



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VILA NOVA DE GAIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Sara Patrícia Gomes Santos

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA
PROFISSIONAL

A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções
dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e
Psiquiátrica

Vila Nova de Gaia, 2026

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET VILA NOVA DE GAIA
INSTITUTO POLITÉCNICO JEAN PIAGET DO NORTE

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

**A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros
Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica**

Sara Patrícia Gomes Santos

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação da
Professora Doutora Neide Feijó

Gaia, 2026

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e
Psiquiátrica

"O curioso paradoxo é que,
quando me aceito como sou,
então posso mudar."
(Carl Rogers)

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e
Psiquiátrica

AGRADECIMENTOS

O presente relatório reflete um percurso marcado por diversas conquistas, pelo crescimento pessoal e profissional, bem como pela superação de desafios e dificuldades inerentes ao processo formativo.

Neste sentido, expresso o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, me encorajaram, apoiaram e contribuíram para a concretização deste percurso académico.

À Professora Doutora Neide Feijó pela orientação, por todo o carinho, compreensão, presença e dedicação na orientação ao longo deste meu percurso.

Agradeço a todas as enfermeiras tutoras e às equipas dos locais de estágio, deixo o meu mais profundo agradecimento. Obrigada por me terem recebido tão bem, por partilharem o vosso conhecimento e por me mostrarem a realidade da profissão com tanta dedicação.

Aos utentes, que foram a razão de ser deste trabalho. Agradeço a disponibilidade e a confiança.

À minha família, o meu porto seguro. Obrigada por compreenderem as minhas ausências, por celebrarem as minhas vitórias e por serem a base que me permitiu focar neste objetivo.

Ao Mota, meu companheiro de vida, pela paciência inesgotável e pelo apoio incondicional. Obrigada por seres o meu equilíbrio nos dias de maior cansaço, por me incentivares a continuar e por estares sempre lá, com a palavra certa ou o silêncio necessário. Esta conquista é tanto minha como tua.

À Pantufa e à Kira, as minhas companheiras de quatro patas. Pode parecer singelo, mas a vossa presença silenciosa junto ao computador durante a madrugada de escrita trouxe o conforto e a calma de que eu tanto precisei.

Obrigada a todos por tornarem este sonho possível.

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e
Psiquiátrica

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CAMI - Caregiver Assessment of Managing Index

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSJP VNG - Escola Superior de Saúde Jean Piaget Vila Nova De Gaia

ICN - *International Council of Nurses*

IPJPN - Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte

NOC - *Nursing Outcomes Classification*

OE - Ordem dos Enfermeiros

QIS - Questionário de Ideação Suicida

RA - Relação de Ajuda

RT - Relação Terapêutica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UN - *United Nations*

WHO - *World Health Organization*

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e
Psiquiátrica

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) e integra duas componentes: a Componente de Estágio, que apresenta uma análise crítica e reflexiva sobre a aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) nos contextos de internamento de adultos, comunidade e respostas diferenciadas: serviço de psiquiatria forense; e a Componente de Investigação, que explora a perceção do EEESMP sobre a Relação de Ajuda (RA) junto da pessoa em tratamento involuntário, incluindo as dificuldades para a sua implementação.

A metodologia da investigação seguiu uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, tendo a amostra sido constituída por 13 EEESMP em exercício na Unidade de Internamento de Psiquiatria de uma Instituição do Norte de Portugal, selecionados por amostragem intencional. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas e analisados com recurso à técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016).

Os resultados evidenciam que a RA é predominantemente percecionada como uma intervenção básica não sistematizada, raramente operacionalizada como intervenção psicoterapêutica estruturada no tratamento involuntário, sendo condicionada pela ausência de juízo crítico da pessoa, por constrangimentos organizacionais e por limitações formativas. A qualidade da interação básica revelou-se determinante para a construção do vínculo terapêutico e para a adesão ao tratamento.

Conclui-se que a RA em contexto de tratamento involuntário se configura como um processo complexo de articulação entre o enquadramento legal e a prática clínica, sendo fundamental investir em formação contínua, supervisão clínica especializada e mudanças estruturais que permitam consolidar a RA como uma intervenção psicoterapêutica efetivamente integrada na prática do EEESMP.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Relação de Ajuda; Relações Enfermeiro-Paciente; Tratamento Involuntário.

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e
Psiquiátrica

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing and comprises two main components: the Clinical Placement Component, which presents a critical and reflective analysis of the acquisition of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing (SNMHPN) in the contexts of adult inpatient care, community and differentiated responses: forensic psychiatry service; and the Research Component, which explores the SNMHPN's perception of the Helping Relationship (HR) with persons undergoing involuntary treatment, including the difficulties in its implementation.

The research followed a qualitative, exploratory and descriptive approach. The sample consisted of 13 SNMHPNs working in the Adult Psychiatric Inpatient Unit of an Institution in Northern Portugal, selected through purposive sampling. Data were collected through semi-structured interviews and analysed using Bardin's content analysis technique (2016).

The results show that the HR is predominantly perceived as a basic, non-systematised intervention, rarely operationalised as a structured psychotherapeutic intervention in the context of involuntary treatment, being conditioned by the person's lack of insight, organisational constraints and training limitations. Nevertheless, the quality of basic interaction proved to be decisive for the construction of the therapeutic bond and for treatment adherence.

It is concluded that the HR in the context of involuntary treatment constitutes a complex process of articulation between the legal framework and clinical practice, making it essential to invest in continuous training, specialised clinical supervision and structural changes that consolidate the HR as a psychotherapeutic intervention effectively integrated into the SNMHPN's practice.

Keywords: Psychiatric Nursing; Mental Health; Helping Relationship; Nurse-Patient Relations; Involuntary Treatment.

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e
Psiquiátrica

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	5
1. Caracterização dos contextos de estágio	6
1.1. Ensino clínico em contexto de internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda.....	6
1.2. Ensino clínico em contexto de comunidade	8
1.3. Ensino clínico em contexto de respostas diferenciadas: serviço de psiquiatria forense.....	10
2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	14
3. Competências específicas do enfermeiro especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	19
4. Considerações finais.....	28
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	31
1. Enquadramento teórico	32
1.1. Relação de ajuda	33
1.2. Relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica.....	35
1.3. Tratamento involuntário	36
2. Objetivo e Finalidade	40
3. Metodologia	41
3.1. Desenho do estudo	41
3.2. Considerações éticas	43
4. Resultados e Discussão	45
5. Conclusão.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	75
ANEXO I: <i>MINDFULNESS</i>	76

ANEXO II: FOLHETO “LICENÇA DE ENSAIO”	83
ANEXO III: PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO NA COMUNIDADE DA ANTA ..	85
ANEXO IV: RELAÇÃO DE AJUDA DIRECIONADA À PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE “STRESS DO CUIDADOR”	104
ANEXO V: ATIVIDADE “O MEU MANJERICO TEM UM NOME”	123
ANEXO VI: REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA DIRECIONADA À PESSOA COM IDEAÇÃO SUICIDA	128
ANEXO VII: ESTIMULAÇÃO COGNITIVA.....	152
ANEXO VIII: RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO	155
ANEXO IX: RELAÇÃO DE AJUDA DIRECIONADA À PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE “AUTOCONTROLO COMPROMETIDO: IMPULSIVIDADE” .	158
ANEXO X: CRONOGRAMA.....	174
ANEXO XI: GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	176
ANEXO XII: APROVAÇÃO FORMAL DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	179
ANEXO XIII: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO DA INVESTIGAÇÃO	181

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito das unidades curriculares de ensino clínico de ESMP e estágio de natureza profissional com relatório, do curso de mestrado em ESMP, da Escola Superior de Saúde Jean Piaget Vila Nova De Gaia (ESSJP VNG) do Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte (IPJPN). O ensino clínico de ESMP decorreu no contexto de internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda. O estágio de natureza profissional com relatório abrangeu dois contextos formativos distintos: o contexto de comunidade e o contexto de respostas diferenciadas.

Paralelamente, foi desenvolvida uma investigação, integrada na componente de investigação do mestrado. A principal finalidade do relatório consiste numa reflexão crítica e fundamentada sobre o percurso de aprendizagem, evidenciando a progressiva consolidação de competências teórico-práticas, essenciais no cuidado especializado em ESMP. A articulação entre a prática e o conhecimento teórico-científico constitui um pilar central na atuação do enfermeiro especialista.

A motivação pessoal para a realização destes estágios assenta numa valorização profunda da saúde mental enquanto dimensão essencial da condição humana. Desde o início do percurso académico em enfermagem, foi desenvolvido um interesse particular pela compreensão dos fenómenos da saúde mental, da psiquiatria e das intervenções psicoterapêuticas com a pessoa. O contacto direto com pessoas nos diferentes contextos representa uma oportunidade singular de crescimento pessoal e profissional, exigindo disponibilidade emocional, sensibilidade, empatia e resiliência. Neste enquadramento, o EEESMP assume um papel fundamental como facilitador do processo de recuperação, promovendo o *empowerment*, a autonomia e o respeito pela singularidade e dignidade da pessoa.

Do ponto de vista académico e científico, a realização destes estágios representou uma etapa fundamental no aprofundamento dos conhecimentos

adquiridos ao longo do curso de mestrado e na consolidação de uma prática baseada na evidência científica, na ética profissional e no pensamento crítico.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes principais. A parte I corresponde à componente de estágio, onde se procede à caracterização dos contextos de aprendizagem e dos locais de estágio, seguida de uma análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESMP.

A parte II corresponde à componente de investigação e integra o enquadramento teórico do fenómeno em estudo, sustentando a relevância da temática para a prática de ESMP, a finalidade e objetivos, bem como a metodologia e a apresentação e discussão dos resultados obtidos. No âmbito da componente de investigação integrada no presente relatório, o estudo centra-se na temática da relação de ajuda (RA), desenvolvida pelos EEESMP à pessoa em tratamento involuntário, entendida como uma intervenção psicoterapêutica. A RA assenta na comunicação terapêutica, na empatia, na escuta atenta e na criação de um vínculo terapêutico, assim sendo, estes são aspetos fundamentais para efetivar esta intervenção psicoterapêutica em ESMP. Contudo, em contexto de tratamento involuntário, esta intervenção psicoterapêutica é particularmente desafiante, devido à coexistência entre a imposição legal do cuidado e a necessária defesa ao princípio da autonomia, o que pode comprometer a confiança e a adesão terapêutica da pessoa. Deste modo, o problema de investigação delimita-se em compreender a percepção do EEESMP sobre a RA desenvolvida junto da pessoa em tratamento involuntário.

A partir desta problemática, formula-se a seguinte questão de investigação: qual é a percepção do EEESMP sobre a RA junto da pessoa em tratamento involuntário. Esta questão orientadora visa aprofundar a complexidade relacional, ética e profissional inerente à prática do EEESMP em contexto de tratamento involuntário, de forma a valorizar a prática clínica.

A relevância científica e social deste estudo encontra-se sustentada na literatura, que reconhece a RA como uma intervenção psicoterapêutica

para dar resposta a um problema de enfermagem identificado pela pessoa. Segundo Sequeira e Sampaio (2020), o EEESMP utiliza a RA como uma intervenção psicoterapêutica deliberada e sistematizada, de forma a promover a autorregulação emocional, com intuito terapêutico e recuperação psicossocial. A RA, enquanto intervenção psicoterapêutica, distingue-se pela sua intencionalidade terapêutica, pela utilização sistemática da comunicação terapêutica e pela centralidade da pessoa no processo do cuidado. Segundo Sousa et al. (2023), o EEESMP desempenha um papel fundamental na implementação de intervenções psicoterapêuticas para ajudar a pessoa a compreender a sua patologia e a necessidade de tratamento, bem como na importância de estabelecer uma relação terapêutica (RT) para adequar os cuidados individualizados e incrementar a transição do tratamento involuntário para o tratamento voluntário com o objetivo de capacitar a pessoa no juízo crítico e na sua autonomia.

No entanto, a revisão da literatura realizada no âmbito deste estudo evidenciou lacunas no conhecimento científico relativo às percepções dos EEESMP na implementação da RA enquanto intervenção psicoterapêutica neste contexto específico, reforçando a pertinência do presente estudo.

Atendendo à natureza do fenómeno em análise e ao objetivo de compreender conceitos, experiências e práticas clínicas, a investigação assume um desenho qualitativo, de carácter exploratório e descritivo, por se considerar o mais adequado à análise aprofundada do fenómeno complexo.

O relatório termina com a conclusão, onde se sintetizam os principais contributos da investigação para o crescimento pessoal, académico e profissional, seguindo-se as referências bibliográficas e os anexos que complementam e fundamentam os conteúdos apresentados.

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e
Psiquiátrica

PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

1. Caracterização dos contextos de estágio

Neste capítulo procede-se à descrição do contexto clínico onde decorreu o ensino clínico de ESMP e o estágio de natureza profissional com relatório, respetivamente realizados no contexto de internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda, no contexto de comunidade e no contexto de respostas diferenciadas.

