contexto de estágio de comunidade, surgiu a oportunidade de integrar um projeto existente na UCC, desenvolvido e implementado pela EEESMP da unidade. Este projeto relaciona-se com a sobrecarga do cuidador informal e consiste no apoio e capacitação do mesmo, a fim de promover a sua recuperação e bem-estar.

Assim, no âmbito do estudo de caso e integrado no projeto da UCC, existiu a oportunidade de trabalhar diretamente com o familiar cuidador, através da implementação da intervenção psicoterapêutica de RAP. Esta intervenção psicoterapêutica providenciou ao cuidador ferramentas e estratégias fundamentais para a gestão da ansiedade, suporte emocional e orientação sobre como melhorar o seu autocuidado positivo. Esta interação não só é benéfica

para a pessoa, na medida em que adquiriu ferramentas que lhe permitiram diminuir a ansiedade, melhorar o seu autocuidado, capacidade de autocontrolo e de tomada de decisão, como também o permitirá prestar cuidados de qualidade à pessoa cuidada, num ambiente mais estável e favorável.

A experiência nesta unidade de cuidados combinada com o investimento teórico realizado, possibilitou o desenvolvimento desta competência e promoveu a aquisição e solidificação de conhecimentos que contribuíram para aprimorar a tomada de decisão. A integração destes conhecimentos, impulsionada pela discussão e análise com os supervisores clínicos, fomentou a reflexão crítica e a troca de conhecimentos, otimizando a qualidade da prática clínica.

Foi ainda possível observar que, a implementação de planos de cuidados personalizados e a consequente implementação de intervenções psicoterapêuticas, contribuíram para manter e/ou melhorar a saúde mental das pessoas alvo de cuidados. Assim, de modo a contribuir para a eficácia do tratamento, torna-se fundamental que o EEESMP tenha uma visão holística, na qual considera a pessoa no seu contexto familiar e social.

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.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, publicado no Diário da República (2018), as intervenções do EEESMP são projetadas para otimizar as respostas da pessoa e respetiva família aos problemas decorrentes da doença mental, visando evitar a deterioração da situação e a exclusão social da pessoa, promovendo a recuperação e a qualidade de vida de todo o sistema familiar.

É expectável que o EEESMP seja capaz de identificar o diagnóstico de saúde mental da pessoa/família/grupo ou comunidade, e determine os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde das pessoas, planeie e implemente intervenções no âmbito da saúde mental de um grupo ou comunidade.

Em ambos os locais de estágio, foram seguidas as etapas da concetualização de cuidados e o modelo de intervenção psicoterapêutica para a implementação de intervenções (Decreto-Lei n.º 161, 1996; Sampaio et al., 2018; Sequeira & Sampaio, 2020).

O estágio no serviço de psiquiatria forense ofereceu um contexto privilegiado para o desenvolvimento da unidade de competência relativa à realização e implementação de um plano de cuidados individualizado em saúde mental, tendo por base os diagnósticos de enfermagem e os resultados esperados. A natureza específica deste local de estágio, onde as

peessoas cumprem medidas de segurança judicialmente determinadas, exige uma abordagem rigorosa e individualizada, que se fundamenta em princípios éticos e nas melhores práticas da enfermagem (American Psychiatric Nurses Association, 2014).

Neste contexto, a autora foi confrontada com a necessidade de realizar uma avaliação abrangente da pessoa, que vai além dos sintomas psiquiátricos e que considera a história de vida, os fatores de risco e de proteção, as relações familiares e sociais, bem como as necessidades e os objetivos individuais (Fortinash & Holoday-Worret, 2007). Esta avaliação, realizada através de entrevistas, observação do comportamento e análise de registos clínicos, permitiu identificar diagnósticos de enfermagem, de acordo com os sistemas de taxionomia standardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 515, 2018). Com base nos diagnósticos de enfermagem, procedeu-se à elaboração de um plano de cuidados individualizado, que definiu objetivos terapêuticos realistas e mensuráveis, e que especificou as intervenções de enfermagem a serem implementadas para alcançar esses objetivos. A seleção destas intervenções foi baseada em evidências científicas e adaptada às necessidades e preferências individuais da pessoa (Townsend, 2011).

A implementação do plano de cuidados exigiu da autora a capacidade de priorizar as intervenções, organizar o trabalho e coordenar os cuidados com outros profissionais de saúde, como psiquiatras e terapeutas ocupacionais, por exemplo. A avaliação dos resultados obtidos foi parte integrante deste processo, permitindo o ajuste do plano de cuidados conforme necessário.

No que diz respeito ao estágio realizado na UCC, a prestação de cuidados seguiu também as etapas da concetualização dos cuidados de enfermagem, onde foi elaborado e implementado um plano individualizado de cuidados a um cuidador informal que apresentou um grau de sobrecarga elevada no exercício do seu papel, com foco em “aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade” e a “promover e reforçar as capacidades das famílias” (Regulamento n.º 515, 2018, p. 21429).

A relevância e eficácia dos cuidados de saúde comunitários, que visam a manutenção da pessoa no seu ambiente, são amplamente reconhecidas. O modelo de intervenção baseado na gestão de caso, no qual o EEESMP atua como terapeuta de referência, desempenha um papel crucial na oferta de cuidados de qualidade, gerando benefícios significativos tanto para a pessoa com doença e para a comunidade onde está inserida, como para a saúde em geral (Ordem dos Enfermeiros, 2021). A metodologia de gestão de caso combina diversas atividades desde a organização, avaliação, negociação, coordenação, até à integração de serviços e benefícios para a pessoa (Regulamento n.º 515, 2018).

Durante o estágio em contexto de comunidade, foi possível observar a dinâmica na qual a EEESMP, no papel de terapeuta de referência, coordenou programas de gestão de casos, no âmbito dos projetos de apoio às pessoas com doença mental e respetivos familiares. Desta

forma, foi possível observar a EEESMP, no exercício do seu papel, a coordenar a transição de pessoas e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte à pessoa e família (Regulamento n.º 515, 2018).

Desta forma, foi potenciada a valorização e a utilização de recursos e dinâmicas presentes em cada contexto específico, permitindo a implementação de intervenções psicoterapêuticas que fornecem ao familiar cuidador ferramentas que facilitam o processo de transição e adaptação ao exercício do seu papel no seu ambiente familiar e comunitário, como foi o caso da intervenção psicoterapêutica de RAP realizada no âmbito do estudo de caso. A título de exemplo prático, no processo de conceção de cuidados no âmbito do apoio ao cuidador informal, a pessoa foi orientada no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, nomeadamente foi requisitado apoio para a alimentação e cuidados de higiene à pessoa cuidada, por forma a aliviar a sobrecarga sentida.

Em suma, importa envolver a família e valorizar a dinâmica familiar como um componente essencial do tratamento, capacitando os familiares a serem participantes ativos neste processo. Assim, não só estaremos a promover o bem-estar da pessoa, como também a contribuir para a redução do stress e ansiedade dos próprios familiares.

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

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EEESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade (Regulamento n.º 515, 2018; Sampaio et al., 2023).

Durante este percurso foram desenvolvidas algumas atividades que contribuíram para a aquisição desta competência.

Em ambos os contextos de estágio e, no âmbito da concetualização de cuidados, foram realizados contactos individuais com as pessoas com necessidades de cuidados em saúde mental, onde foram utilizadas técnicas de comunicação terapêutica, escuta ativa e empatia.

A comunicação, tem uma importante relevância terapêutica, dado ser a base de toda a intervenção em saúde mental (Sequeira & Sampaio, 2020). É através da comunicação que o enfermeiro estabelece com o outro uma relação, que pode ter potencial terapêutico, quando

utilizada a comunicação como instrumento terapêutico (Sequeira & Sampaio, 2020).

Desta forma, torna-se fulcral que o EEESMP seja detentor de competências no domínio comunicacional, conhecendo as atitudes e técnicas de comunicação terapêutica e não terapêutica e de como adequar a sua conduta não verbal (Sequeira & Sampaio, 2020).

Assim sendo, podemos afirmar que, ao nível comunicacional, o EEESMP desempenha um papel importante, na medida em que possui ferramentas que lhe permitem uma comunicação eficaz que, não só é essencial para praticar e melhorar as relações interpessoais no local de trabalho entre grupos profissionais, como também é indispensável na prestação de cuidados, facilitando o estabelecimento de relações terapêuticas com a pessoa e respetivas famílias (Grover, 2005).

No que diz respeito ao contexto de psiquiatria forense, dada a especificidades das pessoas internadas, foi possível observar o planeamento da alta clínica e a articulação com os serviços da comunidade, com o objetivo de garantir a continuidade de cuidados e promover a reintegração social da pessoa (Regulamento n.º 515, 2018).

Relativamente ao estágio na UCC, existiu oportunidade de participar em intervenções de grupo, adaptadas às necessidades específicas das pessoas, nomeadamente em sessões de relaxamento, integradas num dos projetos da unidade. Neste contexto, também a possibilidade de efetuar várias visitas domiciliárias, permitiu compreender o contexto social e cultural das pessoas, e adaptar as intervenções às suas necessidades e circunstâncias específicas. A colaboração com outros profissionais e instituições da comunidade, com o objetivo de promover a reintegração social da pessoa e o acesso a recursos e apoios, também foi um aspeto relevante e observável neste contexto.

Assim, é possível afirmar que a unidade de competência “Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” (Regulamento n.º 515, 2018, p. 21430), foi atingida.

No estágio de psiquiatria forense, em colaboração com a restante equipa, foi possível participar em atividades que visaram o desenvolvimento de competências individuais das pessoas internadas, como por exemplo, a organização de um almoço conjunto ao ar livre e um magusto. Estas atividades implicaram o desenvolvimento de habilidades individuais, na medida em que houve necessidade de se organizarem para preparar o espaço onde se realizou o almoço (colocando mesas, cadeiras, louças e talheres) e, efetuaram também, a limpeza prévia e posterior do espaço.

Uma outra atividade promotora do desenvolvimento de competências individuais das pessoas internadas, consistiu no cuidado ao terreno agrícola que o serviço possuía, onde estas eram incentivadas a cuidar da horta. Também na área social, o serviço de cafetaria era gerido pelas mesmas. Estas atividades demonstram-se importantes no sentido em que permitem à pessoa o

incremento das suas competências individuais.

No âmbito do estágio de comunidade, foi também possível observar a promoção do desenvolvimento das competências individuais das pessoas alvo de cuidados, na medida em que foram trabalhadas habilidades de comunicação, resolução de problemas, gestão da ansiedade, entre outras, de modo a desenvolverem estratégias para lidarem com as suas dificuldades enfrentadas.

Em ambos os locais de estágio, existiu a oportunidade de discussão com os supervisores clínicos, partilhando informações relevantes sobre os casos clínicos, discutindo os progressos e os desafios enfrentados, e colaborando na elaboração e implementação do plano de cuidados.

No que respeita à avaliação das intervenções implementadas, esta foi conduzida através de diversas metodologias, que incluíram o *feedback* da pessoa alvo de cuidados, a aplicação prática dos conteúdos, entrevistas, a utilização de instrumentos de avaliação e observações. As intervenções tiveram como foco a promoção do bem-estar mental e a reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental. A análise dos resultados demonstrou que as intervenções realizadas contribuíram para a melhoria da qualidade de vida da pessoa alvo dos cuidados, através da promoção, manutenção e recuperação da sua saúde mental.

Assim, decorrentes das experiências vivenciadas em contexto de estágio, é possível concluir que foi atingida a unidade de competência “Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (Regulamento n.º 515, 2018, p. 21430).

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

No presente capítulo, é apresentada uma análise reflexiva dos resultados obtidos durante o período de estágio. O objetivo central deste relatório consistiu na explanação das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, evidenciando as aprendizagens e as experiências vivenciadas ao longo do percurso e que, no seu conjunto, garantiram o desenvolvimento das competências específicas inerentes ao EEESMP.

Em relação aos objetivos de estágio delineados inicialmente, no contexto de respostas diferenciadas, considera-se que foram atingidos. No que respeita ao contexto de comunidade, o objetivo inicialmente proposto não foi viável devido à ausência de pessoas com necessidades de intervenção no âmbito do consumo de substâncias na UCC. Em consequência, procedeu-se à reformulação, o que, embora tenha impossibilitado a continuidade da temática anterior, proporcionou uma maior diversidade de aprendizagens.

Em ambos os serviços onde decorreu o estágio, é de salientar, como ponto positivo, a dinâmica existente em termos de cooperação, comunicação eficaz e capacidade de trabalho em equipa, habilidades estas que são essenciais para o exercício profissional em saúde mental.

Na UCC, o foco foi o trabalho em proximidade com a comunidade, ao intervir na promoção da saúde mental, prevenção de doenças psiquiátricas e acompanhamento da pessoa e cuidadores em situações de vulnerabilidade. Este contexto revelou-se crucial para compreender as especificidades das intervenções comunitárias, com ênfase no suporte aos cuidadores informais, promoção do autocuidado e articulação com redes formais e informais de suporte. Além disso, o trabalho colaborativo com outros profissionais e instituições reforçou a importância de uma abordagem integrada e holística.

De uma forma geral, ao refletir sobre o trabalho desempenhado durante o estágio, considera-se que o percurso desenvolvido foi positivo, na medida em que, foi possível observar uma evolução significativa quer no desenvolvimento de competências específicas do EEESMP, quer na capacidade de interação e comunicação com a pessoa com doença mental e a equipa multidisciplinar. Surgiram oportunidades de aprendizagem que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, aprimorando a capacidade de adaptação e resolução de problemas. Além disso, foi também possível colocar em prática e consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos numa fase inicial deste Mestrado.

Considera-se também que, durante este percurso, foi possível aprimorar algumas competências na área da saúde mental e psiquiátrica, como por exemplo, as competências comunicacionais e a capacidade de planejar e implementar intervenções psicoterapêuticas, o que se revelou um contributo significativo para a prática clínica futura. Além disso, esta experiência contribuiu para a melhoria do autoconhecimento e permitiu refletir criticamente sobre a prática profissional, potenciando o crescimento pessoal e profissional da autora.