Estas unidades prestam cuidados especializados à pessoa e à comunidade na área da saúde mental e psiquiatria, através de uma abordagem multidisciplinar e centrada na pessoa, ao longo das diferentes fases do ciclo vital.

1.1. Ensino clínico em contexto de internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda

O ensino clínico de ESMP decorreu entre 16 de junho e 30 de julho de 2025, no contexto de internamento de adultos em fase de descompensação clínica aguda na Unidade de Internamento de Psiquiatria de Adultos da Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa no Hospital Padre Américo, uma unidade hospitalar de grande dimensão integrada no serviço nacional de saúde (SNS) e perfazendo um total de 205 horas de prática clínica.

Esta unidade assume como missão identificar e responder de forma integrada às necessidades de saúde da população da sua área de influência, com especial foco na promoção da saúde, prevenção da doença e garantia de cuidados com elevados padrões técnico-científicos. Com uma visão centrada na prestação de cuidados acessíveis e de qualidade. A instituição rege a sua prática por princípios como a ética, a dignidade humana e a responsabilidade social (Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, s.d.).

A Unidade de Internamento de Psiquiatria de Adultos destina-se a pessoas com agudização da patologia psiquiátrica e sem condições de ser tratadas em regime de ambulatório. Esta unidade acolhe pessoas tanto em

tratamento voluntário, como em tratamento involuntário, sendo estes geralmente associados a quadros clínicos de maior complexidade. Esta é composta por 44 camas, que estão distribuídas por 12 enfermarias tanto femininas, como masculinas. O internamento tem uma duração média entre uma semana e dois meses, mas existem internamentos mais prolongados, geralmente associados à ausência de suporte familiar ou social. Nos internamentos em tratamento involuntário, o tempo de permanência revela-se, em geral, mais prolongado, reflexo da complexidade e gravidade das situações clínicas envolvidas. Em contrapartida, observa-se que os internamentos de menor duração estão relacionados com o abandono ao tratamento por alguns elementos.

O fluxo mais comum para a admissão nesta unidade de internamento, é a entrada pelo serviço de urgência médico-cirúrgica do Hospital Padre Américo, daí o encaminhamento para uma avaliação especializada à urgência metropolitana de psiquiatria do Porto e o seguimento para o internamento. Outra possibilidade é o encaminhamento através da consulta externa de especialidade deste hospital.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros (enfermeiros generalistas e especialistas), médicos psiquiatras, assistentes sociais, nutricionistas e assistentes operacionais. Este serviço propõe uma abordagem multidisciplinar, de forma a garantir a estabilidade clínica da pessoa ao adequar o regime terapêutico, a vigilância contínua de possíveis riscos, bem como a elaboração de plano de cuidado individualizado e singular à necessidade da pessoa.

O serviço dispõe de um quadro de programação, onde estão descritas as atividades terapêuticas desenvolvidas de rotina. A sua finalidade principal é promover o desenvolvimento de competências sociais e permitir a observação dos comportamentos das pessoas em diversos contextos.

Durante o ensino clínico, foi possível observar uma diversidade de diagnósticos psiquiátricos, tendo como destaque a perturbação psicótica, associada principalmente a consumo de substâncias psicoativas, a perturbação depressiva *major* acompanhada de ideação suicida, a perturbação bipolar, e a perturbação neurocognitiva *major*, como a demência.

Para além dos diagnósticos psiquiátricos, foram identificados diversos focos de atenção e diagnósticos de enfermagem ao longo do internamento, com destaque para a ansiedade e a ideação suicida. Esta identificação resultou da observação do comportamento e do discurso da pessoa, bem como da entrevista clínica, complementadas, sempre que indicado, pela aplicação de instrumentos de avaliação específicos, como o Questionário de Ideação Suicida (QIS) e o indicador de resultado NOC (*Nursing Outcomes Classification*) "Autocontrolo: Suicídio", que permitiram objetivar e monitorizar a evolução dos focos identificados.

Por vezes, antes da alta, o médico psiquiatra propõe à pessoa, que apresenta estabilidade clínica, uma licença de ensaio. A licença de ensaio consiste no regresso ao domicílio por alguns dias de forma temporária, com o objetivo de avaliar se a pessoa está preparada para retomar o seu quotidiano na comunidade. Todos os cuidados e gestão terapêutica são explicados à pessoa e aos seus familiares, de forma a potencializar a sua autonomia e segurança na alta.

Na alta clínica, a maioria das pessoas regressa ao domicílio, mas tendo uma continuidade dos cuidados assegurada pela consulta externa ou pelo hospital de dia. Nas situações onde não é possível, é necessário ativar as respostas sociais, como lares, unidades de cuidados continuados e residenciais, consoante as necessidades identificadas.

Os registos dos cuidados de enfermagem são realizados na plataforma *SClínico*, que recorre à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem com uma linguagem padronizada para uniformidade de cuidados e conceitos. Esta plataforma permite o registo de focos de atenção identificados pelos enfermeiros, bem como diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para a continuidade e qualidade dos cuidados e uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.

1.2. Ensino clínico em contexto de comunidade

No estágio de natureza profissional com relatório, o primeiro contexto decorreu entre 15 de setembro e 24 de outubro de 2025, na Unidade de

Cuidados na Comunidade (UCC) de Castelo da Maia da Unidade Local de Saúde do São João, uma unidade integrada no SNS, e perfazendo um total de 205 horas de prática clínica.

Esta unidade tem como missão melhorar o estado de saúde da população através de cuidados domiciliários e comunitários, incluindo apoio psicológico, social e educação para a saúde. A sua prática assenta em valores como a equidade, a qualidade e a inovação, com foco na prestação de cuidados ao longo de todo o ciclo de vida (Administração Central do Sistema de Saúde, s.d.).

A intervenção da UCC abrange pessoas de todas as idades e famílias residentes, com particular atenção a grupos vulneráveis, nomeadamente pessoas em situação de dependência, com doenças crónicas, idosos, pessoas com patologias psiquiátricas e cuidadores formais e informais.

A UCC de Castelo da Maia articula-se com múltiplas entidades, incluindo unidades de saúde familiar, centros de dia, escolas, instituições de solidariedade social, serviços de segurança social e forças de segurança, entre outras. Esta rede alargada de parcerias permite uma colaboração multissetorial fundamental para a promoção de cuidados de saúde integrados, abrangendo as dimensões sociais, psicológicas e físicas, em consonância com as necessidades biopsicossociais da comunidade (Administração Central do Sistema de Saúde, s.d.).

No que concerne à saúde mental, a UCC desenvolve diversos projetos dirigidos a diferentes grupos-alvo, com particular foco nas pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental e nos seus cuidadores informais, visando a capacitação destes para o desenvolvimento de competências que promovam comportamentos saudáveis e bem-estar. Entre estes projetos, destacam-se o acompanhamento do estatuto do cuidador informal, em parceria com os serviços de segurança social, as consultas de enfermagem para pessoas com patologias psiquiátricas, os programas de estimulação cognitiva realizados em centros de dia e ao domicílio, e a promoção da literacia em saúde junto da comunidade da Anta, uma comunidade de etnia cigana. Estas intervenções são realizadas de forma

integrada, em visitas domiciliárias ou nas instalações da UCC, proporcionando uma resposta ajustada às necessidades de cada pessoa e comunidade.

Os principais focos de atenção e diagnósticos de enfermagem identificados neste contexto foram a ansiedade, o stress do cuidador e a literacia em saúde comprometida. Esta identificação resultou da observação comportamental ao longo do acompanhamento e da entrevista clínica às pessoas e aos seus cuidadores, sendo que, no caso do stress do cuidador, foi complementada pela aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit e do instrumento CAMI (*Caregiver Assessment of Managing Index*), que permitiram objetivar o grau de sobrecarga e fundamentar o plano de intervenção.

1.3. Ensino clínico em contexto de respostas diferenciadas: serviço de psiquiatria forense

No estágio de natureza profissional com relatório, o segundo contexto decorreu entre 27 de outubro e 28 de novembro de 2025, no serviço de psiquiatria forense do Hospital Magalhães Lemos da Unidade Local de Saúde de Santo António, uma unidade integrada no SNS e perfazendo um total de 175 horas de prática clínica.

Esta unidade acompanha a pessoa inimputável no processo de reabilitação e reinserção familiar e social, através de uma abordagem multidisciplinar. O seu objetivo central é promover a autonomia da pessoa e facilitar a sua reintegração na família e na comunidade, sustentado num acompanhamento clínico especializado e na prevenção de riscos.

Esta unidade tem uma lotação de 55 camas, distribuídas em três setores (E1, E3 e E4). A equipa multidisciplinar é constituída por médicos psiquiatras, enfermeiros (enfermeiros generalistas e especialistas), psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, assistentes operacionais, assistente técnico e seguranças.

No que diz respeito à estrutura funcional, o serviço é constituído por dois órgãos com responsabilidades distintas, mas complementares: o conselho da unidade e o conselho técnico. O primeiro funciona como órgão

de apoio ao diretor, emitindo pareceres sobre a gestão clínica da pessoa internada sempre que a lei o exija ou o diretor o solicite. Este integra o diretor (que preside), o coordenador da unidade, o médico assistente, o enfermeiro chefe e os responsáveis pelas áreas de reabilitação, psicologia, serviço social e reinserção social. O conselho técnico partilha esta mesma composição, mas é presidido por um juiz do tribunal de execução das penas, tendo como função decidir sobre matérias de índole jurisdicional relativas ao percurso da pessoa internada, como avaliar a possibilidade de concessão de liberdade para prova, autorizar licenças jurisdicionais e deliberar sobre a transição para o regime aberto no exterior (Decreto-Lei n.º 70/2019, 2019).

No âmbito da prestação de cuidados, o enfermeiro de referência, desempenhado por um EEESMP, assume um papel central na gestão individualizada de cada caso clínico, assegurando a articulação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, bem como com a família e a comunidade. As suas funções incluem colaborar ativamente na elaboração do plano terapêutico e de reabilitação, bem como na análise e emissão de pareceres sobre pedidos de saídas administrativas e sobre a possibilidade de transição para regime aberto no interior. Este plano é elaborado sob responsabilidade do médico assistente, com a participação da equipa multidisciplinar e dos serviços de reinserção social, e contempla um conjunto de intervenções clínicas e de reabilitação psicossocial orientadas pelas boas práticas e adaptadas às necessidades individuais de saúde e de reintegração social. A participação ativa da própria pessoa no seu processo terapêutico é reconhecida como fundamental e deve ser sistematicamente promovida.

No internamento, a aplicação da medida de segurança tem como finalidade principal a reabilitação da pessoa inimputável, visando promover a sua reintegração no meio familiar e social, prevenir a ocorrência de novos comportamentos ilícitos e contribuir para a proteção da sociedade e das vítimas.

Durante o internamento, a pessoa participa num conjunto de atividades e programas de reabilitação psicossocial orientados para a preparação para a vida em liberdade. Esta intervenção desenvolve-se através do acompanhamento clínico especializado, do desenvolvimento do sentido de

responsabilidade e da aquisição de competências sociais e pessoais que facilitem a adoção de um modo de vida autónomo e socialmente responsável após a cessação da medida de segurança (Decreto-Lei n.º 70/2019, 2019).

O internamento pode decorrer em regime comum ou em regime aberto (interior e exterior). O regime comum caracteriza-se pelo desenvolvimento de atividades no interior do serviço, sendo permitida a realização de contactos com o exterior nos termos da lei. O regime aberto no interior permite o desenvolvimento de atividades fora da unidade, mas confinadas ao perímetro do recinto hospitalar, com vigilância atenuada. Por fim, o regime aberto no exterior possibilita a participação em atividades de ensino, formação profissional, trabalho ou programas em meio livre, sem vigilância direta (Decreto-Lei n.º 70/2019, 2019).

Ao longo deste período, podem ser concedidas licenças de saída da unidade, jurisdicionais ou administrativas, à pessoa inimputável internada. Estas licenças têm como finalidade fortalecer e preservar os vínculos familiares e sociais, facilitar a reinserção social e autorizar a saída sob custódia para comparecer a atos judiciais ou de investigação criminal, ou para receber cuidados de saúde que não possam ser prestados na unidade (Decreto-Lei n.º 70/2019, 2019).

Neste contexto, a intervenção do EEESMP centra-se na gestão individualizada do processo de reabilitação da pessoa inimputável, através do acompanhamento clínico especializado, da promoção de competências pessoais e sociais e do desenvolvimento de uma relação de proximidade que sustente a progressiva transição para regimes de maior autonomia. Esta atuação, pautada pelo equilíbrio entre a vigilância e o cuidado, constitui um contributo central para o processo de reabilitação e reintegração familiar e social da pessoa.