A participação ativa em atividades de pesquisa, a análise crítica da literatura, a discussão de casos clínicos quer com os supervisores clínicos quer com o professor orientador e a participação em projetos de melhoria contínua, constituíram oportunidades de aprendizagem

importantes para o desenvolvimento de competências. Neste seguimento, também a participação em congressos e seminários, com a apresentação de dois *posters* (ANEXO XVII e ANEXO XVIII) na área da saúde mental, um deles em trabalho colaborativo com outra estudante, representou um contributo significativo para a melhoria contínua da aprendizagem e para o desenvolvimento profissional, uma vez que, o conhecimento resulta também da partilha e discussão de informação.

Para além disso, este relatório, revelou-se uma aprendizagem quer a nível pessoal, quer profissional, na medida em que várias dificuldades foram sentidas. Uma delas, por exemplo, na gestão de tempo pessoal/profissional e na gestão de horários, nomeadamente no que diz respeito a articular compromissos pessoais com o horário de trabalho e o horário dos supervisores clínicos, uma vez que, como este decorre em horário rotativo e por turnos, nem sempre foi fácil conciliar. Uma outra dificuldade atravessada, centrou-se no facto de não ter sido possível dar continuidade à temática desenvolvida inicialmente, devido à ausência de pessoas com necessidades de intervenção na área da problemática aditiva.

Em termos de implicações para a prática, a experiência da autora nestes estágios reforçou a necessidade de uma abordagem holística, centrada na pessoa, respeitando sempre as suas individualidades e promovendo a sua autonomia. As situações experienciadas na prática clínica ressaltam a importância de desenvolver competências comunicacionais eficazes, tanto com a pessoa com doença mental, como com a equipa multidisciplinar, para garantir a continuidade, qualidade e eficácia dos cuidados. Também uma prática clínica baseada em evidência científica, a partilha de informação com os pares, a participação em atividades científicas e o trabalho em equipa desenvolvido durante o curso do estágio demonstraram-se contributos relevantes para o desenvolvimento de competências.

Assim, a experiência de estágio, ainda que com experiência profissional prévia na área, proporcionou novas oportunidades de aprendizagem através do contacto com realidades e contextos de intervenção distintos daqueles vivenciados no local de trabalho da autora. A superação das dificuldades enfrentadas e os conhecimentos adquiridos serão fundamentais para a prática clínica futura e para o desenvolvimento contínuo no campo da enfermagem em saúde mental.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). Orientação Técnica N.o 03/C01-i03/2022: Conclusão da Reforma de Saúde Mental e implementação da Estratégia para as Demências: Requalificar instalações e equipamentos da Psiquiatria Forense.
<https://recuperarportugal.gov.pt/wp-content/uploads/2022/05/03.pdf>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2017). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf>

Alaseeri, R., Rajab, A., & Banakhar, M. (2021). Do Personal Differences and Organizational Factors Influence Nurses' Decision Making? A Qualitative Study. *Nursing Reports*, 11(3), 714-727. <https://doi.org/10.3390/nursrep11030067>

Alonso-Pedrero, L., Bes-Rastrollo, M., & Marti, A. (2019). Effects of antidepressant and antipsychotic use on weight gain: A systematic review. *Obesity Reviews*, 20(12), 1680-1690.
<https://doi.org/10.1111/obr.12934>

American Nurses Association. (2010). Nursing: Scope and Standards of Practice. In *Nursesbooks.org*.
https://bethel-university.files.svdcn.com/production/general/Nursing-Program-ApplicationProcess_Scope-and-Standards.pdf

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (2025). What is Schizophrenia?
<https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>

American Psychiatric Nurses Association. (2014). Psychiatric-Mental Health Nursing: Scope and Standards of Practice (3rd ed.). American Nurses Association.

Angst, R. (2017). Psicologia e Resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253. <https://doi.org/10.7213/rpa.v27i58.20225>

Bahar, A. (2023). Hopelessness and Motivational Interviewing in Depression Patients with Suicidal Ideation. *Neuropsychiatric Investigation*, 61(1), 12-18.
<https://doi.org/10.5152/NeuropsychiatricInvest.2023.22023>

Baldaçara, L. (2021). Abordagem dos principais efeitos colaterais dos antipsicóticos atípicos. *Revista de Patologia Do Tocantins*, 8(3), 3-8.
<https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2021v8n3p3>

Baldaçara, L., Ramos, A., & Castaldelli-Maia, J. M. (2023). Managing drug-induced psychosis. *International Review of Psychiatry*, 35(5-6), 496-502.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2261544>

Barbaro, D. R., & Picarelli, C. C. (2017). Psicose induzida por substâncias ilícitas. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 19(3), 157.
<https://doi.org/10.23925/1984-4840.2017v19i3a12>

Barbosa, F., Voss, G., & Delerue Matos, A. (2020). Health impact of providing informal care in Portugal. *BMC Geriatrics*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01841-z>

Barbosa, T. M. S., Souza, A. J. S., Amaral, A. S., Augusto, A. L., Silva, M. B., Santos, C. A. F., Berwig, D., Souza, J. S. dos S., Amaral, L. S., Silveira, R. E., Santos, R. O. da S., & Ramos, S. F. (2024). IMPACTO DOS TRANSTORNOS PSICÓTICOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES E SEUS FAMILIARES. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(1), 683-694.
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v6n1p683-694>

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Moraes, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), 81-95. [doi.org](https://doi.org/10.21971/revista.v5i1.12345)

Baykal, D., & Bilgic, B. (2024). The effects of progressive muscle relaxation exercise on dementia caregivers. *Geriatric Nursing*, 59, 491-497.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.07.035>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed., Issue 1). Oxford University Press.

Beckmann, D., Lowman, K. L., Nargiso, J., McKowen, J., Watt, L., & Yule, A. M. (2020). Substance-induced Psychosis in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 131-143. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.006>

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

Berça, I. C. F., & Veiga-Branco, M. A. R. da. (2022). INDICADORES DE SEGURANÇA E GESTÃO DE RISCO SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE SAÚDE: PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. In *Servir*, 2(02), e26552. <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

Bradshaw, K. M., Donohue, B., & Wilks, C. (2014). A review of quality assurance methods to

assist professional record keeping: Implications for providers of interpersonal violence treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 242-250.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.010>

Bunn, F., Goodman, C., Pinkney, E., & Drennan, V. M. (2016). Specialist nursing and community support for the carers of people with dementia living at home: an evidence synthesis. *Health & Social Care in the Community*, 24(1), 48-67. <https://doi.org/10.1111/hsc.12189>

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

Chokhawala, K., & Stevens, L. (2023). *Antipsychotic Medications*. StatPearls Publishing .
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519503/>

Christy, A., Caverro, D., Navajeeva, S., Murray-O'Shea, R., Rodriguez, V., Aas, M., Trotta, G., Moudiab, S., Garrido, N., Zamora, B., Sideli, L., Wrobel, A. L., Salazar de Pablo, G., & Alameda, L. (2023). Association Between Childhood Adversity and Functional Outcomes in People With Psychosis: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 49(2), 285-296.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbac105>

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

Coelho, J., Sequeira, C., Fortuño, M., & Merino, J. (2020b). *Relação de Ajuda: Manual de Operacionalização da Intervenção de Enfermagem* (1.a edição). A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Coentre, R., Levy, P., & Figueira, M. L. (2010). *INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE - Período Pré-psicótico*. www.actamedicaportuguesa.com

Coentre, R., Levy, P., & Figueira, M. L. (2011). *INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE - Primeiro Episódio Psicótico e Período Crítico*. www.actamedicaportuguesa.com

Cohen-Laroque, J., Grangier, I., Perez, N., Kirschner, M., Kaiser, S., & Sabé, M. (2024). Positive and negative symptoms in methamphetamine-induced psychosis compared to schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. In *Schizophrenia Research* (Vol. 267, pp. 182-190). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.03.037>

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. (2022). *Segurança do Paciente: Guia para a Prática*. In Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.
<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Seguranca-do-Paciente-WEB.pdf>

Cordeiro, D. M., Pereira, G. A., & Borges, R. N. (2023). *Revisão clínica: introdução de*

antipsicóticos na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 18(45), 2930. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)2930](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)2930)

Costa, C. R. de B., Santos, S. S. dos, Godoy, S. De, Alves, L. M. M., Silva, Í. R., & Mendes, I. A. C. (2021). ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DE ERROS DE MEDICAÇÃO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79446>

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

Decreto-Lei n.º 161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). In *Diário da República I Série A n.º 205* (pp. 2959–2962).

Despacho n.º 9390/2021. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026). In *Diário da*

República II série n.º 187 (pp. 2021–2026). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Diário da República. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008. In *Diário da República I Série no 38* (pp. 1182–1189). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>

Diário da República. (2019). 1.a série - N.º 100 - Decreto-Lei n.º 70/2019. In *Diário da República I Série n.º 141* (pp. 2599–2608).

Diário da República. (2025). Definição de Inimputável . <https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/inimputavel>

Direção Geral da Saúde. (2015a). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>

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

Direção Geral da Saúde. (2017). PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL. www.dgs.pt

Direção Geral da Saúde. (2024). PLANEAR PARA A SAÚDE SUSTENTÁVEL Guia de apoio ao planeamento subnacional em saúde sustentável.

- Ezeruigbo, C. S. F., Osuchuchu, E., Elom, M. O., Vincent, C., Ubochi, N., & Iheanacho, P. (2022). Obtaining informed consent: psychiatric nurses' knowledge and practice at federal neuropsychiatric hospital Enugu, Nigeria. *Acta Bioethica*, 28(1), 125-136.
<https://doi.org/10.4067/S1726-569X2022000100125>
- Fennelly, O., Grogan, L., Reed, A., & Hardiker, N. R. (2021). Use of standardized terminologies in clinical practice: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics*, 149, 104431.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104431>
- Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Ashbaugh, C., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Scott, J. G., McGrath, J. J., Allebeck, P., Benjet, C., Breitborde, N. J. K., Brugha, T., Dai, X., Dandona, L., Dandona, R., Fischer, F., Haagsma, J. A., ... Whiteford Harvey A. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Figlie, N. B., & Guimarães, L. P. (2014). A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 34(87), 472-489.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Figueiredo, B. Q. de, Dias, A. L. C., Carvalho, B. D. de, Medeiros, G. A., Santana, M. F. C., Baliano, M. L., & Machado, S. L. P. (2021). Hipótese glutamatérgica da esquizofrenia: uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 10(12), e207101220343.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20343>
- Fiorentini, A., Cantù, F., Crisanti, C., Cereda, G., Oldani, L., & Brambilla, P. (2021). Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.694863>
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1913-1915). Springer New York.
https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Fortinash, K. M., & Holoday-Worret, P. A. (2007). *Psychiatric Nursing Care Plans* (5th ed.). Mosby. Elsevier.
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de Adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para a População Portuguesa. In *Avaliação Psicológica* (Vol. 9, Issue 3, pp. 345-357).
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300002
- Gérain, P., & Zech, E. (2021). Do informal caregivers experience more burnout? A meta-analytic

study. *Psychology, Health & Medicine*, 26(2), 145–161.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1803372>

Gleicher, L., & Green, E. (2020). EFFECTIVE STRATEGIES IN COMMUNITY SUPERVISION: CORE CORRECTIONAL PRACTICES AND MOTIVATIONAL INTERVIEWING.
<https://icjia.illinois.gov/researchhub/articles/effective-strategies-in-community-supervision-core-c-orrectional-practices-and-motivational-interviewing>

Grajales, D., Ferreira, V., & Valverde, Á. M. (2019). Second-Generation Antipsychotics and Dysregulation of Glucose Metabolism: Beyond Weight Gain. *Cells*, 8(11), 1336.
<https://doi.org/10.3390/cells8111336>

Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III--The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549–562.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp006>

ICNP. (2019). International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). Indicadores resumo sobre População - (NUTS 2024).
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userT-ableOrder=13053&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true

International Council of Nurses. (2021). THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES.
https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

Janeiro, L., & Faísca, L. (2015). Guia de Aplicação e Interpretação da SOCRATES 8D.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18810.64963>

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

Jorge, P., & Carvalheiro, J. (2021). Necessidades de Cuidados em Saúde Mental: A Perceção da Pessoa com Doença Mental Versus a do Técnico. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 7(3), 101–108. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2021.v7.i3.224>

Karabekiroğlu, A., Demir, E., Aker, S., Kocamanoğlu, B., & Karabulut, G. (2018). Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalised advanced cancer patients. *Singapore Medical Journal*, 572–577. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018066>

Kassew, T., Tilahun, S. Y., Alemayehu, B. F., Getnet, B., Demilew, D., Tarekegn, G. E., Alemu, K., Yesuf, Y. M., Oumer, M., Mehari, E. A., Melkam, M., & Nenko, G. (2023). Psychotic symptoms and its associated factors relating to psychoactive substance use among the youth population in

Northwest Ethiopia. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1045111>

Lei n.º 35/2023. (n.d.). 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 n.º 36:98, de 24 de julho. Retrieved March 26, 2025, from <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>

Lei n.º 156/2015. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. In *Diário da República I Série n.º 181* (pp. 8059–8105).