Os principais focos de atenção e diagnósticos de enfermagem identificados neste contexto foram a não adesão ao regime terapêutico, a não adesão ao regime de segurança, o risco de suicídio, a vontade de viver diminuída, a aprendizagem de capacidades diminuída, o autocontrolo comprometido (impulsividade e agressividade), a insónia, o abuso de

substâncias, o processo familiar comprometido e o processo de pensamento distorcido. A identificação destes diagnósticos resultou da observação comportamental ao longo do internamento e da entrevista clínica à pessoa, complementadas, sempre que indicado, pela aplicação de instrumentos específicos, como a Escala de Impulsividade de *Barratt*.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista constituem o alicerce do exercício profissional especializado, sendo transversais a todas as áreas de especialização. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), os cuidados de saúde especializados evidenciam a capacidade do enfermeiro especialista para atuar de forma crítica e fundamentada. Esta abordagem integra a dimensão ética e a evidência científica, com vista a elevar a qualidade e a segurança da prática clínica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O exercício do enfermeiro especialista é sustentado por pilares que transcendem a prática clínica, abrangendo a responsabilidade ética e legal, bem como a gestão proativa dos cuidados. No contexto da saúde mental, estas competências traduzem-se na capacidade de interpretar situações clínicas de elevada complexidade e na tomada de decisões que privilegiem a humanização e a autonomia da pessoa. Assim, o enfermeiro especialista não atua apenas como prestador de cuidados, mas como um agente de transformação e inovação, utilizando a investigação e a pedagogia para otimizar os resultados em saúde e responder às exigências das comunidades (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O percurso de desenvolvimento de competências comuns iniciou-se na componente teórica do mestrado, porém, foi durante o ensino clínico de ESMP e o estágio de natureza profissional com relatório que se revelou um processo dinâmico de maturação profissional, no qual a prática clínica especializada foi orientada por pilares éticos, legais e deontológicos.

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a prática clínica foi pautada pelo respeito incondicional à dignidade humana e aos direitos da pessoa, em todos os contextos de ensino clínico. Esta postura manifestou-se na garantia do consentimento informado e na proteção da confidencialidade, assegurando a privacidade e a autonomia da pessoa

durante todos os cuidados de enfermagem. Ao respeitar o ritmo e os limites emocionais de cada pessoa, foi possível promover o princípio da não maleficência, evitando intervenções desnecessárias e atuando diligentemente na monitorização de alterações comportamentais. No contexto de respostas diferenciadas, esta responsabilidade foi acrescida pela necessidade de garantir o equilíbrio entre a proteção de todos e o cuidado individualizado da pessoa, tendo como pilar uma prática clínica fundamentada no respeito pela dignidade humana e pelos direitos da pessoa sujeita a medidas de segurança. Esta atuação ética, como sublinhado por Schneider et al. (2022), é fundamental para a tomada de decisão clínica e para o fortalecimento da RT, aumentando a confiança mútua entre o profissional e a pessoa cuidada. Além disso, a responsabilidade legal manifestou-se no rigor dos registos de enfermagem, realizados através da plataforma *SClínico* com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, garantindo a visibilidade do cuidado e a proteção de dados em conformidade com a legislação vigente.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

A procura pela excelência pautou a atuação no domínio da melhoria contínua da qualidade. Ao longo do ensino clínico, a tomada de decisão permitiu a otimização dos cuidados, transformando a prática numa atitude de reflexão permanente.

No contexto de internamento de adultos, esta competência materializou-se em ações concretas, como a dinamização de formação sobre “*Mindfulness*” (Anexo I) para a equipa de enfermagem, de forma a promover a redução do stress ocupacional e a promoção do bem-estar dos profissionais (Sequeira & Sampaio, 2020). Esta visão multidimensional da qualidade reconhece que o investimento na saúde mental dos enfermeiros é indissociável da segurança da pessoa e da prevenção do *burnout* (Santos & Martins, 2022). Complementarmente, a criação de materiais informativos, como o panfleto sobre a “Licença de Ensaio” (Anexo II), visou humanizar o processo de reabilitação e envolver a família na continuidade dos cuidados.

No contexto de comunidade, a governação clínica foi vivenciada através do acompanhamento e observação da prática de outros EEESMP, o

que permitiu a compreensão desta como um processo estratégico e colaborativo (Faria et al., 2025).

No contexto de respostas diferenciadas, a melhoria contínua da qualidade assumiu contornos particulares face à complexidade e especificidade deste contexto. A necessidade de garantir cuidados seguros e individualizados a pessoas sujeitas a medidas de segurança exigiu uma reflexão permanente sobre as práticas, promovendo a adequação das intervenções às necessidades identificadas e aos princípios éticos e legais que regem este contexto.

Esta perspetiva corrobora Foster et al. (2021), que reforçam a importância de ambientes terapêuticos eticamente sustentados para o sucesso das intervenções, o que se revelou transversal aos três contextos de ensino clínico.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

No âmbito da gestão dos cuidados, a experiência clínica permitiu a operacionalização de uma liderança colaborativa e centrada na pessoa. A gestão individualizada de planos terapêuticos complexos exigiu uma coordenação estreita com equipas multidisciplinares, incluindo psiquiatras, assistentes sociais e outros parceiros da comunidade. Desde a entrevista inicial até à articulação em reuniões clínicas e visitas domiciliárias, a prioridade foi sempre assegurar a continuidade e a segurança dos cuidados. Conforme preconizado pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015), a responsabilidade pelas intervenções delegadas e a articulação interprofissional são eixos centrais que sustentam a eficácia da resposta terapêutica. A percepção da liderança como um fator determinante na qualidade dos cuidados foi confirmada na prática clínica diária, em que a gestão eficiente de recursos e a tomada de decisões fundamentadas permitiram responder às necessidades biopsicossociais da pessoa de forma integrada e eficaz (Loureiro, 2023).

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Por fim, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais consolidou o autoconhecimento e a prática baseada na evidência como ferramentas de crescimento. A supervisão clínica e a prática reflexiva foram essenciais para analisar criticamente comportamentos, reconhecer limites e desenvolver uma postura assertiva perante situações clínicas complexas (Pires et al., 2021; Castilho et al., 2024). A participação em momentos de formação contínua, como a formação em "Prevenção da Violência e Maus-Tratos" e o "I Congresso Internacional de Enfermagem Forense", foi determinante para ampliar a visão sobre a interface entre saúde, justiça e ética. Estas experiências não só atualizaram conhecimentos científicos, como também reforçaram a capacidade de prestar cuidados psicoeducacionais fundamentados em boas práticas, contribuindo para a redução de erros e para o reforço da motivação profissional (Vázquez-Calatayud et al., 2021). O desenvolvimento desta competência permitiu assegurar um cuidado de enfermagem humano e imparcial, em que o imperativo da reabilitação e da saúde prevaleceu sobre estigmas ou preconceitos sociais, assegurando, assim, a dignidade da pessoa e a equidade no acesso aos cuidados. Em suma, a articulação entre a reflexão ética, a formação constante e a liderança clínica permitiu a construção de uma identidade profissional sólida e preparada para os desafios da ESMP.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A complexidade crescente dos contextos de saúde mental exige profissionais altamente qualificados, capazes de responder de forma holística, empática e cientificamente fundamentada às necessidades das pessoas com patologia psiquiátrica. Neste âmbito, o EEESMP assume um papel fulcral na promoção da saúde mental, na intervenção em crise, na reabilitação psicossocial e na construção de relações terapêuticas.

As competências específicas destes profissionais encontram-se definidas no Regulamento n.º 515/2018, o qual delimita as áreas de intervenção do EEESMP, nomeadamente a avaliação em saúde mental, o planeamento e execução de intervenções psicoterapêuticas, o apoio ao desenvolvimento de competências relacionais e a promoção da recuperação e inclusão social da pessoa com patologia psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018, 2018). Estas competências evidenciam um saber teórico-prático que se articula com a prática reflexiva e a tomada de decisão clínica em contextos complexos e multidisciplinares.

A evidência atual sublinha que a intervenção do EEESMP contribui significativamente para a melhoria dos resultados em saúde mental, especialmente na redução do risco de recaída, no aumento da adesão terapêutica e na promoção da autonomia da pessoa (Wazzan et al., 2024). Os EEESMP integram abordagens como o modelo de *recovery* e estratégias de *empowerment* na promoção de um cuidado centrado na pessoa e orientado para a recuperação (Salberg et al., 2022).

O percurso desenvolvido ao longo dos três contextos de estágio não se caracterizou por uma sucessão de experiências isoladas, mas sim por uma evolução contínua e progressiva. No contexto de internamento de adultos, a presença de psicopatologia aguda exigiu uma resposta clínica imediata, centrada na gestão da segurança e na estabilização da pessoa. Na comunidade, o paradigma deslocou-se para a reabilitação no meio familiar e social, com ênfase na promoção da autonomia e no suporte das redes de

apoio comunitárias e familiares. Por fim, o contexto de respostas diferenciadas representou o culminar deste processo, ao exigir a integração de competências clínicas com aspetos legais e éticos complexos, num ambiente onde a medida de segurança é aplicada à pessoa inimputável e onde o EEESMP é permanentemente confrontado entre a vigilância e o cuidado (Esteves, 2024).

O presente relatório reflete criticamente sobre o desenvolvimento destas competências específicas, com base na experiência adquirida nos três contextos de estágio e na literatura científica atual.

Dessa forma, serão apresentadas a seguir as competências específicas do ESMP que definem os pilares da prática clínica.

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

O EEESMP utiliza a sua própria pessoa como um instrumento clínico. Esta primeira competência específica exigiu um elevado grau de autoconhecimento e inteligência emocional, traduzindo-se numa consciência de si mesmo que é vital durante a RT e na implementação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducacionais. Ao longo do percurso formativo, foi exigida uma postura ética e de comunicação autêntica como eixo estrutural do cuidar, permitindo que a RT se estabeleça sobre pilares de confiança, empatia e respeito mútuo.

No contexto de internamento de adultos e de comunidade, o EEESMP deve desenvolver uma consciência profunda sobre a influência da sua comunicação na RA. Sharma e Gupta (2023) reiteram que esta abordagem obriga o EEESMP a uma constante monitorização das suas emoções e limites, especialmente na fase de orientação, onde a criação de um espaço seguro é importante para que a pessoa expresse livremente o seu sofrimento. Durante a prática clínica, tornou-se evidente que a escuta ativa e a validação emocional são transformadoras, exigindo uma capacidade de regulação

emocional e de disponibilidade mesmo nos momentos de maior complexidade relacional.

Esta necessidade de autorreflexão e assertividade assumiu uma dimensão ainda mais crítica no contexto de respostas diferenciadas, onde existe uma dualidade constante entre as medidas de proteção e o cuidado. Conforme defendido por Peplau (1991), o autoconhecimento é uma das responsabilidades mais importantes do EEESMP para auxiliar a pessoa a identificar os seus problemas e alcançar o desenvolvimento pessoal. Na prática clínica do EEESMP, esta responsabilidade torna-se particularmente desafiante quando é necessário respeitar a dignidade da pessoa independentemente do ato ilícito cometido. Neste contexto, a atuação do EEESMP deve ser pautada pela aceitação e empatia, garantindo que a intervenção seja isenta de juízos de valor e centrada na dignidade humana (Albino et al., 2023).

Johansson e Holmes (2022) afirmam que, nestes contextos, as subjetividades são moldadas pelas políticas institucionais, o que reforça a importância de o EEESMP utilizar a sua consciência de si para proteger a integridade da RT. Em última análise, como reiterado por Albino et al. (2023), o uso terapêutico de si e a reflexão sobre a prática clínica são recursos determinantes para que o EEESMP contribua de forma efetiva para a recuperação psicossocial e para a futura reintegração do indivíduo na família e na comunidade.

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

Esta segunda competência específica do EEESMP compreende uma visão muito além da gestão de sintomas, centrando-se na ajuda à pessoa para otimizar a sua saúde mental através de uma abordagem fundamentada e integradora. Ao longo do percurso académico, esta competência evidenciou-se na capacidade de identificar precocemente fatores de vulnerabilidade e promover estratégias de *coping*, envolvendo a rede de apoio familiar da pessoa. Esta atuação respeitou as orientações da OE, que preconizam uma intervenção facilitadora do envolvimento de estruturas promotoras da saúde mental (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

O contexto de internamento de adultos exigiu intervenções adequadas a esta realidade. Reconhece-se a importância de estabilizar a pessoa em fase aguda, salvaguardando as diretrizes oficiais que orientam para um internamento o mais breve possível. Esta realidade impôs desafios significativos, nomeadamente a necessidade de desenvolver intervenções psicoterapêuticas breves, uma vez que a escassez de tempo inviabilizou intervenções psicoterapêuticas de maior duração, exigindo que a atuação se focasse na gestão de cuidados imediatos. Este ensino clínico despertou a consciência de que a consolidação desta competência exige ambientes que privilegiem a continuidade dos cuidados na transição para a comunidade.