Lima, M. H. de S., & Fachini, A. (2016). Transferência e resistência em uma psicoterapia psicanalítica interrompida. *Aletheia*, 49(2), 38–46. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942016000200005&lng=pt&tlng=pt

London, M., Sessa, V. I., & Shelley, L. A. (2023). Developing Self-Awareness: Learning Processes for Self- and Interpersonal Growth. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10(1), 261–288. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-044531>

Lu, Y.-F. Y., & Wykle, M. (2007). Relationships Between Caregiver Stress and Self-Care Behaviors in Response to Symptoms. *Clinical Nursing Research*, 16(1), 29–43. <https://doi.org/10.1177/1054773806295238>

Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., Swartz, L., & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517–528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>

Machado, D., Almeida, A., & Tavares, J. (2023). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(2), 47–58. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.236>

Mateus, M., & Fernandes, S. (2019). Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes (Vol. 11, Issue 1). <https://doi.org/https://doi.org/10.34620/eduser.v11i1.118>

McClanahan, K. K., Huff, M. B., & Omar, H. A. (2006). Holistic Health: Does It Really Include Mental Health? *TheScientificWorldJOURNAL*, 6, 858239. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.339>

Medeiros, D. N., Ribeiro, J. F. de S., & Trajano, L. A. da S. N. (2021). Psicose induzida por drogas recreativas: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10(2), e21910212459. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12459>

- Meleis, A. (2010). *TRANSITIONS THEORY MIDDLE-RANGE AND SITUATION-SPECIFIC THEORIES IN NURSING RESEARCH AND PRACTICE*. Springer Publishing Company.
- Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Melo, A. H. F., & Freitas, F. (2023). Esquizofrenia, modelo biomédico e a cobertura da mídia. *Saúde Em Debate*, 47(136), 96-109. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313606>
- Melo, R. (2020). *A Transição para o Papel de Cuidador Familiar: A Família, o Cuidador Familiar e a Pessoa Dependente* (1st ed.). Novas Edições Acadêmicas.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)* (5.a Edição). Elsevier.
- Murrie, B., Lappin, J., Large, M., & Sara, G. (2020). Transition of Substance-Induced, Brief, and Atypical Psychoses to Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. In *Schizophrenia Bulletin* (Vol. 46, Issue 3, pp. 505-516). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz102>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- National Institute of Mental Health. (2023). *Understanding Psychosis*. <https://nationalepinet.org>.
- Neal, D. (2022). Informed Consent: A Process, Not a Form. *Psychiatric News*, 57(9). <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.09.9.25>
- Ooijen, W. B., Belle, E. van, Bank, A., Ginkel, J. de M., Waal, G. H., & Heinen, M. (2023). Nursing leadership to facilitate patient participation in fundamental care: An ethnographic qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 1044-1055. <https://doi.org/10.1111/jan.15329>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25680/guiabp_cuidenfesprecupessdoen%C3%A7amenalgrave_ordenferm_ok_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). PROGRAMA FORMATIVO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10982/programa-formativo-eesmpsiq_rev34-vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2025). Posição pública da Ordem dos Enfermeiros enviada ao Sr. Ministro da Saúde relativamente às Unidades de Cuidados na Comunidade na reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/posi%C3%A7%C3%A3o-p%C3%ABlica-da-ordem-dos-enfermeiros-enviada-ao-sr-ministro-da-sa%C3%BAde-relativamente-%C3%A0s-unidades-de-cuidados-na-comunidade-na-reconfigura%C3%A7%C3%A3o-dos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios-em-portugal/>

Pardiñas, A. F., Holmans, P., Pocklington, A. J., Escott-Price, V., Ripke, S., Carrera, N., Legge, S. E., Bishop, S., Cameron, D., Hamshire, M. L., Han, J., Hubbard, L., Lynham, A., Mantripragada, K., Rees, E., MacCabe, J. H., McCarroll, S. A., Baune, B. T., Breen, G., ... Walters, J. T. R. (2018). Common schizophrenia alleles are enriched in mutation-intolerant genes and in regions under strong background selection. *Nature Genetics*, 50(3), 381–389.
<https://doi.org/10.1038/s41588-018-0059-2>

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

Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. In *Arquivos de Medicina* (Vol. 25, pp. 174–179).

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Salvat Editores.

Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 18(2), 61–73.
<https://doi.org/10.56732/pensarenf.v18i2.96>

Phaneuf, M. (1995). Relação de Ajuda: elemento de competência da enfermeira. *Cuidar*.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusodidacta*.

Prince, H., & Alexander, L. (2017). Self-awareness. In The Insights Group.
<https://www.insights.com/media/1744/self-awareness-white-paper.pdf>

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Pullen, R. L., & Mathias, T. (2010). Fostering therapeutic nurse-patient relationships. *Nursing Made Incredibly Easy!*, 8(3), 4. <https://doi.org/10.1097/01.NME.0000371036.87494.11>

Raihan, N., & Cogburn, M. (2023). Stages of Change Theory.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556005/>

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República II Série n.º 26* (pp. 4744–4750).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República II Série n.º 26* (pp. 4744–4750).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 356/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. In *Diário da República II Série n.º 122* (pp. 17034–17041). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Regulamento n.º 366/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. In *Diário da República, II série, n.º 113* (pp. 16656–16663).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/06/113000000/1665616663.pdf>

Regulamento n.º 515/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. In *Diário da República II Série n.º 151* (pp. 21427–21430).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. In *Diário da República II Série n.º 184* (pp. 128–155).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ricci, V., Martinotti, G., & Maina, G. (2024). Substance-Induced Psychosis: Diagnostic Challenges and Phenomenological Insights. *Psychiatry International*, 5(4), 759–772.
<https://doi.org/10.3390/psychiatryint5040052>

Rosenfield, P. J., Jiang, D., & Pauselli, L. (2022). Childhood adversity and psychotic disorders: Epidemiological evidence, theoretical models and clinical considerations. *Schizophrenia Research*, 247, 55-66. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.005>

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

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018a). MODELO DE INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>

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

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

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (pp. 9-6). *Revista Referência - II série*, n.o 12. <https://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>

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

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

Silva, J. K., Anjos, K. F., Santos, V. C., Oliveira Boery, R. N. S., Oliveira Santa Rosa, D., & Boery, E. N. (2018). Intervenções para cuidadores de sobreviventes de acidente vascular cerebral: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.114>

Silva, M., Duarte, J., Melo, R., Rua, I., Freitas, M., Morais, P., & Rua, M. (2021). Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(2). <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.123>

Soares, E. M. (2020). Seminário II: Desenvolvimento Pessoal. <http://hdl.handle.net/10400.8/5364>

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental. (n.d.). *Perturbação Mental em Números*. Retrieved June 6, 2024, from

<https://www.sppsm.org/informemente/perturbacao-mental-em-numeros/>

Solmi, M., Murru, A., Pacchiarotti, I., Undurraga, J., Veronese, N., Fornaro, M., Stubbs, B., Monaco, F., Vieta, E., Seeman, M., Correll, C., & Carvalho, A. (2017). Safety, tolerability, and risks associated with first- and second-generation antipsychotics: a state-of-the-art clinical review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, Volume 13, 757-777.
<https://doi.org/10.2147/TCRM.S117321>

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2016). Training programmes for family caregivers of people with dementia living at home: integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2757-2767. <https://doi.org/10.1111/jocn.13266>

Tampi, R. R., Young, J., Hoq, R., Resnick, K., & Tampi, D. J. (2019). Psychotic disorders in late life: a narrative review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 9.
<https://doi.org/10.1177/2045125319882798>

Tanriverdi, D., & Bahar, A. (2023). The Effect of Motivational Interview on the Treatment Adherence of the Depression Patients. *Journal of Contemporary Medicine*, 13(3), 522-527.
<https://doi.org/10.16899/jcm.1242773>

Teixeira, M., Quintão, J., Rocha, A., Leomaro, V., & Sales, L. (2024). Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: quantos são os “certos”? 16.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Conceito de cuidado na prática baseada na evidência* (6th ed.). Lusociência.

UNESCO. (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.
https://unesdoc.unesco.org/notice?id=p::usmarcdef_0000146180_por

United Nations. (2023). *WORLD SOCIAL REPORT 2023: LEAVING NO ONE BEHIND IN AN AGEING WORLD*. United Nations publication.
<https://bloustein.rutgers.edu/wp-content/uploads/2023a/01/2023-World-Social-Report-United-Nations-Department-of-Economic-and-Social-Affairs.pdf>

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

Varcarolis, E. M., & Fosbre, C. D. (2020). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care* (4th ed.). Elsevier.

Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., Bloomfield, M. A. P., Curran, H. V., & Baler, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 292.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3278>

Wilks, S. E., Little, K. G., Gough, H. R., & Spurlock, W. J. (2011). Alzheimer's Aggression: Influences on Caregiver Coping and Resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(3), 260-275. <https://doi.org/10.1080/01634372.2010.544531>

Willhelm, A., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1). <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>

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

Xavier, M., Vieira, F., & Barreto, H. (2022). Programa de Reconfiguração do Sistema Forense do Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.34619/0cha-hk13>

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

Zarit, S. H., & Savla, J. (2016). Caregivers and stress. In *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior*. (pp. 339-344). Elsevier Academic Press.

8. ANEXOS

Anexo I

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

SOCRATES 8D

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

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

Tabela 1
Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1		5	
Item 2			4
Item 3	5		
Item 4		4	
Item 5	----	----	----
Item 6			5
Item 7	5		
Item 8		5	
Item 9		4	
Item 10	5		
Item 11			5
Item 12	5		
Item 13			
Item 14		5	
Item 15	5		
Item 16			4
Item 17	4		
Item 18			
Item 19		5	
	Total <u>29</u>	Total <u>36</u>	Total <u>18</u>
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2
Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

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

Resultado: Fase de Contemplação.

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

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

Tabela 2
Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

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

Resultado: Fase de Ação.

ANEXO III – RESULTADO NOC – COMPORTAMENTO DE CESSAÇÃO DO ABUSO DE DROGAS (AVALIAÇÃO INICIAL)

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

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

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

ANEXO V – Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Teste Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Nome: _____ Data de nascimento: _____
 MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Escolaridade: _____ Data de avaliação: _____
 Versão Experimental Portuguesa Sexo: _____ Idade: _____ anos

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Pontos																														
Fim Início [1]	Copiar o cubo [1]	Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez) (3 pontos) [1] [1] [1] Contorno Números Ponteiros	5/5																													
NOMEAÇÃO [1] [1] [1]		3/3																														
MEMÓRIA Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Rosto</th> <th>Veludo</th> <th>Igreja</th> <th>Malmequer</th> <th>Vermelho</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º ensaio</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>2º ensaio</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> </tr> </tbody> </table>		Rosto	Veludo	Igreja	Malmequer	Vermelho	1º ensaio	☒	☒	☒	☒	☒	2º ensaio	☒	☒	☒	☒	☒	Sem Pontuação												
	Rosto	Veludo	Igreja	Malmequer	Vermelho																											
1º ensaio	☒	☒	☒	☒	☒																											
2º ensaio	☒	☒	☒	☒	☒																											
ATENÇÃO Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência em sentido directo (1 número por segundo). O sujeito deve repetir a sequência em sentido inverso. [1] 2 1 8 5 4 [1] 7 4 2 Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros. ☒ F B A C M N A A I K L B A F A K D E A A A I A M O F A A B Subtrair de 7 em 7 começando no 100 ☒ 93 ☒ 86 ☒ 79 ☒ 72 ☒ 65 4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos		2/2																														
LINGUAGEM Repetir: Eu apenas sei que hoje devemos ajudar o João. ☒ O gato esconde-se sempre debaixo do sofá quando os cães entram na sala. Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto). ☒ 13 (N = 11 palavras)		2/2																														
ABSTRAÇÃO Semelhança p. ex. entre maçã e laranja = fruta ☒ comboio - bicicleta ☒ relógio - régua		2/2																														
EVOCACÃO DIFERENCIAL <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ROSTO</th> <th>VELUDO</th> <th>IGREJA</th> <th>MALMEQUER</th> <th>VERMELHO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Deve recordar as palavras SEM PISTAS</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>Opicional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pista de categoria</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pista de escolha múltipla</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS			ROSTO	VELUDO	IGREJA	MALMEQUER	VERMELHO	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	☒	☒	☒	☒	☒	Opicional						Pista de categoria						Pista de escolha múltipla						5/5
	ROSTO	VELUDO	IGREJA	MALMEQUER	VERMELHO																											
Deve recordar as palavras SEM PISTAS	☒	☒	☒	☒	☒																											
Opicional																																
Pista de categoria																																
Pista de escolha múltipla																																
ORIENTAÇÃO ☒ Dia do mês (Data) ☒ Mês ☒ Ano ☒ Dia da semana ☒ Lugar ☒ Localidade		6/6																														
© Z.Nosreddine MD www.mocotest.org Versão Experimental Portuguesa: Mário Simões, Horácio Firmino, Manuela Vilar, Mónica Martins (FPCE-UC-HUC; 2007)		TOTAL Atribua 1 ponto se o sujeito tem ≤ 12 anos de escolaridade 30/30																														

ANEXO VI – RESULTADO NOC – COGNIÇÃO

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

TOTAL: 65 pontos (Sem déficit cognitivo).

ANEXO VII – RESULTADO NOC – AUTOCONTROLE DA ANSIEDADE (AVALIAÇÃO INICIAL)

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

ANEXO VIII – RESULTADO NOC – AUTOCONTROLE DA ANSIEDADE (AVALIAÇÃO FINAL)

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

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

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

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

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

ANEXO XI – Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAM-A) (AVALIAÇÃO INICIAL)

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

A Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton é composta por 14 itens. Para cada um dos itens, assinale a opção que considera mais adequada para descrever a forma como a/o cliente se apresenta ao longo da entrevista.