Na comunidade, foi possível identificar o impacto direto da ESMP nos processos de transição ao longo do ciclo de vida. A realização de sessões de psicoeducação com uma comunidade de etnia cigana (Anexo III) e o apoio a cuidadores informais permitiram perceber que a prevenção e a promoção da saúde mental exigem uma postura holística e culturalmente sensível. Em concordância com a *World Health Organization* (WHO, 2021), os cuidados devem ser centrados na pessoa e baseados nos direitos humanos. Apesar das limitações de recursos, verificou-se que intervenções colaborativas reduzem o estigma e fortalecem a resiliência (Chutiyami et al., 2025). Estas experiências demonstraram que pequenas ações, quando fundamentadas na literacia em saúde, geram mudanças profundas na percepção de bem-estar dos grupos vulneráveis.

No serviço de psiquiatria forense, a otimização da saúde mental assumiu uma dimensão de reabilitação psicossocial, orientada para ajudar a pessoa a reconstruir a sua identidade. A intervenção focou-se na reintegração social, capacitando a pessoa para a obtenção de ganhos em saúde.

Esta jornada permitiu consolidar uma prática clínica profissional e especializada onde a promoção da saúde mental é vista como um direito fundamental, edificado em parceria com a pessoa e a comunidade.

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.

Ao longo do percurso académico, esta competência exigiu uma atuação profundamente contextualizada, centrada na singularidade da pessoa e na construção de um processo de recuperação.

No contexto de internamento de adultos, a capacidade de exercer esta competência de forma plena foi, em parte, condicionada pela natureza do serviço, focado na estabilização de quadros agudos e gestão de crises. Contudo, foi possível contornar estas circunstâncias através de intervenções psicoterapêuticas, como a reestruturação cognitiva, atuando sobre pensamentos distorcidos e promovendo o autoconceito. Um dos focos de atenção identificados foi a ideação suicida, sobre o qual foram realizadas intervenções adequadas com o objetivo de capacitar a pessoa na identificação de pensamentos automáticos, relacioná-los com emoções ou comportamentos autolesivos e construir respostas alternativas, promovendo a sua autonomia na gestão de situações de crise. As dinâmicas de grupo, como a atividade “O meu manjerico tem um nome”, reforçaram a importância do grupo como um espaço seguro de pertença.

Neste contexto, é fundamental reconhecer que a necessidade prioritária da pessoa reside na estabilização clínica e na eficácia da intervenção direta sobre o quadro agudo. Ultrapassada esta fase, o foco do cuidado expande-se para a integração da família, o que se tornou possível no contexto de comunidade.

A transição para a comunidade permitiu desenvolver esta competência com maior amplitude, através da gestão de caso e da colaboração interdisciplinar. Nesta fase, foi assumido o papel de facilitador de vínculos, utilizando o pensamento crítico para integrar dados de observação e formular diagnósticos que refletissem as reais necessidades da pessoa. A experiência do estágio em contexto de comunidade proporcionou a oportunidade de desenvolver e implementar a intervenção psicoterapêutica baseada na RA. A título de exemplo, apresenta-se a intervenção dirigida a uma cuidadora informal com diagnóstico de enfermagem de “stress do cuidador”

(*International Council of Nurses (ICN)*, 2019) (Anexo IV). A pessoa em causa era filha e principal cuidadora do seu pai, com diagnóstico de perturbação neurocognitiva *major*, situação que lhe exigia um elevado grau de responsabilidade e disponibilidade emocional. O processo iniciou-se com uma entrevista clínica estruturada, centrada na história de vida, no contexto familiar, nos recursos disponíveis e nos focos de atenção identificados, seguindo uma lógica de sistematização e análise crítica dos dados.

Através da gestão de caso, foi possível planejar, negociar e implementar um plano de cuidados individualizado, em articulação com a equipa de saúde e com os recursos comunitários. A gestão de caso constitui uma estratégia eficaz para coordenar cuidados, integrar serviços e otimizar resultados de saúde, promovendo a continuidade e a qualidade dos cuidados (Cruchinho, 2021). Durante as sessões, a RA assumiu um papel essencial, permitindo à cuidadora reconhecer as suas limitações, expressar as suas emoções e desenvolver estratégias de *coping* eficazes face ao papel de cuidar.

No contexto de respostas diferenciadas, a reflexão centrou-se no desafio de apoiar a pessoa em situação de internamento forense. O tempo de cumprimento da medida de segurança deve ser transformado numa oportunidade de reabilitação, onde a prevenção de comportamentos violentos através do desenvolvimento de competências de autocontrolo é prioritária (Albino et al., 2023). Foi também possível implementar a técnica de relaxamento muscular progressivo, cuja eficácia foi validada através do *feedback* dos participantes, que reportaram uma sensação de maior tranquilidade e bem-estar após a intervenção.

Em suma, a reintegração da pessoa, seja no regresso ao domicílio após um internamento agudo, seja na transição de medida de segurança para a sociedade, exige que o cuidado desenvolvido pelo EEESMP vise a autonomia e a dignidade humana.

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.

Durante o percurso formativo, houve a oportunidade de desenvolver de forma significativa a competência relacionada com a prestação de cuidados psicoterapêuticos, psicoeducacionais, psicossociais e sócio terapêuticos ao longo do ciclo de vida. Esta competência, estabelecida no artigo 8.º do Regulamento n.º 515/2018 da OE, constitui uma dimensão essencial da prática do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018, 2018).

No contexto de internamento de adultos, a prática clínica foi orientada para a gestão emocional e a autorregulação de comportamentos, como resposta às necessidades da pessoa. Assim, foi desenvolvida uma atividade grupal “O meu manjerico tem um nome” (Anexo V), fundamentada na Terapia de Reminiscência, uma intervenção psicoterapêutica breve que utiliza memórias significativas para impactar positivamente a autoestima e o humor (OE, 2023). Ao utilizar o manjerico como símbolo cultural, foi criado um espaço seguro para a expressão de emoções, fundamental para a promoção da saúde mental baseada na narrativa pessoal e na recuperação (WHO, 2021).

Paralelamente, implementou-se uma intervenção no âmbito da reestruturação cognitiva, técnica baseada na teoria cognitivo-comportamental, direcionada a pessoas com diagnóstico de enfermagem de “ideação suicida” (ICN, 2019) (Anexo VI). Esta abordagem revelou-se crucial para identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais, promovendo o desenvolvimento de estratégias comportamentais para prevenir e tratar a ideação suicida (Serafini et al., 2022). Refletiu-se, contudo, que as características intrínsecas de um serviço de internamento de adultos impuseram limitações à aplicação de uma avaliação final padronizada. Esta realidade exigiu uma constante flexibilidade metodológica, de forma a garantir que, mesmo perante a brevidade de uma única sessão, a pessoa integrasse estratégias de *grounding* e delineasse um plano de ação para situações de crise (Tódero et al., 2024).

Na comunidade, a amplitude desta competência direcionou-se para o suporte aos cuidadores informais e para a promoção da literacia em saúde mental. Identificou-se no "Stress do cuidador" (ICN, 2019) um campo de intervenção prioritário, onde foi utilizada a RA como intervenção psicoterapêutica, de forma a capacitar a cuidadora informal através de um plano estruturado com fase de orientação, trabalho e conclusão, ao reconhecer limites e mobilizar estratégias de *coping* adaptativas, com ganhos mensuráveis nas escalas de *Zarit* e CAMI (Sequeira & Sampaio, 2020). Paralelamente, foram planeadas e implementadas sessões de estimulação cognitiva no domicílio (Anexo VII), dirigidas a uma pessoa idosa com perturbação neurocognitiva major, com recurso a atividades adaptadas às suas capacidades e necessidades, de forma a estimular a atenção, o cálculo e as funções executivas, promovendo um envolvimento ativo e uma intervenção centrada e personalizada, sustentada na evidência científica (Justo-Henriques, 2021; Silva et al., 2021).

Ainda na comunidade, a intervenção psicoeducacional com a população de etnia cigana constituiu um exercício de sensibilidade cultural e ética. A abordagem de temas como "Hábitos e rotinas" e "Lidar com as emoções" teve como objetivo a redução das desigualdades em saúde mental através de metodologias participativas. Como sugerem Barbo et al. (2025), o papel do EEESMP é fundamental para ultrapassar barreiras comunicacionais e promover o empoderamento em comunidades socialmente excluídas e vulneráveis, integrando a cultura no processo de cuidar. Esta experiência reforçou que a psicoeducação não consiste apenas em transmitir informação, mas em construir conhecimento partilhado que previne recaídas e melhora a regulação emocional (Bruggmann et al., 2022).

No contexto de respostas diferenciadas, a atuação centrou-se em sessões grupais de relaxamento muscular progressivo (Anexo VIII) e no acompanhamento individualizado através da RA como intervenção psicoterapêutica, onde foi realizada a entrevista clínica, implementado o consentimento informado e identificado o foco de atenção de enfermagem de "Autocontrolo comprometido: Impulsividade" (Anexo IX). Após identificar este

foco, utilizou-se a Escala de Impulsividade de Barratt (Pechorro et al., 2017) para fundamentar diagnósticos, bem como ferramentas como a atividade “O Semáforo” para ajudar a pessoa a analisar criticamente os seus gatilhos e a aplicação da tabela “Análise das minhas estratégias” para a pessoa identificar vantagens e alternativas de forma autónoma. Como defendem Albino et al. (2023), dotar a pessoa de estratégias de enfrentamento é vital para a prevenção da violência e para o sucesso da reintegração social.

Em suma, a consolidação desta competência permitiu integrar a dimensão teórica, prática e humanística, nos contextos de internamento de adultos, comunidade e psiquiatria forense, centrando-se na pessoa como agente ativo da sua recuperação e reconhecendo que a adaptabilidade das intervenções psicoterapêuticas às especificidades individuais é fundamental para garantir que, independentemente do contexto clínico, a dignidade e a autonomia da pessoa sejam os eixos centrais da prática.

4. Considerações finais

O percurso desenvolvido nos contextos clínicos revelou ser fundamental para a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, através da sua efetiva aplicação na prática clínica e do desenvolvimento de competências essenciais para um cuidado especializado. A articulação entre teoria e prática demonstrou ser um pilar imprescindível na construção de uma identidade profissional sólida, bem como no fortalecimento das capacidades técnicas, emocionais e éticas inerentes ao papel do enfermeiro especialista. Este processo formativo foi marcado pela vivência direta de situações clínicas que exigiram uma postura reflexiva e crítica, promovendo o amadurecimento pessoal e profissional.

A transição entre contextos tão distintos como o internamento de adultos, a comunidade e a psiquiatria forense, não constituiu uma mera sucessão de experiências isoladas, mas um processo dinâmico de maturidade, onde teoria e prática se fundiram para consolidar a identidade profissional. No internamento de adultos, a principal dificuldade residiu na implementação de intervenções psicoterapêuticas estruturadas, frequentemente condicionada pela curta duração do internamento. Esta realidade exigiu uma constante capacidade de adaptação, impondo a necessidade de ajustar a intervenção às condições disponíveis, o que constituiu uma aprendizagem clínica relevante. O contexto de comunidade, por sua vez, proporcionou uma perspetiva transformadora ao colocar ênfase na prevenção e promoção da saúde mental, em detrimento da abordagem centrada exclusivamente no tratamento, o que alargou significativamente a visão sobre o cuidar em ESMP. Já a psiquiatria forense constituiu o contexto de maior desafio ético, exigindo um esforço consciente e contínuo de dissociação entre o ato ilícito cometido e a pessoa que necessita de cuidados, afirmando a primazia do olhar clínico e humanizado sobre o juízo pessoal.

O desenvolvimento das competências comuns e específicas revelou que o uso terapêutico de si, o autoconhecimento e a autoconsciência são ferramentas clínicas tão vitais quanto o conhecimento teórico, permitindo uma

atuação centrada na autonomia e na dignidade humana, independentemente da complexidade do quadro psicopatológico. O desenvolvimento de um domínio integrado de conhecimentos, habilidades e atitudes, entendido como competência, constitui um fator determinante para a excelência da prática clínica especializada em ESMP. Neste sentido, a formação em diferentes estágios não se limita à aplicação de técnicas, mas exige uma reflexão contínua sobre o próprio desempenho, a capacidade de reconhecer limitações e de transformar a experiência vivida em aprendizagem (Sheikhbahaeddinzadeh et al., 2025).