	0 Ausente	1 Ligeira	2 Moderada	3 Grave	4 Muito grave
1. Humor ansioso: Preocupação, apreensão, antecipação do pior, irritabilidade.				X	
2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, incapacidade para relaxar, reação de sobressalto, choro fácil, tremores e sensação de inquietação.				X	
3. Medos: Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.	X				
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não reparador associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.	X				
5. Nível Intelectual/cognitivo: dificuldade de concentração, défice de memória.		X			
6. Humor depressivo: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, sinais de depressão, insónia terminal, alterações do humor.		X			
7. Nível Somático muscular: Dores musculares e dores de cabeça, espasmos musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz trémula.	X				
8. Nível Somático sensorial: ruídos auditivos, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueiro.	X				
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor	X				

no peito, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.	X				
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dispepsia: dor abdominal antes ou depois das refeições, azia, sensação de enfiamento, refluxo, náuseas, vômitos, ruídos intestinais, diarreia, perda de peso, obstipação.	X				
12. Sintomas Geniturinários: Poliaquiúria, urgência urinária, amenorreia, menorragia, anafrodisia (falta de desejo sexual), ejaculação precoce, disfunção erétil, impotência.	X				
13. Sintomas Autonômicos: Xerostomia, corar, palidez, hipersudorese, vertigens, cefaleias de tensão, arrepios.	X				
14. Comportamento na Entrevista: Tenso (não relaxado), tiques nervosos (apertar os dedos ou mãos), inquietação ou agitação, mãos trêmulas, testa franzida, expressão facial tensa, aumento da tensão muscular, suspiros, palidez facial, engolir repetidamente, etc.				X	

TOTAL: 11 pontos – Ansiedade ligeira

<17 – Ansiedade ligeira

18–24 – Ansiedade moderada

25–30 – Ansiedade severa

ANEXO XII – Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAM-A) (AVALIAÇÃO FINAL)

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

A Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton é composta por 14 itens. Para cada um dos itens, assinale a opção que considera mais adequada para descrever a forma como a/o cliente se apresenta ao longo da entrevista.

	0 Ausente	1 Ligeira	2 Moderada	3 Grave	4 Muito grave
1. Humor ansioso: Preocupação, apreensão, antecipação do pior, irritabilidade.		X			
2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, incapacidade para relaxar, reação de sobressalto, choro fácil, tremores e sensação de inquietação.	X				
3. Medos: Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.	X				
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não reparador associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.	X				
5. Nível Intelectual/cognitivo: dificuldade de concentração, défice de memória.	X				
6. Humor depressivo: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, sinais de depressão, insónia terminal, alterações do humor.	X				
7. Nível Somático muscular: Dores musculares e dores de cabeça, espasmos musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz trémula.	X				
8. Nível Somático sensorial: ruídos auditivos, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueiro.	X				
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor	X				

no peito, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.	X				
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dispepsia: dor abdominal antes ou depois das refeições, azia, sensação de enfartamento, refluxo, náuseas, vômitos, ruídos intestinais, diarreia, perda de peso, obstipação.	X				
12. Sintomas Geniturinários: Poliaquiúria, urgência urinária, amenorreia, menorragia, anafrodisia (falta de desejo sexual), ejaculação precoce, disfunção erétil, impotência.	X				
13. Sintomas Autonômicos: Xerostomia, corar, palidez, hipersudorese, vertigens, cefaleias de tensão, arrepios.	X				
14. Comportamento na Entrevista: Tenso (não relaxado), tiques nervosos (apertar os dedos ou mãos), inquietação ou agitação, mãos trêmulas, testa franzida, expressão facial tensa, aumento da tensão muscular, suspiros, palidez facial, engolir repetidamente, etc.	X				

TOTAL: 1 ponto – Sem ansiedade.

<17 – Ansiedade ligeira

18–24 – Ansiedade moderada

25–30 – Ansiedade severa

ANEXO XIII – Escala de Zarit (AVALIAÇÃO INICIAL)

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

(Escala de Zarit)

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

	Nunca	Quase nunca	Às Vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	X				
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					X
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					X
4. Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?	X				
5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?				X	
6. Considera que a sua situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos e/ou outros familiares?					X
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					X
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					X
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					X

11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					X
12. Pensa que as suas relações sociais tenham sido afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					X
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o visitarem devido ao seu familiar?	X				
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?	X				
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	X				
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					X
17. Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					X
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					X
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					X
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					X
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					X

Score: 85 pontos (Sobrecarga elevada).

Sem sobrecarga: pontuação inferior a 46

Sobrecarga Ligeira: pontuação entre 47 e 56

Sobrecarga Elevada: pontuação superior a 56

ANEXO XIV – Escala de Zarit (AVALIAÇÃO FINAL)

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

(Escala de Zarit)

A Escala de *Zarit* é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	X				
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?		X			
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?		X			
4. Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?	X				
5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	X				
6. Considera que a sua situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos e/ou outros familiares?		X			
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?			X		
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?			X		
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	X				
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	X				

11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	X				
12. Pensa que as suas relações sociais tenham sido afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?		X			
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o visitarem devido ao seu familiar?	X				
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?	X				
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	X				
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		X			
17. Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?		X			
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?		X			
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	X				
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	X				
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?		X			

Score: 34 pontos (Sem sobrecarga).

Sem sobrecarga: pontuação inferior a 46

Sobrecarga Ligeira: pontuação entre 47 e 56

Sobrecarga Elevada: pontuação superior a 56

ANEXO XV – Escala de Autoestima de Rosenberg

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
Em geral, estou satisfeito comigo mesmo.		X		
Às vezes, eu acho que não sirvo para nada.			X	
Eu sinto que tenho um tanto de boas qualidades.		X		
Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.		X		
Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.			X	
Às vezes, eu realmente sinto-me inútil.				X
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, igual às outras pessoas.		X		
Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.			X	
Quase sempre eu estou inclinado a achar que sou um fracassado.				X
Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.		X		

ANEXO XVI – Resultado NOC – Equilíbrio do Humor

		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Frequentemente demonstrado	Consistentemente demonstrado	
CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
120401	Demonstra afeto que se enquadra à situação	1	2	3	4	5	NA
120402	Demonstra humor estável	1	2	3	4	5	NA
120403	Demonstra controle de impulso	1	2	3	4	5	NA
120404	Relata sono adequado	1	2	3	4	5	NA
120405	Demonstra concentração	1	2	3	4	5	NA
120406	Fala em ritmo moderado	1	2	3	4	5	NA
120423	Mantém a boa apresentação e a higiene pessoal	1	2	3	4	5	NA
120411	Veste roupas apropriadas à situação	1	2	3	4	5	NA
120412	Mantém o peso estável	1	2	3	4	5	NA
120413	Demonstra apetite normal	1	2	3	4	5	NA
120424	Relata aceitação do regime medicamentoso	1	2	3	4	5	NA
120425	Relata aceitação do regime de tratamento	1	2	3	4	5	NA
120415	Mostra interesse pelos arredores	1	2	3	4	5	NA
120417	Demonstra nível estável de energia	1	2	3	4	5	NA
120418	Realiza as tarefas diárias	1	2	3	4	5	NA
		Consistentemente demonstrado	Frequentemente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Raramente demonstrado	Nunca demonstrado	
120407	Conflito de ideias	1	2	3	4	5	NA
120408	Grandiosidade	1	2	3	4	5	NA
120409	Euforia	1	2	3	4	5	NA
120416	Ideação suicida	1	2	3	4	5	NA
120420	Depressão	1	2	3	4	5	NA
120421	Letargia	1	2	3	4	5	NA
120422	Hiperatividade	1	2	3	4	5	NA



TrofaSaúde

CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Ana Filipa Mendes Magalhães

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

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde



CERTIFICADO

O **Trofa Saúde** certifica que

Filipa Magalhães Magalhães

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

Dr. José Vila Nova

Chief Medical Officer
Trofa Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANEAMENTO DA ENTREVISTA INICIAL A CLIENTE COM COMPORTAMENTO ADITIVO

ENTREVISTA INICIAL				
Local: Gabinete de enfermagem	Data e Hora: 16/10/2024 11h	Duração: 45 minutos	Alvo: Sr. N.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: • Estabelecer o primeiro contacto com o cliente. • Realizar a colheita de dados. • Promover relação terapêutica com o cliente. • Aplicar instrumentos de avaliação. • Identificar possíveis diagnósticos de enfermagem.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	• Apresentação. • Explicar objetivo da entrevista. • Obter consentimento para a recolha de dados, salvaguardando confidencialidade e sigilo profissional.	Expositivo Participativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras.	5 minutos
Desenvolvimento	• Questionar cliente sobre: dados pessoais, processo de adoecer, história de doença atual, hábitos de vida/atividades de vida diárias. • Elaborar Ecomapa e Genograma. • Monitorizar peso, altura e sinais vitais. • Aplicar MoCA (ANEXO V). • Aplicar escala de SOCRATES 8D (ANEXO I). • Aplicar resultado NOC – Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas (ANEXO III).	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras. Caneta. Folhas.	35 minutos
Conclusão	• Resumo da sessão. • Esclarecimento de dúvidas. • Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras.	5 minutos

APÊNDICE II – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

HISTÓRIA BIOPSIKOSSOCIAL

Nome: N.T.

Nome favorito: N.

Sexo: Masculino.

Idade: 40 anos.

Estado civil: Divorciado.

Agregado familiar composto por: mãe.

Nacionalidade: Portuguesa.

Habilidades Literárias: 9.º ano.

Profissão: Padeiro.

Situação profissional: Desempregado.

Religião: Católico.

Relação de parentesco/vizinhança da pessoa a contactar: mãe.

PROCESSO DE ADOECER

O SR. N. iniciou consumo de tabaco em 1999, aos 15 anos, e mantém atualmente um consumo de 20 cigarros por dia. Nesse mesmo ano, teve o seu primeiro contacto com o consumo de haxixe, consumindo inicialmente apenas aos fins de semana, tendo passado a consumir três cigarros por dia, até aos 17 anos.

Em 2001, com 17 anos, inicia o consumo de heroína. Nesta altura conhece a sua esposa. Foi internado para desabilitação de heroína neste mesmo ano e manteve-se abstinente durante dois anos.

Casou-se em 2009 e foi em 2010 que nasceu a sua primeira e única filha. Também durante este ano iniciou o consumo de cocaína, tendo dado origem a um quadro de comportamentos agressivos e insinuações de infidelidade da esposa após nascimento da filha.

Entre 2015 e 2017, foi acompanhado em Consulta de Psiquiatria a nível particular e esteve medicado com Risperdal Consta 50mg quinzenal.

Em 2017, os consumos regulares de substâncias e o aumento da intensidade das desconfianças e insinuações a respeito da ex-esposa conduziram ao abandono do emprego na padaria e ao divórcio.

Em 2019, foi internado em regime involuntário num serviço de Psiquiatria. Teve alta um mês depois em regime ambulatorio compulsivo. Nesta altura, viajou para o exterior em trabalho, tendo faltado à toma da terapêutica injetável mensal.

Em 2020, com 36 anos, foi detido e cumpriu pena num estabelecimento prisional, até ser transferido, em 2024, para uma unidade de psiquiatria forense e é onde se encontra atualmente.



Figura 1 – Friso cronológico da evolução da doença.

HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Cliente com 40 anos com diagnósticos prováveis perturbação delirante e dependência de múltiplas substâncias. Encontra-se atualmente abstinente.

Durante toda a vida adulta manteve consumos regulares de haxixe, cocaína e heroína, associando o cliente a um aumento da intensidade das desconfianças para com a ex-esposa a períodos de maior consumo.

Aceitação do Estado de Saúde: Com insight para a sua situação.

Internamento: Involuntário, com medida de segurança judicial.

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Episódio: Intermitente.

Acompanhamento em consulta: Em 2014 terá iniciado acompanhamento, mas não fazia tratamento de substituição. Abandonou o seguimento em 2018.

Terá sido acompanhado em Consulta de Psiquiatria a nível particular entre 2015 e 2017, tendo estado medicado com Risperdal Consta 50mg quinzenal.

Internamentos anteriores/datas/motivo de internamento: Esteve internado em regime de internamento involuntário no serviço de psiquiatria durante um mês. Teve alta medicado com terapêutica injetável de quatro em quatro semanas, mantendo-se em regime de tratamento compulsivo em ambulatório.

Reação aos internamentos: Cliente reconhece e compreende motivo pelo qual está internado.

Adesão/Gestão do Regime Terapêutico: Cliente adere ao regime terapêutico no internamento.

Resposta à medicação: Boa resposta à terapêutica instituída no internamento.

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

Medicação	9h	13h	16h	19h	21h
Olanzapina				10mg	

Tabela 1 - Medicação prescrita no internamento.

VIVÊNCIA DA DOENÇA/ADAPTAÇÃO À DOENÇA

Reconhece as causas que despoletaram a sua condição. Tem expectativas positivas quanto à resolução da situação clínica em que se encontra e reconhece as consequências do não-tratamento.

Reconhece necessitar de ajuda e de estratégias que facilitem a sua reintegração na sociedade, assim que cumprida a pena.

HISTÓRIA CLÍNICA

Cognição: Sem déficit cognitivo (aplicação MoCA - 30 pontos).

Outras doenças: Nega.

Antecedentes médico-cirúrgicos: Fratura da coluna cervical (c6), fechada, sem menção de lesão medular, hemopneumotórax sem menção de ferimento penetrante do tórax.

Acidentes/traumatismos:

- TCE após acidente de viação em 2004, com necessidade de internamento durante 15 dias.
- Acidente de viação em 2007 com internamento de 17 dias.

Alergias: nega alergias.

Próteses, dispositivos de auxílio: Não.

Transtornos neurológicos: Não.

Dependências:

- Tabaco: iniciou consumos com cerca de 15 anos, atualmente fuma cerca de um maço/dia.
- Haxixe: iniciou consumos aos 15 anos, inicialmente só aos fins de semana e posteriormente três cigarros por dia.
- Opiáceos: Heroína fumada, início dos consumos pelos 17 anos, cerca de um pacote por dia.
- Cocaína (crack): início dos consumos pelos 26 anos, com frequência diária, cerca de 3g por semana.

Nega consumos de drogas injetáveis.

Esteve internado para desabituação de heroína durante dois meses, aos 17 anos, após o qual esteve abstinente durante dois anos.

Atualmente afirma estar abstinente de todas as substâncias desde janeiro de 2020, à exceção do tabaco.

HISTÓRIA FAMILIAR

História de doença psiquiátrica: Pai morreu por suicídio com arma de fogo quando o cliente tinha 7 anos, tendo sido por ele presenciado.

Outras doenças: Cliente desconhece.