Ao longo dos estágios, foi possível desenvolver múltiplos aspetos relevantes para a formação de um EEESMP, especialmente através da construção de uma RA baseada na escuta ativa, na empatia e na comunicação eficaz, pilares que sustentam a intervenção do EEESMP e que encontram fundamentação nas contribuições de Peplau (1991) e de Sharma e Gupta (2023), entre outros autores. As intervenções psicoterapêuticas demonstraram não só a sua eficácia no desenvolvimento de estratégias de *coping*, como também evidenciaram a importância de uma abordagem estruturada e individualizada, conforme relatado por Tódero et al. (2024). A reflexão crítica, aliada à supervisão clínica, permitiu o desenvolvimento de competências profissionais e emocionais fundamentais para lidar com a complexidade do sofrimento psicológico e para a tomada de decisão, como apontado por Pires et al. (2021). A promoção da saúde mental revelou-se, ainda, um pilar importante para a inclusão de diferentes perspetivas culturais e para a construção de um espaço de partilha e aprendizagem mútua.

Estes contextos clínicos constituíram uma etapa decisiva e enriquecedora no percurso formativo, pois permitiram consolidar as competências teóricas, relacionais e éticas que definem os cuidados especializados. Este percurso abriu horizontes para uma prática profissional mais consciente, crítica e centrada na dignidade, no respeito e na individualidade da pessoa, elementos imprescindíveis para uma intervenção humanizada e eficaz.

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e
Psiquiátrica

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros
Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

1. Enquadramento teórico

O presente capítulo estabelece a base conceptual que sustenta a investigação e tem como foco a atuação do EEESMP. A prática clínica do EEESMP edifica-se na dimensão relacional como pilar central do cuidado à pessoa. A complexidade desta prática exige uma análise que parte da distinção conceptual entre a RT, RA e a RA como intervenção psicoterapêutica, e para concluir a aplicação desta em contextos como o tratamento involuntário.

Inicialmente, será abordada a RA, como foco da prática clínica do EEESMP, sendo essencial distingui-la da RT, que consiste num processo interpessoal contínuo e multidimensional que sustenta a prática clínica da relação de ajuda profissional (Girard et al., 2021). Enquanto a RT estabelece um ambiente de confiança e aceitação necessárias para a validação da vulnerabilidade da pessoa, a RA profissional consiste num processo clínico sistematizado e estruturado (Aznar-Huerta et al., 2024). Importa, assim, referir como a literatura atual portuguesa distingue estes conceitos, de forma a demonstrar a importância das competências do EEESMP para a execução deste processo clínico.

Neste sentido, a RA é apresentada como uma intervenção psicoterapêutica que, para além de oferecer suporte, é entendida como a própria ferramenta de mudança, caracterizando-se pela aplicação intencional de modelos teóricos e técnicas de comunicação clínica (Coelho et al., 2020a). De acordo com Sequeira e Sampaio (2020), o rigor e a sequencialidade desta intervenção permitem ao EEESMP conduzir a pessoa no sentido de uma melhor gestão dos seus problemas, de uma maior adaptação às fases de transição e de uma maior conquista da sua autonomia.

Por fim, explorar-se-á o tratamento involuntário, contexto onde a competência relacional do EEESMP enfrenta maiores desafios éticos e legais. Face à transição legislativa em Portugal com a atual Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023), o foco do cuidado transformou-se do controlo social para a

recuperação e reabilitação psicossocial (Sousa et al., 2023). Assim, este capítulo percorre o caminho desde a essência do cuidar em ESMP até à sua aplicação no tratamento involuntário.

1.1. Relação de ajuda

No âmbito da ESMP, a dimensão relacional representa o pilar central do cuidado, reconhecendo que o foco no equilíbrio biopsicossocial da pessoa em sofrimento, poderá depender da qualidade das interações estabelecidas. Chalifour (2008) refere que a relação é o alicerce onde a ajuda se concretiza, definindo-a como um processo de acompanhamento onde o enfermeiro utiliza a sua presença e competência para auxiliar o outro a mobilizar os seus próprios recursos. Contudo, é fundamental delimitar conceptualmente o fenómeno relacional, para distinguir as diferentes tipologias de relações, as suas especificidades e as lacunas que a literatura atual ainda apresenta sobre o assunto. Neste estudo, pretendeu-se evidenciar a RA como uma intervenção estruturada e psicoterapêutica.

A RT é compreendida como o processo interpessoal contínuo que sustenta a prática clínica ao dar resposta às necessidades da pessoa, potenciando a adesão à intervenção terapêutica (Girard et al., 2021).

De acordo com Girard et al. (2021), a RT é a essência do cuidado, é multidimensional e assenta em pilares, como a empatia e o autoconhecimento. Coelho et al. (2021) reforçam que a RT é um fenómeno dinâmico que exige do enfermeiro uma monitorização constante das suas próprias reações emocionais. Aznar-Huerta et al. (2024) afirmam que a aceitação incondicional é o núcleo da RT, porque permite que a pessoa se sinta humanizada e validada na sua vulnerabilidade, independentemente da gravidade do seu estado psicopatológico. Esta necessidade de competência relacional, por parte do profissional, não se limita apenas à especialidade de ESMP, mas nela é essencial. Gaio et al. (2023) destacam que, em serviços de cirurgia, por exemplo, a RT estabelecida com a pessoa e a família é essencial para gerir a ansiedade pré-operatória e facilitar a recuperação pós-operatória, demonstrando a universalidade do conceito em enfermagem.

É sobre este alicerce da RT que o EEESMP edifica a RA profissional, a qual se caracteriza por ser uma modalidade de intervenção altamente estruturada.

A RA encontra o seu fundamento primordial na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, que define a enfermagem como um "processo interpessoal terapêutico e significativo" (Peplau, 1991, p. 16). Esta visão é complementada por Phaneuf (2005), que ressalta a importância de o EEESMP utilizar o seu autoconhecimento e o seu "eu" de forma consciente para apoiar o outro na RA. Nesta perspetiva, a RA consiste num processo clínico onde o EEESMP mobiliza atitudes de empatia, respeito caloroso e aceitação da pessoa para criar um clima de segurança, para que a pessoa descubra e utilize os seus próprios recursos para enfrentar a doença ou a crise.

Ao contrário da RT, entendida como o estado ou o vínculo de ligação, a RA profissional é um processo dinâmico e estruturado. Segundo Sequeira (2016), a RA profissional é diferente da RA informal, já que esta, para o autor, é baseada na solidariedade espontânea e na reciprocidade social entre amigos ou familiares. Chalifour (2008) enfatiza que o EEESMP deve possuir competências pessoais e científicas para desenvolver uma RA profissional, um termo utilizado por este autor para descrever a RA formal. A RA profissional é estruturada através de fases deliberadas, geralmente descritas como orientação, trabalho e conclusão, que permitem utilizar o vínculo terapêutico numa estratégia de mudança (Chalifour, 2008). Enquanto a RT providencia o ambiente de confiança, a RA profissional fornece o método, permitindo ao EEESMP utilizar estratégias de comunicação clínica treinadas para descodificar o sofrimento e guiar a pessoa na resolução de problemas (Coelho et al., 2021; Sequeira & Sampaio, 2020).

A estrutura da RA profissional exige que o EEESMP mantenha o foco exclusivamente nas necessidades da pessoa cuidada (Sequeira & Sampaio, 2020). Coelho et al. (2020b) referem que esta intervenção estruturada é particularmente útil na abordagem de necessidades humanas como a ansiedade e a tristeza, onde o EEESMP aplica competências de escuta ativa

e respeito para operacionalizar o suporte. Esta natureza estruturada é o que permite ao EEESMP avaliar os resultados das suas intervenções e ajustar o plano de cuidados, algo que não seria viável numa interação meramente espontânea ou informal (Coelho et al., 2020b).

Neste sentido, Coelho et al. (2020a) defendem que, quando o EEESMP aplica sistematicamente os componentes da RA, baseando-se em modelos psicoterapêuticos, a RA deixa de ser apenas um suporte para se tornar a própria ferramenta de apoio, isto é, uma intervenção psicoterapêutica.

Em síntese, para os autores acima citados, a RT constitui o conceito primário e a base do cuidado em enfermagem. Sobre esta base, o EEESMP desenvolve a RA profissional enquanto intervenção estruturada e deliberada. Esta estrutura é o que garante a base científica e a eficácia da prática de EEESMP e, assim, permite que a interação humana se concretize num processo terapêutico e transformador (Coelho et al., 2020b).

1.2. Relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica

A RA profissional é definida por Sequeira (2016) como uma relação de natureza interpessoal, estabelecida entre um EEESMP e uma pessoa em sofrimento, com o objetivo de promover o crescimento, a maturidade e uma melhor capacidade de lidar com a vida. No contexto da ESMP, a RA profissional assume-se como uma intervenção psicoterapêutica, ao caracterizar-se pela aplicação intencional de técnicas e modelos teóricos para ajudar a pessoa na modificação do comportamento, cognição ou sentimento (Coelho et al., 2020a). Esta visão encontra sustentação nos trabalhos de Sequeira e colaboradores, que defendem que a RA profissional ultrapassa a mera presença ou conversa, constituindo-se como uma intervenção autónoma, estruturada e sequencial (Sequeira & Sampaio, 2020; Coelho et al., 2020a).

Para que a RA profissional seja implementada com eficácia, é fundamental que o EEESMP desenvolva competências específicas, como a aceitação da pessoa, respeito caloroso e empatia (Phaneuf, 2005). Segundo Sequeira (2016), a empatia permite ao EEESMP compreender o mundo interno da pessoa sem se perder nele, enquanto a aceitação garante que a

pessoa se sinta segura para explorar o seu sofrimento sem receio de julgamento. Estas atitudes concretizam-se através de ferramentas como a escuta ativa, que permitem ao EEESMP atuar como um facilitador do processo de mudança (Sequeira & Sampaio, 2020).

A RA, enquanto intervenção psicoterapêutica, possui uma estrutura rigorosa, pois exige um planeamento em sessões com duração aproximada de 60 minutos, num ciclo de 3 a 12 sessões, consoante a necessidade identificada (Coelho et al., 2020a; Sequeira & Sampaio, 2020). A primeira abordagem consiste numa entrevista para avaliar a história clínica da pessoa, bem como os focos de atenção. Estes focos de atenção devem conduzir aos diagnósticos de enfermagem, para direcionar e permitir a avaliação da intervenção. O processo inicia-se com o estabelecimento de um contrato terapêutico e evolui através de fases distintas: a fase de orientação, onde se explora o problema; a fase de trabalho, onde se trabalha o significado das vivências; e a fase de conclusão, onde se faz uma avaliação da intervenção (Sequeira & Sampaio, 2020).

Em suma, a RA como intervenção psicoterapêutica é uma ferramenta de excelência que permite aos EEESMP intervir nos problemas identificados e, conseqüentemente, promover a autonomia da pessoa, no sentido da sua melhor adaptação e resolução dos seus próprios problemas.

1.3. Tratamento involuntário

O tratamento involuntário constitui um dos temas mais delicados no domínio da saúde mental e da ESMP, na medida em que envolve a prestação de cuidados de saúde em contextos de vulnerabilidade, que implica simultaneamente a limitação de direitos fundamentais da pessoa. A necessidade de conciliar o cuidado à pessoa com o respeito pela autonomia individual tem sido amplamente debatida em termos éticos, legais, clínicos e relacionais.

A evolução deste paradigma em Portugal é marcada por uma transição presente na Lei n.º 36/98, de 24 de julho, para a atual Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho). A Lei de Saúde Mental de 1998 encontrava-

se muito ligada ao paradigma do perigo e à privação de liberdade em detrimento da autonomia da pessoa. A centralidade do internamento compulsivo, nesta legislação, demonstrava uma herança asilar, em que os antigos hospitais psiquiátricos operavam mais como instrumentos de controlo social do que propriamente como espaços destinados à reabilitação psicoterapêutica e psicossocial da pessoa. Em contraste, a atual Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023) reflete uma mudança de paradigma, visível desde logo no plano terminológico, onde o tratamento compulsivo é substituído pela designação de tratamento involuntário. Esta alteração fundamenta-se num modelo orientado para a recuperação e reabilitação psicossocial da pessoa. Segundo Sousa et al. (2023), esta transição a nível legislativo reflete a necessidade da garantia da continuidade dos cuidados na comunidade, visando a redução do estigma e dos processos de reinserção social associados ao tratamento involuntário.

Esta reforma legislativa nacional encontra-se em concordância com as atuais diretrizes da *World Health Organization* (WHO) e das *United Nations* (UN), que preconizam que qualquer legislação de saúde mental deve ser desenhada para eliminar a discriminação e as práticas coercivas em saúde mental, substituindo o paradigma biomédico centrado na institucionalização por um modelo baseado em direitos fundamentais da pessoa. Segundo a WHO e UN (2023), os sistemas nacionais de saúde e a legislação devem garantir cuidados individualizados e centrados na pessoa, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados na comunidade, assim como a participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação. O objetivo primordial consiste na promoção da dignidade e na redução do estigma, sendo os direitos humanos o eixo orientador de qualquer intervenção clínica.

De acordo com Schmeling et al. (2024), o tratamento involuntário é caracterizado pela imposição de cuidados à pessoa com patologia psiquiátrica que, devido à ausência de juízo crítico ou risco iminente a si ou para terceiros, não consentem nas intervenções necessárias para a sua recuperação. A legislação que descreve o tratamento involuntário não é uniforme mundialmente, enquanto em países de língua portuguesa como Portugal, o internamento e tratamento são regulados por normas que tentam equilibrar a

proteção de direitos humanos com a segurança pública e da pessoa, noutros países, como o Canadá, o modelo de “consentimento presumido” permite a imposição de tratamento e intervenção sem a necessária anuência da pessoa (Kolar et al., 2023; Schmeling et al., 2024). Esta abordagem apresenta um discurso de “proteção” para os profissionais de saúde, como a prevenção da deterioração clínica ou da perda de emprego, para justificar o uso de medidas coercivas.

No contexto da prática clínica do EEESMP, o tratamento involuntário envolve desafios éticos, legais e relacionais significativos. Sousa et al. (2023) salientam que o enfermeiro é o profissional que mais tempo permanece junto da pessoa, sendo frequentemente o responsável pela execução de medidas coercivas, como a contenção física ou química. Estas intervenções, embora legalmente fundamentadas pela necessidade de garantir a segurança do próprio ou de terceiros, constituem experiências potencialmente traumáticas para ambos os intervenientes. A evidência revela que os EEESMP vivenciam um conflito interno profundo, recorrendo frequentemente a mecanismos de distanciamento emocional ou justificações morais de “benevolência forçada” para lidar com o impacto negativo que estas práticas têm na RT (Molloy et al., 2025).

A complexidade do tratamento involuntário é exacerbada pela necessidade de transição entre o modelo biomédico e uma abordagem baseada em direitos humanos. Segundo Wilson et al. (2024), esta abordagem não se limita a um conjunto de regras, mas consiste numa mudança de paradigma que tem como prioridade a segurança emocional e a consciência das reações físicas e emocionais dos enfermeiros perante o sofrimento da pessoa, bem como permite uma melhor compreensão das reações de resistência da pessoa, de forma a promover um ambiente de segurança emocional que possa reduzir a necessidade de medidas coercivas. Em consonância, a atual Lei de Saúde Mental em Portugal (Lei n.º 35/2023) reforça que o tratamento involuntário deve ser uma medida de última instância, privilegiando-se, sempre que possível, o tratamento em contexto de comunidade e a reabilitação psicossocial (Sousa et al., 2023).

Os desafios para o EEESMP residem na capacidade de manter a dignidade humana e a autonomia da pessoa atendida neste contexto de tratamento involuntário. Schmeling et al. (2024) destacam que a disparidade legislativa entre países lusófonos reflete diferentes níveis de amadurecimento dos sistemas de saúde, em que a escassez de recursos comunitários, muitas vezes, conduz ao tratamento involuntário como a única resposta disponível. Consequentemente, a prática de ESMP deve focar-se não apenas no controlo de sintomas, mas na promoção da literacia em saúde, que permite à pessoa expressar as suas preferências de tratamento antes de entrar em crise aguda, de forma a reduzir, assim, o impacto da perda de autonomia (WHO & UN, 2023).

2. Objetivo e Finalidade

A questão de investigação deste estudo consiste em: qual é a percepção do EEESMP sobre a RA junto da pessoa em tratamento involuntário? A partir desta questão definiu-se o seguinte objetivo: compreender a percepção do EEESMP sobre a RA desenvolvida junto da pessoa em tratamento involuntário, incluindo a identificação das dificuldades para a sua implementação.

A finalidade do estudo consiste em contribuir para o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas na pessoa em tratamento involuntário.

A relevância científica desta investigação reside na possibilidade de acrescentar evidência à compreensão da RA em contexto de tratamento involuntário, valorizando particularmente a perspetiva do EEESMP. Ao explorar as estratégias, os dilemas e as dificuldades vivenciadas, o estudo poderá reforçar a humanização dos cuidados em saúde mental, sustentar recomendações para a formação dos profissionais e apoiar políticas de saúde que conciliem segurança clínica e respeito pela dignidade humana.

3. Metodologia

A metodologia de uma investigação consiste num eixo orientador que permite responder com rigor científico ao objetivo do estudo. No caso desta investigação, que procurou compreender a percepção do EEESMP sobre a RA desenvolvida junto da pessoa em tratamento involuntário, optou-se por uma abordagem que privilegia a subjetividade e a riqueza das vivências profissionais em contexto de internamento de adultos.

Neste tópico, descreve-se o desenho do estudo, ao caracterizar-se a amostra selecionada, bem como os instrumentos e procedimentos de recolha de dados. Descrevem-se igualmente o percurso da análise de conteúdo e as considerações éticas que salvaguardam a integridade dos entrevistados e o rigor da investigação.

3.1. *Desenho do estudo*

A investigação de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, foi realizada na Unidade de Internamento de Psiquiatria de Adultos de uma Instituição do Norte de Portugal, junto dos EEESMP que constituíram a amostra intencional. Esta modalidade de amostragem seleciona os profissionais que detêm o conhecimento e a experiência desejados sobre o fenómeno estudado, permitindo assim dar resposta ao objetivo da investigação. Na seleção desta amostra foram cumpridos os seguintes critérios de inclusão: i) Enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica no ativo na unidade de internamento de psiquiatria de adultos; ii) Experiência mínima de 6 meses no serviço. Os critérios de exclusão foram: i) Enfermeiros com menos de 6 meses de experiência no serviço; ii) Enfermeiros generalistas; iii) Recusa ou sem presença de consentimento informado para participação no estudo.

Esta unidade de internamento contava com um total de 14 EEESMP. No entanto, a amostra deste estudo foi constituída por 13 EEESMP, uma vez que um dos profissionais recusou participar na investigação.

O período de realização deste estudo (Anexo X) decorreu entre agosto de 2025 e maio de 2026, tendo em consideração as seguintes etapas: o planeamento e elaboração da investigação (agosto e outubro); a submissão e aprovação em comissão de ética (novembro); a recolha de dados (dezembro e janeiro); a análise de dados (janeiro e fevereiro) e, para finalizar, a redação e conclusão do relatório final (março a maio).

A recolha de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, com o apoio de um guião (Anexo XI) constituído por um conjunto de questões abertas. Previamente à sua aplicação, o guião foi submetido a um pré-teste, tendo sido testado pela investigadora, por um estudante do curso de mestrado em ESMP e pela orientadora do estudo, com o objetivo de validar o seu conteúdo, clareza e adequação aos objetivos da investigação, não se tendo revelado necessária qualquer alteração. Este procedimento permitiu aprofundar a compreensão sobre a percepção da RA desenvolvida pelos EEESMP no cuidado à pessoa sob tratamento involuntário. As entrevistas foram realizadas presencialmente, num local reservado para privacidade do entrevistado. Todas as entrevistas foram gravadas por áudio após a autorização e consentimento do participante.

Os dados foram recolhidos e tratados através do método de análise de conteúdo de Bardin (2016). Segundo Sousa e Santos (2020), a análise de conteúdo constitui um método de investigação qualitativa que, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, permite analisar e interpretar o conteúdo de comunicações verbais e não verbais. O seu propósito central reside na obtenção de indicadores (quantitativos ou qualitativos) que possibilitem formular inferências fundamentadas sobre as condições de produção e receção das mensagens analisadas, contribuindo assim para uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo. A análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) estrutura-se em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

No presente estudo, a fase de pré-análise consistiu na transcrição integral das entrevistas áudio-gravadas, seguida de uma leitura do material,

com vista à obtenção de uma primeira impressão global do conteúdo. A fase de exploração do material foi realizada de forma manual, com recurso ao *Microsoft Word*, seguindo uma lógica indutiva, na qual os eixos, categorias e subcategorias emergiram diretamente do conteúdo semântico dos discursos dos entrevistados, através da identificação de padrões e da forma como as ideias se organizavam e relacionavam entre si. Por fim, a fase de tratamento dos resultados, inferências e interpretação traduziu-se na sistematização das categorias e subcategorias identificadas, posteriormente apresentadas no Quadro I (Capítulo 4. Resultados e Discussão), cuja discussão foi sustentada tanto na literatura previamente mobilizada no enquadramento teórico, como em literatura adicional para fundamentar os resultados obtidos.

3.2. Considerações éticas

Este estudo cumpre os princípios éticos fundamentais consagrados na Declaração de Helsínquia (*World Medical Association*, 2013), na Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (Convenção de Oviedo) (Conselho da Europa, 1997), bem como na legislação portuguesa aplicável à investigação científica em saúde.

Antes do início da recolha de dados, a investigação foi submetida à comissão de ética dessa Instituição do Norte de Portugal, para apreciação e aprovação formal (Anexo XII).

Todos os entrevistados foram previamente informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos, a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados, a possibilidade de desistência a qualquer momento e a inexistência de riscos associados à sua participação. Após todo o esclarecimento, foi solicitado o preenchimento e assinatura do termo de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo XIII).

Foi assegurada a proteção da identidade dos entrevistados, utilizando códigos alfanuméricos no lugar de nomes próprios. Os dados recolhidos, nomeadamente as gravações de áudio e as transcrições das entrevistas, foram armazenados em suporte digital protegido por palavra-passe, com acesso exclusivo ao investigador principal. Estes dados foram utilizados

unicamente para os fins desta investigação e serão eliminados após a conclusão e aprovação do estudo.

A participação no estudo foi voluntária, e todas as normas de conduta ética em investigação foram respeitadas, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento UE 2016/679).

4. Resultados e Discussão

Este capítulo dedica-se à exposição e análise crítica dos dados recolhidos, de forma a procurar compreender a perceção do EEESMP sobre a RA desenvolvida junto da pessoa em tratamento involuntário, incluindo a identificação das dificuldades para a sua implementação.

A amostra foi constituída por 13 EEESMP, todos no ativo na Unidade de Internamento de Psiquiatria de Adultos de uma Instituição do Norte de Portugal, tendo um dos 14 profissionais elegíveis recusado participar.

Relativamente ao género, a amostra foi maioritariamente feminina, sendo composta por 8 entrevistados do género feminino e 5 do género masculino.

No que respeita à idade, os entrevistados apresentaram idades compreendidas entre os 39 e os 62 anos, com uma média de aproximadamente 51 anos, evidenciando uma amostra maioritariamente experiente e em fase intermédia a avançada da carreira profissional.

Quanto ao tempo de exercício profissional em enfermagem, este variou entre 15 e 37 anos, com uma média aproximada de 27 anos. No que concerne especificamente ao tempo de exercício em contexto de internamento de psiquiatria de adultos, verificou-se uma amplitude considerável, oscilando entre 1 ano e 37 anos, com uma média aproximada de 21 anos, o que permitiu contemplar perspetivas de profissionais com longa experiência no serviço e de profissionais em fase mais recente de integração na área.

Quanto às habilitações e formação especializada, todos os entrevistados eram detentores da Especialidade em ESMP. Três entrevistados indicaram ter formação complementar em outras áreas, não diretamente relacionadas com a saúde mental e psiquiátrica.

Para maior compreensão, os resultados obtidos nas entrevistas realizadas aos EEESMP serão apresentados por categorias e subcategorias, organizadas em dois eixos temáticos (Quadro I – Descritores da Perceção dos

EEESMP sobre a RA junto da pessoa em tratamento involuntário) e serão acompanhadas de transcrições das entrevistas realizadas.

Eixo I - Visão dos EEESMP sobre a pessoa em tratamento involuntário	
Categorias	
A. Ausência de juízo crítico sobre o seu estado de saúde	
B. Imposição do tratamento	
C. Resistência ou recusa das intervenções de enfermagem	
Eixo II - A Relação de Ajuda	
Categorias	Subcategorias
A. Intervenção Psicoterapêutica do EEESMP	A1. Não é realizada junto da pessoa em tratamento involuntário
	A2. Idealmente, não seria diferente para a pessoa em tratamento involuntário
	A3. Condicionantes para a não realização da RA: quadro clínico da pessoa cuidada, características organizacionais e próprias do enfermeiro
B. RA como Intervenção Básica da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica Não Sistematizada	

Quadro I - Descritores da Percepção dos EEESMP sobre a RA junto da pessoa em tratamento involuntário

Eixo I - Visão dos EEESMP sobre a pessoa em tratamento involuntário

Este eixo procura caracterizar a forma como os EEESMP percebem a pessoa em tratamento involuntário, considerando o seu estado de saúde, a natureza coerciva do internamento e a receptividade aos cuidados de enfermagem.

A. Ausência de juízo crítico sobre o seu estado de saúde

Os entrevistados identificam a ausência de juízo crítico como característica predominante da pessoa em tratamento involuntário, comprometendo não apenas a compreensão da necessidade de cuidados, mas também a própria adesão às intervenções de enfermagem, como demonstrado pela afirmação:

“...não reconhece que está doente, não tem insight sobre a doença...”
(P011)

Esta caracterização está associada a fenómenos como a agressividade, a agitação psicomotora e o risco de fuga, exigindo dos EEESMP competências avançadas de desescalada e uma monitorização rigorosa das alterações do pensamento, da percepção e do comportamento.