O Sr. N é o segundo de uma fratria de dois irmãos. Residia em casa da mãe com a própria.

Genograma

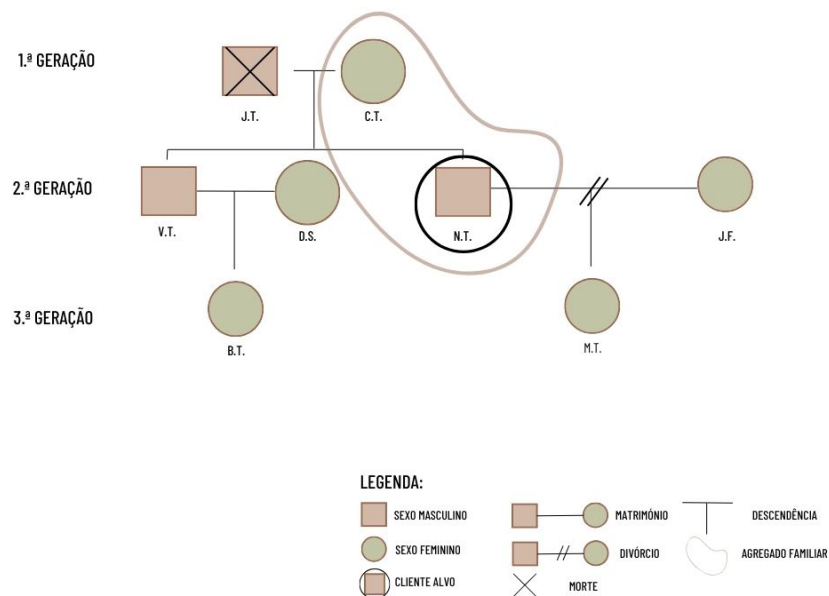


Figura 2 - Genograma.

HISTÓRIA SOCIAL

O Sr. N. tem uma relação forte com a mãe e irmão. Mantém também contacto com a filha e cunhada, que o visitam no internamento. Antes do internamento, ia frequentemente a convívios com amigos do grupo de motards e de caçadores.

Ecomapa

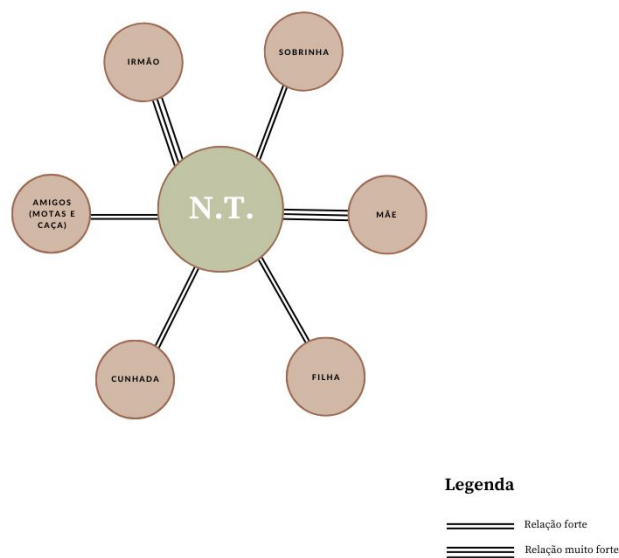


Figura 3 - Ecomapa.

HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO

História da Infância: Nascido de parto eutócico com assistência hospitalar, sem intercorrências conhecidas no período perinatal. É o segundo irmão de uma fratria de dois.

História da Adolescência: Frequentou a escola, sem dificuldades de adaptação. Frequentou o 10.º ano, mas reprovou dois anos, alegadamente porque faltava às aulas. Completou o 9.º ano de escolaridade com 15 anos. Foi trabalhar como padeiro na padaria da qual a mãe é proprietária.

Relata ter conhecido a ex-esposa numa discoteca em 2001. A esposa estudava e o Sr. N. trabalhava como padeiro. Em 2002 começaram a viver juntos e a esposa foi trabalhar com ele na padaria.

História da Idade Adulta: Em 2010 casaram-se e, nesse mesmo ano, nasceu a sua primeira e única filha. Divorciou-se em 2015, tendo continuado a residir na mesma casa com a ex-esposa até 2016.

HISTÓRIA OCUPACIONAL E EDUCACIONAL

Nível de funcionamento escolar: Completou o 9.º ano de escolaridade com 15 anos.

Nível de funcionamento no trabalho ou ocupação: Trabalhava como padeiro na padaria da qual a mãe é proprietária.

EXAME FÍSICO

Tensão Arterial: 123/76 mmHg

Pulso: 67 bpm (rítmico, amplo, regular, simétrico).

Temperatura: 36,4 ° C.

Respiração: 18 cpm (regular, profunda, mista, simétrica).

Dor: ausente.

Estado Nutricional:

Peso: 70 Kg.

Altura: 1,70 m.

IMC: 24,2 Kg/m² (Peso normal).

Disfagia: ausente.

Cabeça/Tronco/Membros: Sem alterações.

Pele e Mucosas: Pele íntegra, mucosas coradas e hidratadas. Sem edemas.

Visão: Preservada.

Audição: Preservada.

HÁBITOS DE VIDA

Autocuidados: Independente em todos os autocuidados.

Autocuidado: atividade recreativa: No internamento pratica aulas de educação física, teatro e participa no atelier “*upcycling*”. Nos restantes dias, passa a maior parte do seu tempo entre as salas de estar a jogar cartas e o recinto exterior.

Autocuidado: atividade física: Pratica aulas de educação física no internamento.

Autocuidado: sono-reposo:

Horas de sono: 8h.

Repouso durante o dia: Não.

Recurso a medicação: No internamento tem cumprido a terapêutica instituída, que tem surtido efeito. Sem necessidade de administração de medicação em SOS.

Qualidade do sono: Reparador.

Insónias: Sem insónia.

ELIMINAÇÃO

Eliminação intestinal: Independente no uso do WC. Refere trânsito intestinal regularizado.

Eliminação urinária: Sem alterações.

ESTILOS DE VIDA

Uso de substâncias: Consumo anterior de tabaco, haxixe, heroína e cocaína. Nega consumos de drogas injetáveis.

Padrão de consumo:

- Tabaco: iniciou consumos com cerca de 15 anos, atualmente fuma cerca de um maço/dia.
- Haxixe: iniciou consumos pelos 15 anos.
- Opiáceos: Heroína fumada, início dos consumos pelos 17 anos.
- Cocaína (crack): início dos consumos pelos 26 anos.

EXAME PSICOLÓGICO

INTERAÇÃO SOCIAL

Relação (Contacto): Fácil.

Comunicação: Discurso espontâneo, coerente, lógico, em tom e débito normais.

Estado de Consciência: Vígil.

Comportamento: Calmo e colaborante.

Orientação: Orientado em todas as dimensões.

Humor: Eutímico.

Memória Comprometida: Não.

Afetividade: Sem alterações.

Fobias: Não.

Percepção: Sem alterações.

Ansiedade: Não.

Pensamento: Pensamento sem alterações do curso ou forma, conteúdo ou posse.

EXPECTATIVAS

“Espero que me ajudem a ultrapassar esta fase difícil. Eu quero ajudar e ser ajudado. Sei que tem de partir de mim, mas preciso de ajuda. Quero muito voltar a ter uma vida normal lá fora e recuperar a relação com a minha filha”.

Reconhece que a sua condição clínica tem implicações na sua vida social e familiar, pois os membros têm conhecimento sobre a sua situação, no entanto, estão disponíveis para o receber de volta e ajudá-lo a melhorar.

Demonstra juízo crítico sobre o que é discutido e sugerido.

Projeta-se no futuro, com o objetivo de voltar a trabalhar e a reestabelecer a sua vida abstinente das drogas.

APÊNDICE III – PLANEAMENTO ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Sessão 1				
Local: Gabinete de enfermagem	Data e Hora: 23/10/2024 11h	Duração: 45 minutos	Alvo: Sr. N.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: - Promover relação terapêutica com o cliente. - Aumentar motivação. - Aumentar possibilidade de mudança de comportamento.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Explicar objetivo da sessão.	Expositivo Participativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras.	5 minutos
Desenvolvimento	- Apresentar intervenção psicoterapêutica: entrevista motivacional. - Apresentar objetivos das sessões. - Estabelecer contrato terapêutico (APÊNDICE V). - Recapitular com o utente todo o seu processo terapêutico até à data. - Efetuar questões abertas, de forma a explorar e reforçar as consequências do comportamento problema nas diferentes áreas da sua vida (família, trabalho, estudo, sexualidade, saúde, social e religião). - Reforçar as vantagens e desvantagens da mudança de comportamento (Exercício “Balança Decisional” – APÊNDICE VI). - Solicitar que comente o que escreveu, reforçando os aspetos negativos do comportamento problema e os aspetos positivos da mudança. - Facilitar a reflexão sobre os valores quanto a ganhos e perdas atribuídos à mudança e continuidade do comportamento, relacionando a motivação para a mudança à perceção das perdas decorrentes do comportamento problema. - Demonstrar reconhecimento pela sua decisão de mudança, com comentários de apreciação e de empatia. - Solicitar a realização da tarefa em casa (APÊNDICE VII).	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras. Caneta. Contrato Terapêutico. Exercício “Balança Decisional”. Tarefa de casa.	35 minutos

Conclusão	• Resumo da sessão. • Esclarecimento de dúvidas. • Agendamento da próxima sessão.	Ativo	Gabinete.	5 minutos
		Interrogativo	Mesa.	
		Participativo	Cadeiras.	

Sessão 2				
Local: Gabinete de enfermagem		Data e Hora: 30/10/2024 11h	Duração: 45 minutos	Alvo: Sr. N.T.
Enfermeira: Filipa Magalhães				
Objetivos: • Promover relação terapêutica com o cliente. • Aumentar motivação. • Aumentar possibilidade de mudança de comportamento.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	• Cumprimentos iniciais. • Explicar objetivo da sessão. • Resumo da sessão anterior.	Expositivo Participativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras.	5 minutos
Desenvolvimento	• Explorar a tarefa realizada em casa. ◦ Esclarecer quais os seus objetivos futuros, reforçando as respetivas razões e responsabilidade pessoal pela mudança. • Avaliar o processo percorrido, os pontos fortes e fracos da experiência, reforçando autoeficácia, esperança e otimismo do cliente.	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras. Caneta. Folhas. Tarefa de casa.	35 minutos
Conclusão	• Resumo da sessão. • Esclarecimento de dúvidas. • Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras.	5 minutos

Sessão 3				
Local: Gabinete de enfermagem	Data e Hora: 06/11/2024 11h	Duração: 45 minutos	Alvo: Sr. N.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: - Promover relação terapêutica com o cliente. - Aumentar motivação. - Aumentar possibilidade de mudança de comportamento. - Elaborar plano de ação para o futuro.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Explicar objetivo da sessão. - Resumo da sessão anterior.	Expositivo Participativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras.	5 minutos
Desenvolvimento	- Recapitulação e revisão do progresso. - Elaborar um plano de metas, indicando que este deverá ser avaliado/reformulado diariamente, de forma a não ser esquecido (APÊNDICE VII). - Reforçar a importância do envolvimento de outros significativos na concretização do respetivo plano. - Elaborar um plano de prevenção de recaídas, através de um fluxograma (APÊNDICE XVII). - Sinais de alerta de recaída. - Estratégias para lidar com sinais de recaída. - Identificar redes de apoio. - Discutir quais os recursos o cliente tem à disposição após cumprimento da medida de segurança (apoio familiar, grupos de apoio, profissionais de saúde, etc.). - Fornecer impresso com contactos de emergência (APÊNDICE X). - Reforçar autoeficácia, esperança e otimismo do cliente.	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras. Caneta. Folhas. Tarefa de casa.	35 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão. - Esclarecimento de dúvidas. - Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras.	5 minutos

Sessão 4				
Local: Gabinete de enfermagem	Data e Hora: 13/11/2024 11h	Duração: 45 minutos	Alvo: Sr. N.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: - Promover relação terapêutica com o cliente. - Avaliar resultados obtidos com recurso a instrumentos de avaliação.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Explicar objetivo da sessão. - Resumo da sessão anterior.	Expositivo Participativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras.	5 minutos
Desenvolvimento	- Recapitulação e revisão do progresso. - Aplicar escala de SOCRATES 8D (ANEXO II). - Aplicar resultado NOC – Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas (ANEXO IV). - Reforçar autoeficácia, esperança e otimismo do cliente.	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras. Caneta. Folhas. Tarefa de casa.	35 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão. - Esclarecimento de dúvidas. - Agradecer e valorizar a sua disponibilidade.	Ativo Interrogativo Participativo	Gabinete. Mesa. Cadeiras.	5 minutos

APÊNDICE IV – AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES	
SESSÃO	AVALIAÇÃO
ENTREVISTA	Cliente apresentou-se calmo e colaborante durante a sessão. Conta história da evolução do quadro clínico até ao dia do internamento. Aceita participar na intervenção psicoterapêutica.
SESSÃO 1	Cliente calmo e colaborante. Participou sem hesitação na aplicação dos instrumentos de avaliação. Aceita a intervenção psicoterapêutica proposta e ambas as partes assinam o contrato terapêutico. Realizou sem dificuldade Exercício “Balança Decisional”. Analisou adequadamente o que escreveu, reforçando os aspetos negativos do comportamento problema e os aspetos positivos da mudança.
SESSÃO 2	Cliente colaborante na exploração da tarefa realizada em casa, esclarecendo quais os seus objetivos futuros e reforçando as respetivas razões pela mudança. Mostra-se recetivo e entusiasmado quando solicitado para a realização nova de tarefa de casa.
SESSÃO 3	Cliente calmo e colaborante. Revê adequadamente o seu progresso. Colabora na realização de um plano de metas a atingir. Demonstra interesse em perceber quais os recursos que tem à disposição na comunidade. Mostra-se esperançoso e expectante em relação ao seu futuro.
SESSÃO 4	Cliente calmo e colaborante. Efetuada avaliação da intervenção através dos instrumentos de avaliação aplicados inicialmente.

APÊNDICE V – CONTRATO TERAPÊUTICO

CONTRATO TERAPÊUTICO

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Este é um documento de natureza confidencial e com propósitos exclusivamente terapêuticos, pelo que só é válido nesse contexto.

Eu _____ (nome completo)

concordo em participar na intervenção psicoterapêutica - “Entrevista Motivacional”, com a enfermeira Filipa Magalhães. Esta intervenção tem como objetivo ajudar-me a modificar alguns comportamentos relacionados com o consumo de substâncias de modo a contribuir para uma melhor saúde geral.

Ambos os intervenientes têm um papel ativo em todo o processo.

A intervenção psicoterapêutica decorre ao longo de 4 sessões, com uma duração média de 45 minutos, num gabinete do serviço de internamento.

Aceito que os resultados da mesma possam ser publicados ou apresentados pela equipa de enfermagem para fins de investigação (de forma anónima).

Declaro aceitar a participação e ter uma atitude empenhada, dando resposta aos desafios apresentados ao longo das sessões psicoterapêuticas.

Assinatura da pessoa

Assinatura da Enfermeira Responsável

Data: / /

APÊNDICE VI – EXERCÍCIO BALANÇA DECISONAL

[illegible]

APÊNDICE VII – TAREFA DE CASA

O que o faz querer mudar agora?

Quais as razões para a mudança?

**Quais os melhores resultados que pode
imaginar se fizer uma mudança?**

**Que barreiras encontra para fazer a
mudança?**

Quem o poderia ajudar neste processo?

**O que funcionou noutros processos
semelhantes?**

Quais as expectativas para o futuro?

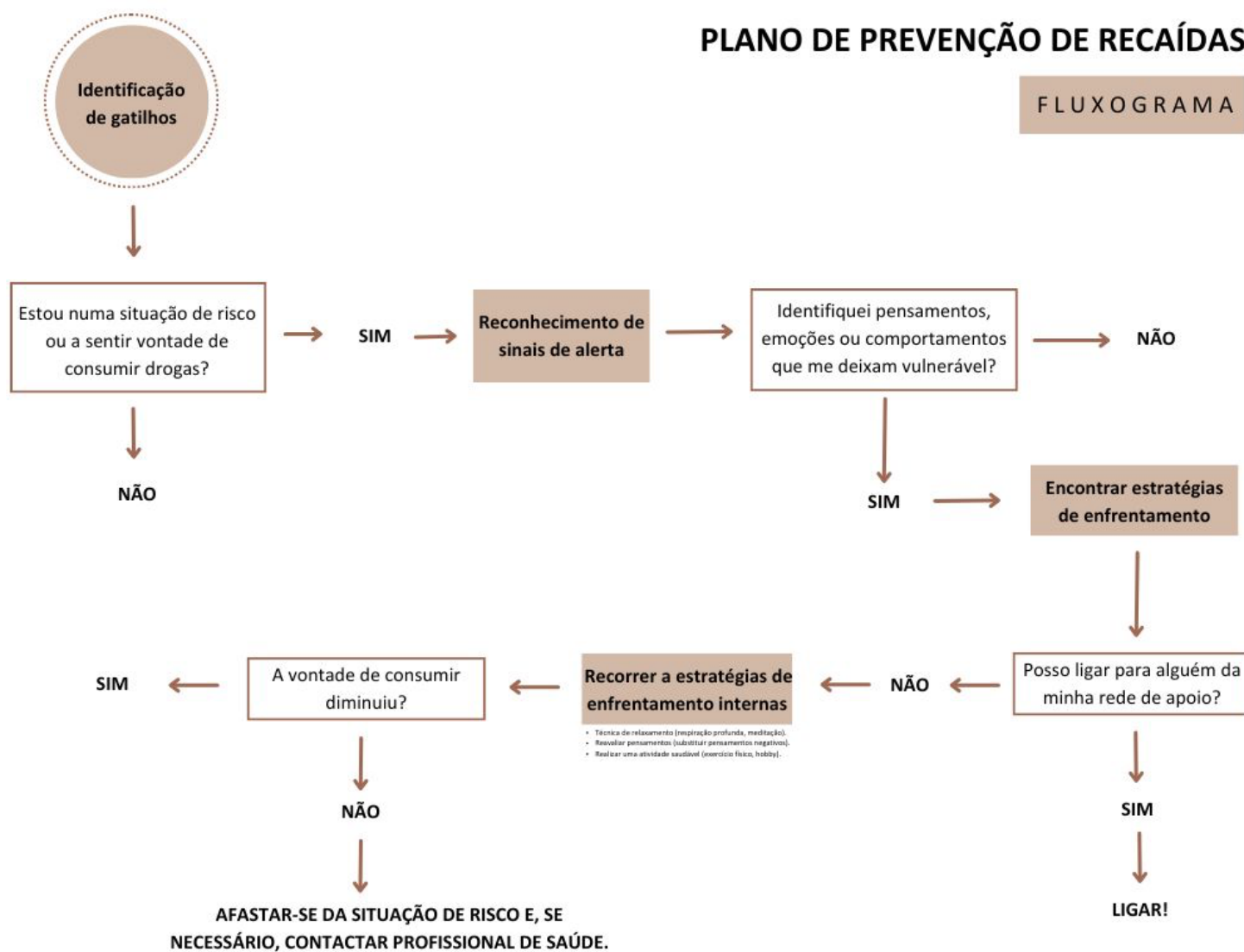
APÊNDICE VIII – PLANO DE METAS

Qual é o meu projeto de vida?

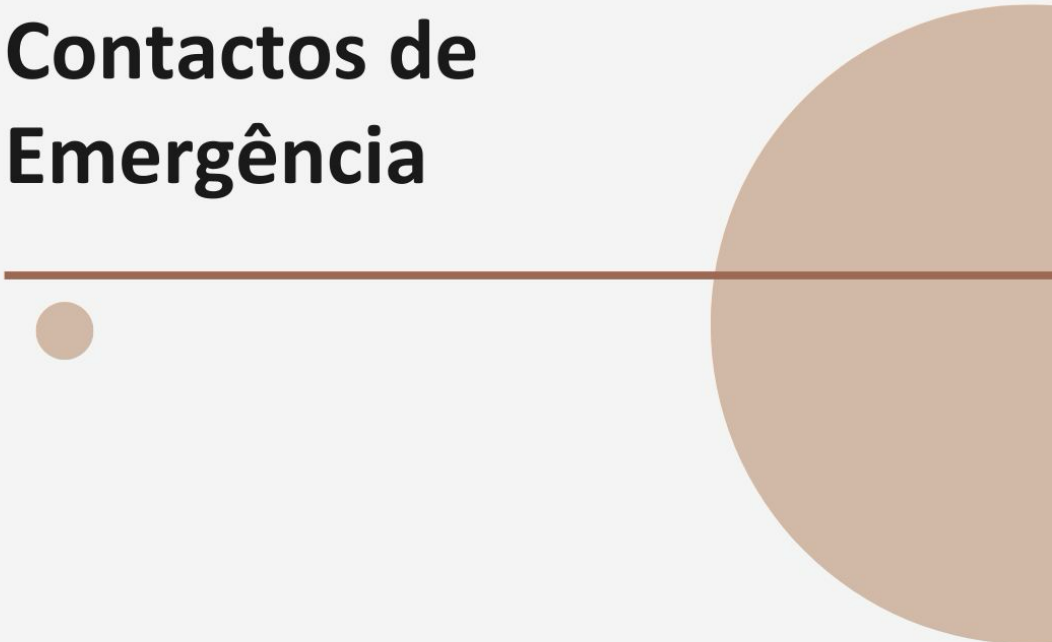
	METAS E OBJETIVOS
A curto prazo (até uma semana)	
A médio prazo (até 3 meses)	
A longo prazo (até um ano)	

PLANO DE PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

FLUXOGRAMA



Contactos de Emergência



Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

Linha 1414

E-mail: 1414@icad.min-saude.pt.

Todos os dias úteis entre as 10h00 e as 18h00.



APÊNDICE XI - PLANEAMENTO DA ENTREVISTA INICIAL – A CLIENTE COM ALTERAÇÃO AO NÍVEL DAS EMOÇÕES

ENTREVISTA INICIAL				
Local: Domicílio	Data e Hora: 10/12/2024 10h	Duração: 60 minutos	Alvo: Sr. J.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: - Estabelecer o primeiro contacto com a pessoa. - Executar avaliação de enfermagem. - Promover relação terapêutica com o cliente. - Aplicar instrumentos de avaliação. - Identificar possíveis diagnósticos de enfermagem.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Apresentação dos intervenientes. - Explicar objetivo da sessão. - Obter consentimento para a recolha de dados, salvaguardando confidencialidade e sigilo profissional.	Expositivo Participativo	Mesa. Cadeiras.	5 minutos
Desenvolvimento	- Aplicar questionário sociodemográfico. - Elaborar Ecomapa e Genograma. - Monitorizar sinais vitais, peso e altura. - Aplicar resultado NOC “Cognição” (ANEXO VI). - Aplicar resultado NOC “Equilíbrio do Humor” (ANEXO XVI). - Aplicar escala de ansiedade de Hamilton (ANEXO XI). - Aplicar escala de Autoestima de Rosenberg (ANEXO XV). - Aplicar escala de Zarit (ANEXO XIII). - Aplicar resultado NOC “Nível de Ansiedade” (ANEXO IX). - Aplicar resultado NOC “Autocontrolo de Ansiedade” (ANEXO VII).	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Mesa. Cadeiras. Caneta. Folhas. Instrumentos de avaliação.	50 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão. - Esclarecimento de dúvidas. - Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Mesa. Cadeiras.	5 minutos

APÊNDICE XII – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

HISTÓRIA BIOPSIKOSSOCIAL

Nome: J.S.T.

Nome favorito: T.

Sexo: Masculino.

Idade: 85 anos.

Estado civil: Casado.

Agregado familiar composto por: esposa e filho.

Residência: Porto.

Nacionalidade: Portuguesa.

Habilidades Literárias: 4.º ano.

Profissão: Bombeiro.

Situação profissional: Reformado.

Religião: Católico.

HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Cliente com 85 anos, cuidador da esposa com doença de Alzheimer há cerca de dois anos. Vive sozinho com a esposa tendo vindo a manifestar sinais de sobrecarga nos últimos meses. Foi por este motivo referenciado para integrar um programa de apoio ao cuidador informal da UCC.

Aceitação do Estado de Saúde: Com insight para a sua situação.

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Acompanhamento em consulta: Não.

Internamentos anteriores/datas/motivo de internamento: Não.

Adesão/Gestão do Regime Terapêutico: Cliente adere ao regime terapêutico.

Resposta à medicação: Boa resposta à terapêutica instituída.

Medicação prescrita (nome/dose/horário):

Medicação	9h	13h	19h
Alopurinol		300mg	
Amlodipina	5mg		
Omeprazol	20mg		
Proteínosuccinato de ferro		800mg/15ml	800mg/15ml
Rosuvastatina + Ezetimiba			20mg + 10mg
Ácido acetilsalicílico		100mg	
Bisoprolol	2,5mg		

VIVÊNCIA DA DOENÇA/ADAPTAÇÃO À DOENÇA

Reconhece as causas que despoletaram a sua condição. Tem expectativas positivas quanto à resolução da situação em que se encontra e reconhece necessitar de ajuda e de estratégias que facilitem o seu quotidiano.

HISTÓRIA CLÍNICA

Cognição: Sem défice cognitivo (aplicação resultado NOC “Cognição”- 65 pontos).

Outras doenças: Anemia, Hipertensão arterial, dislipidemia, carcinoma basocelular do dorso nariz (2018).

Antecedentes médico-cirúrgicos: Cirurgia cataratas – olho esquerdo, hernioplastia inguinal bilateral.

Acidentes/traumatismos: Nega.

Alergias: nega alergias.

Próteses, dispositivos de auxílio: Não.

Transtornos neurológicos: Não.

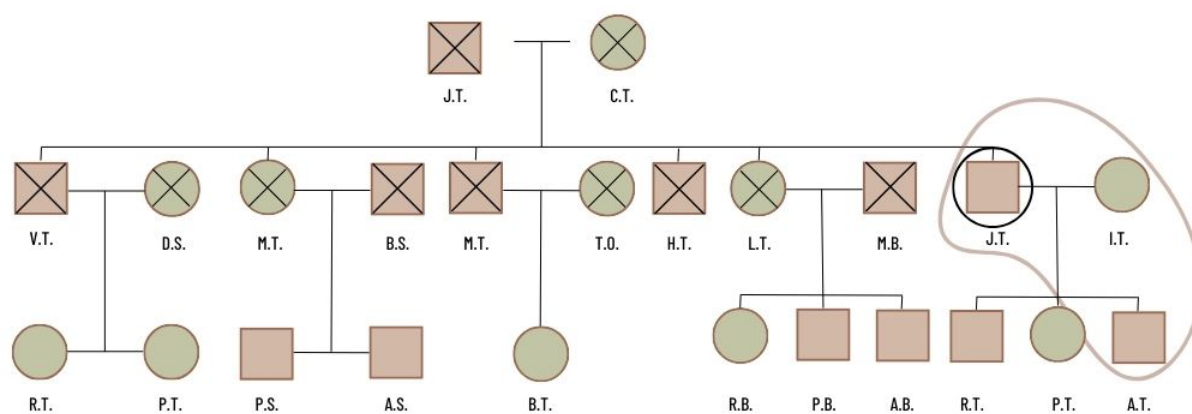
Dependências: Não.

HISTÓRIA FAMILIAR

História de doença psiquiátrica: Desconhece.

Outras doenças: Desconhece.