Os resultados obtidos corroboram a literatura internacional, que identifica a ausência de juízo crítico como um dos principais preditores para o tratamento involuntário. De acordo com Elowe et al. (2022), esta limitação, frequentemente presente em quadros de descompensação psicótica, está diretamente relacionada com a baixa adesão terapêutica e com o aumento de comportamentos disruptivos durante o internamento. Esta incapacidade de compreender a necessidade de cuidados é também evidenciada pelos entrevistados, nomeadamente quando referem:

“...vêm sem insight nenhum, no caso de um psicótico...” (P003)

“...não tem juízo crítico para poder compreender, naquele momento não estão bem para cuidar deles ou de outros...” (P003)

"...vêm com zero insight, zero aceitação do estado de saúde e quando vêm, até vêm agressivos ... ou então, simplesmente, fechados..." (P005)

Esta condição não deve ser interpretada como uma falta de cooperação da pessoa, mas como uma limitação cognitiva inerente à doença (Rose & Harvey, 2024).

Neste sentido, Molloy et al. (2025) salientam que a prestação de cuidados em contexto de tratamento involuntário é frequentemente marcada por episódios de agitação e resistência, que desafiam a intervenção dos EEESMP, tal como referido pelo entrevistado:

"...utentes com um tratamento involuntário são muito inquietos, querem ter alta, muitas vezes têm ideias de fuga." (P010)

Neste contexto, a intervenção de enfermagem assume particular relevância e complexidade, exigindo um equilíbrio entre a garantia da segurança e o respeito pela dignidade humana, no quadro legal estabelecido pela Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023).

Face ao exposto, a monitorização rigorosa das alterações do pensamento e do comportamento, destacada pelos entrevistados, revela-se essencial. A recuperação do juízo crítico constitui um indicador fundamental para a transição do tratamento involuntário para o regime voluntário, bem como para a promoção da reabilitação psicossocial da pessoa (Marcó-García et al., 2024).

B. Imposição do tratamento

O tratamento involuntário está intrinsecamente marcado pela imposição terapêutica decorrente de uma decisão judicial, o que gera na pessoa um sentimento de perda de autonomia e de privação de liberdade. Este fenómeno é corroborado pelos relatos dos entrevistados:

"...o utente sente-se sempre privado da liberdade." (P003)

"É um tratamento que é imposto, queira o doente ou não queira..." (P009)

"...está aqui por ordem de um juiz." (P010)

Esta natureza coerciva coloca o EEESMP perante o desafio de gerir a resistência ao cuidado num contexto em que a pessoa não tem liberdade de escolha, como se verifica na transcrição a seguir:

“No internamento involuntário, o tratamento é imposto.” (P011)

“Ou seja, pode não querer fazer o tratamento, mas tem de o cumprir.” (P011)

“...não podemos obrigar nenhum doente a fazer a medicação, se não houver uma legalidade” (P007)

De acordo com Silva et al. (2023), o tratamento involuntário é frequentemente descrito pela pessoa como uma violação da liberdade e uma perda total de controlo, onde os direitos parecem ser suspensos e a pessoa deixa de exercer o seu livre-arbítrio. Esta sensação de estar presa ou confinada, com restrições significativas à comunicação e circulação, reforça a percepção dos entrevistados de que, no momento da admissão, a pessoa é destituída da sua capacidade de decisão, como ilustra a seguinte transcrição:

“...está inibida da sua liberdade...” (P014)

“São coisas também da forma legal, que é importante salvaguardar... até para a proteção deles.” (P014).

A complexidade deste processo é também explorada por Sugiura et al. (2020), que definem o tratamento involuntário como uma decisão tomada por profissionais ou cuidadores independentemente da vontade da pessoa. Esta investigação destaca que os profissionais tendem a racionalizar a coerção como uma medida necessária para o bem da pessoa, sobretudo em situações de risco para si ou para terceiros, o que sustenta a aplicação do internamento como medida de proteção, não obstante as implicações éticas que lhe são inerentes. No entanto, esta imposição levanta questões éticas e de direitos humanos significativas que os EEESMP têm de gerir na prática clínica.

Neste sentido, Khalil et al. (2025) sublinham que o tratamento involuntário é frequentemente percecionado pela pessoa como uma medida punitiva e restritiva, resultando numa clara perda de autonomia. A evidência

demonstra que a imposição do tratamento é vivida como um exercício de poder externo, que entra em conflito direto com o desejo de autodeterminação da pessoa.

Em suma, a imposição do tratamento é compreendida como um paradoxo necessário na saúde mental. Embora constitua uma limitação objetiva da liberdade e uma fonte de sentimentos de coerção, é simultaneamente apresentada pelos profissionais como um mecanismo essencial de proteção e salvaguarda de direitos fundamentais. Neste enquadramento, a eficácia desta intervenção depende, em larga medida, da forma como é operacionalizada pela equipa de enfermagem, particularmente no desenvolvimento de uma RT que atenua a percepção de coerção e promova a adesão ao cuidado.

C. Resistência ou recusa das intervenções de enfermagem

Os cuidados de enfermagem em contexto de tratamento involuntário são, numa fase inicial, fortemente marcados pela resistência por parte da pessoa, sendo a recusa das intervenções um dos principais entraves à prática clínica. Esta dinâmica é evidenciada pelos entrevistados, que referem que, numa fase inicial, a pessoa demonstra uma postura de oposição ao cuidado:

“No início com muita resistência, mas depois com o tempo vão aceitando.” (P002)

Contudo, este processo de aceitação revela-se frequentemente lento e complexo, na medida em que muitas pessoas recusam ativamente as intervenções propostas, traduzindo uma clara ausência de motivação para o tratamento, como ilustram as seguintes transcrições:

“...eles não aceitam o tratamento e recusam a medicação e outras formas de ajuda...” (P002)

“É sempre mais difícil, uma vez que eles vêm... sem vontade nenhuma de fazer tratamento” (P011)

De acordo com Lessard-Deschênes e Goulet (2022), a RT em contexto de tratamento involuntário é frequentemente condicionada por um desequilíbrio de poder, que compromete a construção de um vínculo autêntico

entre enfermeiro e pessoa. Este desfaseamento relacional é corroborado pelos discursos dos entrevistados, ao referirem que a pessoa recusa não apenas o tratamento, mas também qualquer forma de aproximação relacional:

“Eles não aceitam qualquer tipo de ajuda, nem querem até qualquer tipo de relação que uma pessoa tenha com ele.” (P012)

Neste sentido, Raisi et al. (2025) identificam um conjunto de barreiras à comunicação terapêutica em contexto de internamento psiquiátrico, entre as quais se destacam a desconfiança, a hostilidade e o afastamento emocional, fatores que dificultam significativamente o estabelecimento de uma RA eficaz. A necessidade de recorrer a medidas coercivas tende a fragilizar a confiança, originando barreiras emocionais que comprometem a progressão do processo terapêutico.

Esta problemática é aprofundada por Wostry et al. (2025), que evidenciam que a experiência de coerção, quer seja através da administração de medicação contra a vontade da pessoa, quer seja pela imposição do internamento, pode ser percebida como desumanizante. Esta percepção contribui para a erosão da confiança e para o aumento da resistência, manifestando-se, nomeadamente, na recusa da medicação e no afastamento do processo terapêutico, dificultando a construção da aliança terapêutica. Tal é ilustrado por uma das entrevistadas:

“...muitas das vezes não há aqui grande espaço para este crescimento, para ela querer e estar tão envolvida no processo terapêutico...” (P014)

Adicionalmente, Jaeger et al. (2019) salientam que a recusa da medicação em contexto de tratamento involuntário é compreendida de forma distinta por profissionais e pela própria pessoa, sendo que esta última tende a associá-la à experiência de privação e controlo externo inerentes ao internamento. De forma complementar, Molloy et al. (2025) reforçam que a resistência ao cuidado em tratamento involuntário representa um dos desafios mais complexos para os EEESMP, exigindo uma gestão cuidadosa entre a aplicação de medidas necessárias e a preservação da dignidade da pessoa.

Neste enquadramento, a reconstrução da confiança e a progressiva transição de uma postura de resistência para uma atitude colaborativa constituem desafios centrais para a enfermagem, exigindo uma intervenção sustentada no tempo, assente na consistência, sensibilidade relacional e gestão equilibrada do poder inerente a este contexto.

Eixo II - A Relação de Ajuda

Este eixo explora a aplicação da RA, distinguindo a intervenção psicoterapêutica da prática básica de enfermagem não sistematizada.

A. Intervenção Psicoterapêutica do EEESMP

A RA no contexto do EEESMP é entendida como uma intervenção psicoterapêutica estruturada, sistematizada e contratualizada. Longe de ser um diálogo informal, esta prática pressupõe um planeamento rigoroso, como ilustram as seguintes transcrições:

“...isto é uma coisa estruturada...” (P010)

“Tem vários pontos, várias sessões, várias etapas em que o doente tem que ser ajudado pelo terapeuta a ultrapassar e a fazer essas próprias etapas por ele.” (P008)

“Tem de ter uma sequência. Ter pelo menos três ou quatro sessões.” (P010)

“...é algo que tem de ser, há um plano que tem que ser elaborado individualmente, para cada pessoa, e tem que ter um número de sessões estipulado...” (P008)

“...fazer aqui o contrato terapêutico, que muitas vezes não é assim tão formal quanto isso...” (P014)

De acordo com Sequeira (2016), a RA diferencia-se de outras formas de interação por ser um processo clínico deliberado, onde a comunicação é utilizada como uma ferramenta profissional para atingir objetivos de saúde específicos. Esta natureza técnica é reforçada pelos entrevistados quando afirmam:

“A relação de ajuda, quando eu a aprendi, ela estava direcionada para alguns diagnósticos da enfermagem.” (P010)

“A relação de ajuda é porque se põe um problema relacional ou emocional...” (P014).

Esta ideia é corroborada por Sequeira e Sampaio (2020), que posicionam a RA como uma intervenção autónoma, que requer a identificação prévia de focos de atenção de enfermagem para que o planeamento seja eficaz.

Neste paradigma, o EEESMP assume-se como o principal instrumento da relação, tal como descrito por Chalifour (2008), que posiciona o profissional como agente facilitador do processo terapêutico, mobilizando de forma consciente e intencional a relação interpessoal como meio de intervenção. Esta conceção é espelhada nos discursos dos entrevistados:

“A minha intervenção principal basicamente é ser a ferramenta pela qual ele possa perceber que tem vários mecanismos ao seu redor.” (P008)

“Sou uma facilitadora do processo.” (P014)

“Nós somos apenas esse mecanismo que faz com que ele, etapa a etapa, se possa aperceber disso mesmo...” (P008)

Como demonstram Coelho et al. (2020a), a RA como intervenção psicoterapêutica exige que o profissional utilize o seu "eu" de forma terapêutica, transformando a interação num espaço de crescimento e autonomia para a pessoa.

Ainda, a RT e a comunicação terapêutica são identificadas como os pilares indissociáveis desta prática, como ilustram as transcrições seguintes:

“Relação terapêutica e comunicação terapêutica é a base de tudo.” (P013)

“Se não conseguirmos estabelecer bem a relação terapêutica, não conseguimos fazer bem uma relação de ajuda.” (P014)

Esta interdependência é sustentada por Phaneuf (2005), que define a comunicação terapêutica como elemento primordial do cuidado de

enfermagem e condição indispensável para a eficácia de qualquer intervenção psicoterapêutica. Como reforça a literatura, a eficácia de qualquer intervenção psicoterapêutica em enfermagem depende da qualidade da aliança estabelecida entre o EEESMP e a pessoa (Coelho et al., 2020b).

Em suma, a intervenção do EEESMP através da RA é percebida como um processo clínico robusto, que transcende o apoio meramente intuitivo para se converter numa estratégia terapêutica planeada, assente em diagnósticos próprios e na utilização consciente do EEESMP como agente facilitador da mudança.

A1. Não é realizada junto da pessoa em tratamento involuntário

A análise dos discursos revela uma lacuna significativa na aplicação da RA enquanto intervenção psicoterapêutica estruturada junto da pessoa em tratamento involuntário. Alguns profissionais admitem a ausência desta intervenção na sua prática clínica neste contexto, como ilustra a seguinte transcrição:

“Em relação aos utentes involuntários, confesso que não vejo que tenha feito algum dia uma relação de ajuda com um tratamento involuntário.”
(P010)

Esta percepção de omissão é reforçada pelo reconhecimento de uma barreira na iniciativa do próprio enfermeiro:

“Eu nunca me aventurei a fazer...” (P010)

De acordo com Sequeira (2016), a RA é um processo interativo e deliberado que exige competências de comunicação clínica específicas para facilitar o crescimento e a adaptação da pessoa. No entanto, os discursos indicam que a aplicação desta intervenção, enquanto processo estruturado e psicoterapêutico, não parece ser consistentemente transposta para contextos marcados pela coação legal. Segundo Sequeira e Sampaio (2020), a RA constitui uma intervenção autónoma de enfermagem que deve basear-se em diagnósticos precisos, contudo a sua operacionalização junto de pessoas em tratamento involuntário permanece pouco documentada nestes relatos.