Genograma



LEGENDA:

SEXO MASCULINO
SEXO FEMININO
CLIENTE ALVO

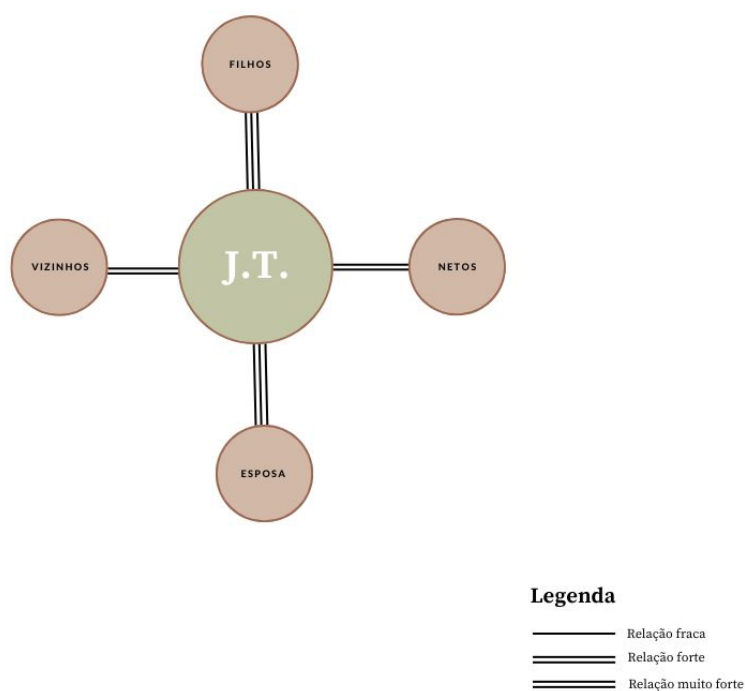
MATRIMÔNIO
MORTE

DESCENDÊNCIA
AGREGADO FAMILIAR

HISTÓRIA SOCIAL

O Sr. J.T. tem uma relação forte com a esposa de quem é cuidador. Mantém também contacto diário com os filhos, que o contactam por telefone e o visitam regularmente.

Ecomapa



HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO

História da Infância e Adolescência: O SR. T é o mais novo de uma fratria seis irmãos. Nasceu e frequentou a escola até à 4.ª classe. Iniciou a atividade profissional desde tenra idade e fez de tudo um pouco, desde pintor de automóveis a bombeiro, tendo sido esta a sua última profissão exercida.

História da Idade Adulta: Conheceu a esposa com 18 anos. Dos 21 aos 22 anos esteve na Índia onde foi prisioneiro de guerra. Com 23 anos, em 1963, regressou a Portugal e casou. Um ano mais tarde, com 24 anos, nasce o primeiro filho dos seus três filhos.

HISTÓRIA OCUPACIONAL E EDUCACIONAL

Nível de funcionamento escolar: Completou a 4.ª classe de escolaridade.

Nível de funcionamento no trabalho ou ocupação: Trabalhou em várias áreas desde pintor de automóveis bombeiro, tendo sido esta a última profissão exercida.

EXAME FÍSICO

Tensão Arterial: 130/70 mmHg

Pulso: 68 bpm.

Temperatura: 36,4 ° C.

Respiração: 18 cpm (regular, profunda, mista, simétrica).

Dor: ausente.

Estado Nutricional:

Peso: 63,5 Kg.

Altura: 1,67 m.

IMC: 22,8 Kg/m² (Peso normal).

Disfagia: ausente.

Cabeça/Tronco/Membros: Sem alterações.

Pele e Mucosas: Pele íntegra, mucosas coradas e hidratadas. Sem edemas.

Visão: Preservada.

Audição: Preservada.

HÁBITOS DE VIDA

Autocuidados: Independente em todos os autocuidados.

Autocuidado: atividade recreativa: Cliente apenas se ausenta do domicílio para fazer alguns recados como pequenas compras.

Autocuidado: atividade física: Não realiza.

Autocuidado: sono-reposo:

Horas de sono: 8h.

Repouso durante o dia: Não.

Recurso a medicação: Não.

Qualidade do sono: Reparador.

Insónias: Sem insónia.

ELIMINAÇÃO

Eliminação intestinal: Independente no uso do WC. Refere trânsito intestinal regularizado.

Eliminação urinária: Sem alterações.

ESTILOS DE VIDA

Uso de substâncias: Consumo anterior de tabaco durante 40 anos. Ex-fumador há 15 anos.

EXAME PSICOLÓGICO

INTERAÇÃO SOCIAL

Relação (Contacto): Fácil.

Comunicação: Discurso espontâneo, coerente, lógico, em tom e débito normais.

Estado de Consciência: Vígil.

Comportamento: Colaborante, porém com ligeira inquietude.

Orientação: Orientado em todas as dimensões.

Humor: Eutímico.

Memória Comprometida: Não.

Afetividade: Sem alterações.

Fobias: Não.

Percepção: Sem alterações.

Ansiedade: Sim.

Pensamento: Pensamento sem alterações do curso ou forma, conteúdo ou posse.

EXPECTATIVAS

“Espero que me ajudem a ultrapassar esta fase mais difícil. Eu quero ser ajudado para poder cuidar da minha mulher”.

Reconhece que a sua condição clínica tem implicações na sua vida social e familiar, pois deixou de realizar algumas atividades para cuidar da esposa.

Demonstra juízo crítico sobre o que é discutido e sugerido.

Projeta-se no futuro, com o objetivo de melhorar a sua condição para melhor cuidar da esposa.

APÊNDICE XIII – PLANEAMENTO RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL

Sessão 0				
Local: Domicílio	Data e Hora: 17/12/2024 10h	Duração: 60 minutos	Alvo: Sr. J.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: - Promover relação terapêutica com o cliente. - Realizar a colheita de dados. - Clarificar possíveis diagnósticos de enfermagem.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Explicar objetivo da sessão. - Obter consentimento para a recolha de dados, salvaguardando confidencialidade e sigilo profissional.	Expositivo Participativo	Mesa. Cadeiras.	5 minutos
Desenvolvimento	- Estabelecer contacto/ligação com o cliente. - Questionar sobre o que despoleta a procura de ajuda. - Questionar sobre a motivação e interesse do cliente em identificar e resolver o seu problema. - Clarificar as expectativas recíprocas face à dificuldade que foi identificada. - Identificar um diagnóstico de Enfermagem que retrate a necessidade de ajuda da pessoa. - Propor uma estratégia de intervenção adaptada à pessoa e ao seu problema, clarificando as responsabilidades e tarefas de cada um. - Informar sobre a intervenção. - Avaliar a capacidade da pessoa para participar na intervenção. - Negociar contrato terapêutico com o cliente.	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Mesa. Cadeiras. Caneta. Folhas. Contrato Terapêutico.	50 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão. - Esclarecimento de dúvidas. - Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos

Sessão 1				
Local: Domicílio	Data e Hora: 03/01/2025 10h	Duração: 60 minutos	Alvo: Sr. J.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: - Promover relação terapêutica com o cliente. - Esclarecer sobre intervenção de ajuda: RAP.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão.	Expositivo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos
Desenvolvimento	- Explicar em que consiste a RAP, qual a duração e o número de sessões previstas. - Clarificar os papéis dos intervenientes. - Clarificar e caracterizar o diagnóstico de Enfermagem ao qual a RAP pode dar resposta. - Analisar com o cliente os fatores concorrentes para o diagnóstico de Enfermagem e/ou as situações que o desencadeiam. - Clarificar as implicações do diagnóstico de Enfermagem. - Definir objetivos e avaliar as expectativas do cliente quanto à intervenção. - Orientar sobre a importância da participação ativa do cliente no processo de mudança. - Favorecer a criação de um clima de confiança, através de uma postura de aceitação e de não julgamento.	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Mesa Cadeiras Caneta Folhas	50 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão. - Esclarecimento de dúvidas. - Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos

Sessão 2				
Local: Domicílio	Data e Hora: 07/01/2025 10h	Duração: 60 minutos	Alvo: Sr. J.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: - Promover relação terapêutica com o cliente. - Capacitar o cliente para a resolução do seu problema.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Explicar objetivo da sessão. - Resumo da sessão anterior.	Expositivo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos
Desenvolvimento	- Avaliar as dificuldades de resolução de problemas e as suas causas. - Identificação dos fatores de ansiedade. - Analisar impacto da ansiedade no seu autocuidado e saúde geral. - Ensinar sobre ansiedade. - Reconhecer sinais e sintomas de ansiedade. - Explicar possíveis sentimentos face aos fatores que despoletam ansiedade associados ao cuidar. - Determinar a aceitação do papel de cuidador. - Solicitar realização de “tarefa de casa” para entregar na sessão seguinte sobre as dificuldades que encontra no seu dia-a-dia. - Permitir que o cliente verbalize medos, preocupações, indecisões e inseguranças. - Executar escuta ativa. - Oferecer suporte emocional.	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Mesa Cadeiras	50 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão. - Esclarecimento de dúvidas. - Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos

Sessão 3				
Local: Domicílio	Data e Hora: 14/01/2025 10h	Duração: 60 minutos	Alvo: Sr. J.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: - Promover relação terapêutica com o cliente. - Capacitar a pessoa para a resolução do seu problema.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Explicar objetivo da sessão. - Resumo da sessão anterior.	Expositivo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos
Desenvolvimento	- Analisar “tarefa de casa”. - Analisar os meios utilizados pelo cliente para resolver o problema. - Discutir vantagens e desvantagens das estratégias delineadas. - Ensinar sobre estratégias de <i>coping</i>. - Reforçar necessidade de reservar tempo para si próprio para desenvolver atividades que promovam o seu bem-estar. - Reforçar necessidade de delegar tarefas noutros profissionais de saúde e/ou membros da família. - Promover o desenvolvimento de estratégias alternativas. - Auxiliar o cliente a priorizar todas as alternativas possíveis para dar resposta ao problema. - Selecionar uma pessoa significativa que a possa ajudar na implementação das novas estratégias. - Incentivar o treino das estratégias delineadas. - Permitir que o cliente verbalize medos, preocupações, indecisões e inseguranças. - Executar escuta ativa. - Oferecer suporte emocional. - Promover capacidade de resiliência. - Promover a autoaceitação da pessoa mediante análise dos progressos alcançados. - Elogiar os progressos alcançados.	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Mesa Cadeiras	35 minutos

Conclusão	• Resumo da sessão. • Esclarecimento de dúvidas. • Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos
------------------	---	---	------------------	-----------

Sessão 4				
Local: Domicílio	Data e Hora: 21/01/2025 10h	Duração: 60 minutos	Alvo: Sr. J.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: • Promover relação terapêutica com o cliente. • Reavaliar o cliente e o seu problema.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	• Cumprimentos iniciais. • Explicar objetivo da sessão. • Resumo da sessão anterior.	Expositivo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos
Desenvolvimento	• Solicitar ao cliente para fazer uma síntese do percurso percorrido. • Rever com o cliente o processo de mudança. • Assegurar a transição entre a sua situação atual e situação futura. • Pedir ao cliente uma avaliação da RAP que se concluiu. • Aplicar escala de ansiedade de Hamilton (ANEXO XII). • Aplicar escala de Zarit (ANEXO XIV). • Aplicar resultado NOC “Nível de Ansiedade” (ANEXO X). • Aplicar resultado NOC “Autocontrolo de Ansiedade” (ANEXO VIII).	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Mesa Cadeiras Instrumentos de Avaliação	35 minutos
Conclusão	• Resumo da sessão. • Esclarecimento de dúvidas. • Agendamento da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos

Sessão 5				
Local: Domicílio	Data e Hora: 28/01/2025 10h	Duração: 60 minutos	Alvo: Sr. J.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: - Promover relação terapêutica com o cliente. - Reduzir ansiedade. - Promover relaxamento através da técnica de relaxamento progressivo de <i>Jacobson</i>. - Estimular o relaxamento.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Explicar objetivo da sessão. - Explicar dinâmica da atividade. - Gerir ambiente físico (diminuir ruído e luminosidade). - Minimizar estímulos externos.	Expositivo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos
Desenvolvimento	- Colocar música calma. - Solicitar cliente que se descalce e deite numa posição confortável em que se sinta relaxado. - Executar a técnica do relaxamento progressivo de <i>Jacobson</i> (APÊNDICE XVII).	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Mesa Cadeiras Instrumentos de Avaliação	35 minutos
Conclusão	- Solicitar ao cliente que descreva como se sentiu durante a sessão. - Incentivar a expressão de sentimentos. - Agradecer a participação e colaboração do cliente. - Orientar para o follow-up. - Encerrar intervenção.	Ativo Interrogativo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos

FOLLOW-UP				
Local: Domicílio	Data e Hora: 11/02/2025 10h	Duração: 45 minutos	Alvo: Sr. J.T.	Enfermeira: Filipa Magalhães
Objetivos: - Promover relação terapêutica com o cliente. - Reavaliar o cliente e o seu problema.				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Explicar objetivo da sessão.	Expositivo Participativo	Mesa Cadeiras	5 minutos
Desenvolvimento	- Realizar uma avaliação do cliente, centrada no problema que conduziu à realização da RAP. - Esclarecer dúvidas. - Rever estratégias adotadas que permitiram a resolução do problema identificado.	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	Mesa Cadeiras	35 minutos
Conclusão	- Resumo da sessão. - Despedir-se do cliente, mostrando-se disponível para ajudar sempre que necessário.	Ativo Interrogativo Participativo	Mesa. Cadeiras.	5 minutos

APÊNDICE XIV - AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES	
SESSÃO	AVALIAÇÃO
ENTREVISTA INICIAL	À chegada da equipa de enfermagem, cliente apresenta-se bem disposto, com vestuário adequado à estação do ano, humor aparentemente eutímico e sem alterações no discurso. Durante a entrevista, apesar de algo inquieto e preocupado, mostrou-se recetivo, respondendo às várias questões colocadas. Aplicados instrumentos de avaliação por forma a avaliar adequadamente a cognição, humor, ansiedade, autoestima e o nível de sobrecarga. A sessão decorreu sem intercorrências.
SESSÃO 0	Cliente apresenta-se bem disposto, recetivo e colaborante durante a sessão. Explicado em que consiste a intervenção psicoterapêutica proposta e qual a sua duração. Cliente mostra-se interessado e disponível para a implementação da intervenção psicoterapêutica. Esclarecidas dúvidas existentes. A sessão decorreu sem intercorrências.
SESSÃO 1	Cliente apresenta-se bem disposto, recetivo e colaborante durante a sessão. Cliente mostra-se interessado, disponível e envolvido no processo. Reforçada importância da participação ativa do cliente no processo. Esclarecidas dúvidas existentes. A sessão decorreu sem intercorrências.
SESSÃO 2	Cliente bem disposto, recetivo e colaborante durante a sessão. Reconhece sintomas de ansiedade. Demonstra interesse quando solicitado para realizar “tarefa de casa”. Esclarecidas dúvidas existentes. A sessão decorreu sem intercorrências.
SESSÃO 3	Cliente bem disposto, recetivo e colaborante durante a sessão. Empenhado na realização e análise da “tarefa de casa”. Cliente identifica a filha como pessoa significativa para ajudar na implementação de novas estratégias. Mantém uma postura tranquila e descontraída. Elogiado pelos progressos e reforçada necessidade de manter o comportamento adotado. A sessão decorreu sem intercorrências.
SESSÃO 4	Cliente apresentou-se recetivo e bem disposto. Inicia os assuntos e desenvolve-os com postura descontraída. Revê adequadamente o processo de mudança, reconhecendo mudanças positivas nele próprio. Efetuada reavaliação com recurso às escalas de avaliação utilizadas na fase inicial.

SESSÃO 5	Cliente bem disposto, recetivo e colaborante durante a sessão. Afirma ter conseguido relaxar durante a sessão. Demonstra vontade em repetir a técnica.
FOLLOW-UP	Cliente bem disposto, recetivo e colaborante durante a sessão. Refere sentir-se bastante melhor, “pareço outra pessoa” (sic). Analizados e elogiados os progressos alcançados, que cliente reconhece. A sessão decorreu sem intercorrências.

APÊNDICE XV – TAREFA DE CASA

Quais as dificuldades que tenho no meu dia-a-dia?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

O que pode mudar?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

APÊNDICE XVI – CONTRATO TERAPÊUTICO: RELAÇÃO DE AJUDA PROFISSIONAL

CONTRATO TERAPÊUTICO

Relação de Ajuda Profissional

Este é um documento de natureza confidencial e com propósitos exclusivamente terapêuticos, pelo que só é válido nesse contexto.

Eu _____ (nome completo do cliente) concordo em participar num programa de Relação de Ajuda Profissional, com a equipa de enfermagem, que tem por objetivo a minha capacitação para a resolução de problemas.

Ambos os intervenientes têm um papel ativo em todo o processo.

O programa de Relação de Ajuda Profissional decorre ao longo de 6 sessões, com uma duração média de 45 a 60 minutos, no domicílio.

Declaro aceitar a participação neste programa de Relação de Ajuda Profissional.

Assinatura do cliente

Assinatura da Enfermeira Responsável

Data: ____/____/____

APÊNDICE XVII – GUIÃO DA TÉCNICA DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON

Coloque-se o mais confortável possível.

Pés e mãos descruzados, colocando os braços em situação confortável. Fechar os olhos e mantê-los fechados durante todo o procedimento. Este é um dos momentos que dedica a si próprio, tente desfrutar e relaxar, concentre-se nas sensações.

Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as suas preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora, a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz, e todos os seus músculos se encontram relaxados.

Testa:

Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Enrugue a sua testa puxando-a para cima. Sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas. - PAUSA - Agora pode relaxar muito lentamente focando a sua tensão sobre os pontos que estavam mais tensos... é como se os seus músculos tivessem desaparecido estando totalmente relaxados.

Olhos:

Feche os olhos, apertando-os com força. Sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos em cada pálpebra. Concentre-se nas zonas mais tensas. – PAUSA - Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações. Os músculos estão relaxados, sem tensão.

Face:

Vamo-nos concentrar na zona da face: Force um sorriso, todos os músculos da face estão tensos. Os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos. – PAUSA - Relaxe agora esses músculos. Note as sensações nos diferentes músculos sem pressão nem tensão.

Queixo:

Passando para a zona do queixo: Aperte os dentes com força. Sinta os músculos contraídos, tensos. – PAUSA - Pouco a pouco relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e relaxam.

Pescoço:

Contraia os músculos do pescoço. Empurre o queixo para baixo, sem o encostar ao peito. Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço. Os músculos estão tensos. – PAUSA - Relaxe lentamente o pescoço. Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

Membros superiores:

Levante o seu braço direito e com o punho fechado, faça força. O seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro. Concentre-se na forma como aumenta tensão. - PAUSA - Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial. Sinta como os seus músculos estão completamente relaxados.

Levante o seu braço esquerdo e com o punho fechado, faça força. O seu braço está o mais rígido possível, está tenso desde a mão até ao ombro. Concentre-se na forma como aumenta a tensão. - PAUSA - Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.

Membros inferiores:

Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão. Sinta a contração do pé até a coxa. – PAUSA - Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho. Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão. Sinta a contração do pé até à coxa. – PAUSA - Relaxe a sua perna esquerda e o joelho. Sinta a sensação de relaxamento, em todos os músculos expostos à tensão.

Região dorsal:

Arqueie as suas costas para a frente se necessário com a ajuda dos braços. Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas. Concentre a sua atenção nas zonas de tensão. Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial. Note o desaparecimento da tensão dos músculos envolvidos. Estão completamente relaxados.

Região torácica:

Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando 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:

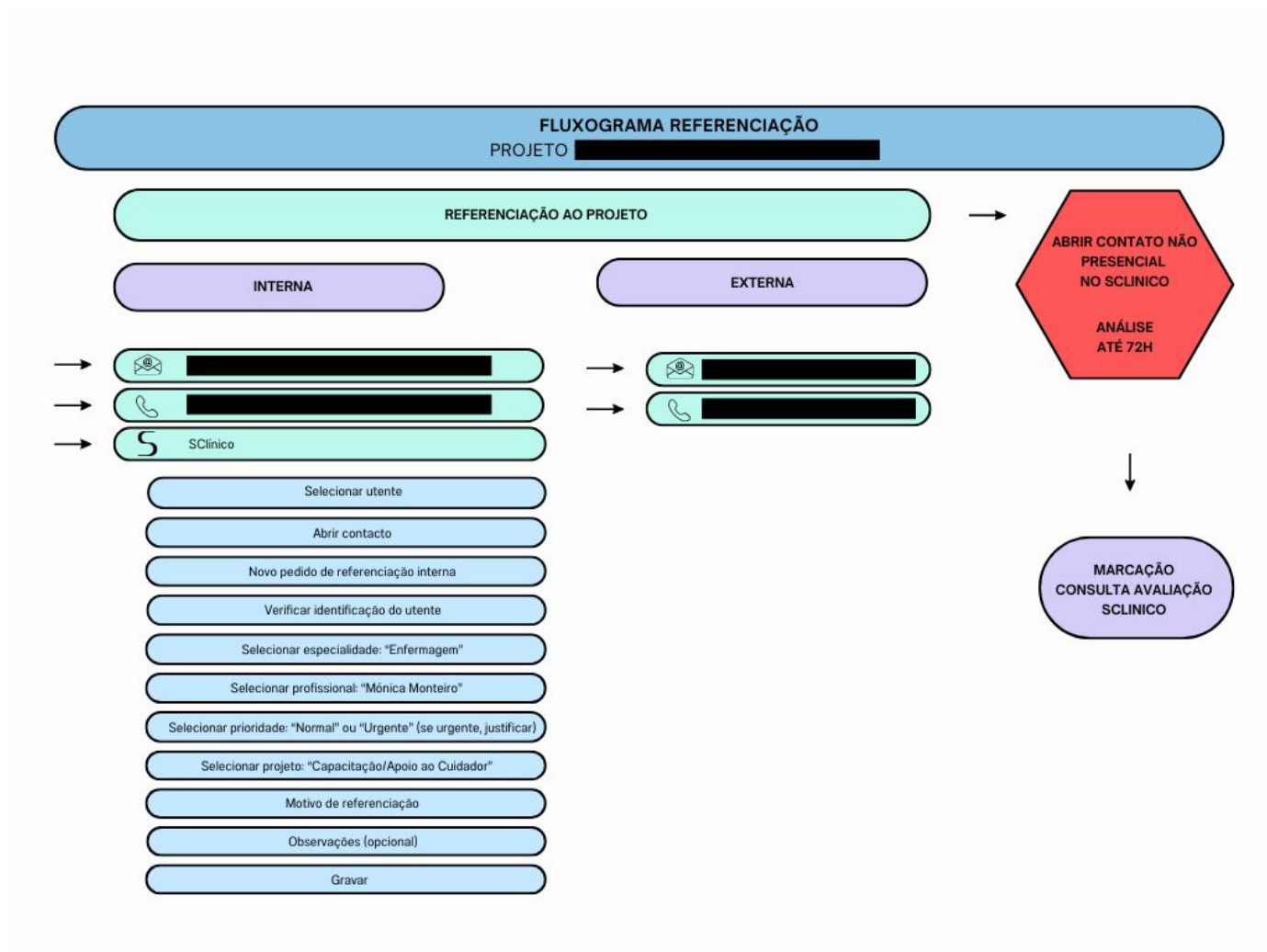
Concentre-se nos músculos abaixo da cintura. Contraia as nádegas e as coxas com toda a força. – PAUSA
- Pode relaxar lentamente todos os músculos. Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento. Está completamente relaxado. Todos os músculos estão leves. O seu corpo está solto e totalmente 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.

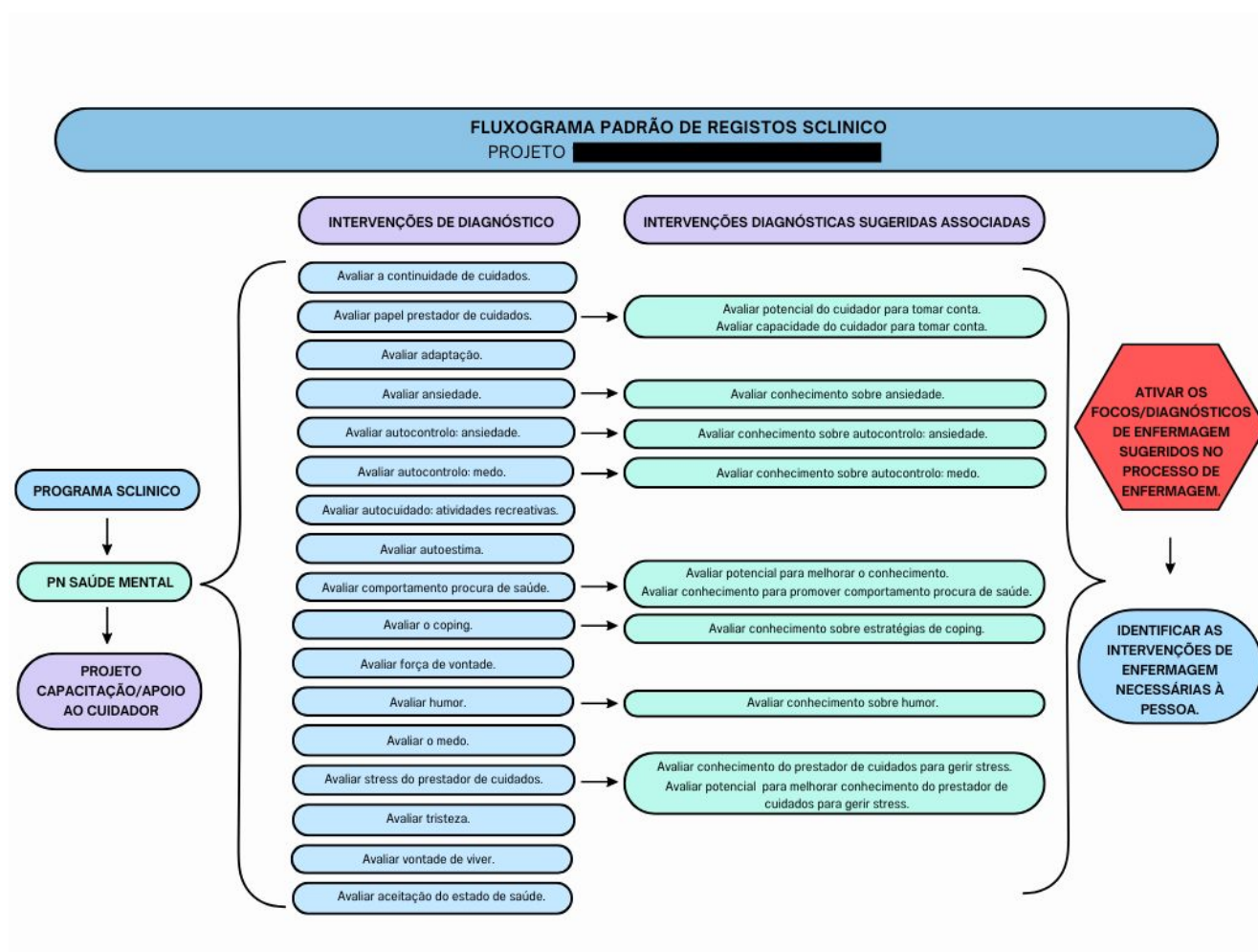
Conte até 5 e à medida que se sentir capaz, pode abrir os olhos.

Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson (Adaptado de Payne, 2003)

APÊNDICE XVIII – FLUXOGRAMA DE REFERENCIAÇÃO AO PROJETO



APÊNDICE XIX– FLUXOGRAMA PADRÃO DE REGISTOS SCLINICO



APÊNDICE XX – ANÁLISE SWOT