Esta hesitação pode refletir não apenas uma eventual lacuna formativa, mas também a complexidade inerente ao estabelecimento de uma RT em contexto de tratamento involuntário no internamento, onde a ausência de voluntariedade pode comprometer a confiança, a colaboração e a aliança terapêutica.

Em suma, os resultados indicam que, embora a RA seja reconhecida na literatura como uma intervenção nuclear do EEESMP, a sua aplicação neste contexto específico não é claramente evidenciada nos discursos analisados. Este facto sugere a necessidade de reforço da formação, supervisão clínica e desenvolvimento de competências específicas, de modo a consolidar a RA como uma intervenção efetivamente integrada na prática, independentemente do regime jurídico de internamento.

A2. Idealmente, não seria diferente para a pessoa em tratamento involuntário

Apesar das dificuldades associadas à implementação da RA, emerge nos discursos dos EEESMP uma conceção fortemente ancorada na equidade dos cuidados. Nesta perspetiva, o regime de internamento não deve constituir um critério diferenciador na prestação de cuidados, como ilustra a seguinte transcrição:

“Eu acho que o facto de ser um doente involuntário nem é critério de inclusão, nem de exclusão.” (P014).

Paralelamente, a RA é percecionada como particularmente ajustada a este contexto, na medida em que privilegia a proximidade e a empatia, tal como é expresso nas seguintes afirmações:

“Até deve ser das intervenções psicoterapêuticas de enfermagem que mais se adequa com as pessoas em internamento involuntário porque é aquela que mais se aproxima através da empatia com o utente, digamos assim.” (P008)

“E a nível do internamento involuntário, sim, eu penso que é de extrema ajuda para um internamento involuntário.” (P008)

Esta posição traduz um compromisso claro com a disponibilidade relacional e o respeito pela pessoa, procurando assegurar que a pessoa perceba que o regime de internamento não altera a postura relacional do EEESMP:

“...o doente perceba que não é por isso que tem um tratamento diferente dos profissionais, nomeadamente da minha parte, que tem todo o respeito, toda a concentração...” (P014)

De acordo com Lessard-Deschênes e Goulet (2022), embora o tratamento involuntário possa acentuar o desequilíbrio de poder e aumentar a vulnerabilidade da RT, os enfermeiros mantêm a convicção de que é possível estabelecer um vínculo significativo. Tal implica uma demonstração contínua e consistente de empatia e disponibilidade, como forma de atenuar os efeitos da coerção inerente ao regime de internamento.

Por sua vez, Roviralta-Vilella et al. (2026) evidenciam que a existência de tempo deliberadamente reservado para a interação entre enfermeiro e pessoa contribui significativamente para a redução da percepção de coerção. Esta abordagem, centrada na pessoa e aplicada em contextos de internamento de adultos, reforça a relevância da RA, evidenciando o seu potencial na melhoria da qualidade dos cuidados e na redução do tempo de internamento.

Em síntese, os EEESMP reconhecem a RA como um eixo estruturante da prática, independentemente do carácter voluntário ou involuntário do tratamento. A empatia e o respeito assumem-se, neste enquadramento, não apenas como princípios éticos, mas como instrumentos terapêuticos centrais, fundamentais para humanizar, mitigar a percepção de coerção e promover a construção de uma aliança terapêutica. Contudo, no contexto estudado, não foi verificado o desenvolvimento da RA como intervenção psicoterapêutica.

A3. Condicionantes para a não realização da RA: quadro clínico da pessoa cuidada, características organizacionais e próprias do enfermeiro

A implementação da RA enquanto intervenção psicoterapêutica enfrenta um conjunto de barreiras transversais que dificultam a sua transposição para a prática clínica, particularmente no contexto da pessoa em tratamento involuntário. Estas condicionantes distribuem-se, essencialmente, por três níveis: fatores inerentes à pessoa cuidada, à organização do serviço e ao próprio enfermeiro.

No que concerne aos fatores relacionados com a pessoa cuidada, a condição clínica surge como o principal entrave à concretização da RA. A ausência de juízo crítico e a gravidade do estado de saúde dificultam a intervenção de enfermagem neste contexto, conforme referido pelo entrevistado:

“... um doente involuntário, geralmente refere-se a doentes com psicoses, doentes que têm esquizofrenia, o que faz com aí tu tenhas mais dificuldade em aplicar a relação de ajuda...” (P010)

“... a relação de ajuda só pode ser aplicada a doentes com insight.” (P008)

De acordo com Elvat et al. (2021), a presença de sintomas psicóticos intensos e o compromisso cognitivo comprometem a atenção e a capacidade de participação ativa, tornando a intervenção de enfermagem pouco viável na fase crítica. Acresce ainda a ambivalência da pessoa, como se depreende das palavras do entrevistado:

“Muitos doentes têm uma certa ambivalência de quererem participar no processo, mas que depois não são capazes de o fazer.” (P014)

A estes fatores clínicos acrescem os constrangimentos temporais, que agravam as limitações já referidas. Os EEESMP relatam frustração associada a internamentos de curta duração e altas inesperadas, tornando inviável a continuidade do trabalho terapêutico iniciado, como expressam os seguintes entrevistados:

“É muito frustrante quando começamos um trabalho e depois ele acaba por não ir avante porque o doente teve alta.” (P014)

“Mas já quando eles estão compensados, e aí se calhar quando estão compensados têm alta, portanto deixamos de os ter cá a fazer.” (P010)

Estes achados corroboram o estudo de Raisi et al. (2025), que identificam a instabilidade clínica e a curta duração do internamento como barreiras significativas à comunicação terapêutica.

No que respeita aos fatores relacionados com a organização do trabalho, as limitações organizacionais emergem como obstáculos críticos à implementação da RA. A escassez de tempo e a rigidez das rotinas impedem a integração de intervenções estruturadas na dinâmica do serviço, como se constata nas palavras do entrevistado:

“...falta o tempo e que a rotina faz com que não haja essa programação dentro da dinâmica do serviço.” (P008)

Os EEESMP destacam que o rácio elevado de pessoas no internamento também dificulta a implementação da RA, tornando inviável a realização de sessões sem comprometer os cuidados às restantes pessoas, como expressam os seguintes entrevistados:

“Intervenção psicoterapêutica, leva pelo menos uma hora a ser feita, 45 a 50 minutos, o que significa que, tendo atribuído 10 doentes ou 12 doentes, tu não consegues.” (P010)

“Implicar que eu tenho 6, 7, 8, 9, 10 doentes e vou ficar, digamos, à parte para fazer uma intervenção psicoterapêutica com um doente. E os outros doentes são, digamos, deixados de lado...” (P008)

A esta realidade soma-se a ausência de condições físicas adequadas, conforme referido pelos entrevistados:

“Muitas dificuldades, a nível do internamento, a nível do espaço físico.” (P010)

“...nem sempre temos aqui um local disponível.” (P014)

A literatura reforça estas evidências, identificando a carga de trabalho, as exigências administrativas e as limitações estruturais como barreiras à prática especializada em enfermagem (Curran et al., 2024; Bilkay et al., 2025). Para além disso, a instabilidade na atribuição de pessoas a serem cuidadas e a necessidade de suporte institucional são também evidenciadas pelos entrevistados:

“Para ser feita, tem de ter a concordância e o devido valor por parte da liderança.” (P010)

“Não havendo a consciencialização e a colaboração, esta coisa mais colaborativa entre colegas.” (P010)

Estes discursos evidenciam que, na ausência de suporte institucional e organizacional, a RA tende a ser relegada face às exigências imediatas do serviço.

Relativamente aos fatores relacionados com o próprio enfermeiro, os constrangimentos centram-se sobretudo na disponibilidade individual e na necessidade de desenvolvimento de competências. A falta de tempo é novamente destacada como um fator limitador, sendo referido que:

“...se não tiver a disponibilidade, não é possível.” (P014)

Paralelamente, os entrevistados salientam a importância da formação contínua, defendendo que:

“...formação contínua também destes próprios profissionais, porque todas as intervenções psicoterapêuticas como tudo são dinâmicas e vão melhorando ao longo do tempo...” (P008)

De acordo com Bilkay et al. (2025), embora os EEESMP detenham um potencial privilegiado para a intervenção psicoterapêutica, decorrente da sua proximidade à pessoa e da sua visão holística, a ausência de formação contínua, de enquadramento jurídico e a persistência de preconceitos profissionais limitam a sua atuação. Assim, torna-se evidente que a concretização da RA não depende apenas da disponibilidade individual do EEESMP, exigindo antes mudanças estruturais, organizacionais e formativas

que permitam a valorização efetiva das intervenções psicoterapêuticas em enfermagem.

B. RA como Intervenção Básica da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica não sistematizada

A intervenção básica de ESMP configura-se como um pilar transversal que acompanha todo o percurso do internamento, alicerçando-se na relação de proximidade entre o EEESMP e a pessoa cuidada. Esta modalidade de cuidado, descrita pelos entrevistados como um trabalho contínuo e gradual, valoriza as pequenas conquistas diárias que emergem da interação constante, como se depreende das seguintes afirmações:

"...lentamente dia após dia ir trabalhando porque, às vezes, são as pequenas conquistas diárias que ficam." (P005)

"Eu acho que toda a terapêutica que vão fazendo e também a gente conversando com o doente ao longo dos turnos..." (P004)

Ao contrário de intervenções formais estruturadas, esta prática desenvolve-se de forma contextual e pouco sistematizada, visando objetivos abrangentes como a expressão emocional, o bem-estar e o apoio na gestão das atividades de vida diária, conforme referido pelos entrevistados:

"...tentar promover um bocadinho de bem-estar, tentar promover uma independência nos nossos utentes." (P009)

"E tentar ajudá-los nas atividades de vida diária." (P009)

Na literatura, Allande-Cussó et al. (2021) definem a relação enfermeiro-pessoa como uma intervenção central assente na empatia, confiança e reciprocidade. Esta base produz efeitos terapêuticos concretos, como a redução da ansiedade e o aumento da segurança percebida pela pessoa, facilitando a adesão ao tratamento mesmo em contextos complexos. Também Pérez-Toribio et al. (2024) a identificam como uma competência nuclear em unidades de internamento de adultos, onde a humanização e o cuidado genuíno nas interações do quotidiano definem a qualidade da assistência.

Contudo, a implementação desta intervenção enfrenta desafios organizacionais, sendo frequentemente realizada em espaços inadequados ou sujeita a interrupções constantes devido à dinâmica do serviço, como se constata nas palavras do entrevistado:

"...muitas dessas intervenções acabam por ser em ambientes que não são os mais adequados porque, com muita regularidade, alguém precisa desse espaço e digamos que é interrompida..." (P003)

Estes constrangimentos podem limitar a continuidade e profundidade das interações, exigindo dos EEESMP uma adaptação constante. De acordo com Ahn e Shin (2023), a pessoa valoriza a disponibilidade, a escuta ativa e a compreensão como elementos centrais de um cuidado humanizado, sentindo-se acolhida num ambiente institucional muitas vezes rígido.

Assim, a intervenção básica, embora menos estruturada do que uma intervenção psicoterapêutica, constitui a matriz essencial do cuidado de enfermagem, transformando a interação quotidiana num instrumento efetivo de reabilitação e dignificação da pessoa internada.

A eficácia do tratamento na pessoa em tratamento involuntário parece estar profundamente dependente da qualidade da interação estabelecida, sendo a empatia descrita como fundamental para a adesão terapêutica, como expressam os seguintes entrevistados:

"...esta fase de empatia é muito importante para eles aderirem [à medicação e ao regime terapêutico]." (P009)

"...vai acelerar muito mais o tratamento, confiam mais em nós, e confiando mais em nós, aceitam melhor tudo o resto." (P005)

"...através disso [confiança] e com a própria medicação teremos aqui uma recuperação mais rápida e até eficaz." (P009)

Esta aliança revela-se crucial inclusive perante comportamentos desajustados, onde o contacto empático surge como a via para obter a colaboração da pessoa, promovendo simultaneamente um sentimento de segurança e proteção, como referido pelo entrevistado:

"...ao estabelecer esse contacto de forma empática, conseguimos toda a colaboração, ou a sua maior parte de colaboração, com um utente que está com um comportamento desajustado..." (P011)

Esta percepção clínica é amplamente sustentada pela literatura. De acordo com Kvarnström et al. (2021), a comunicação de qualidade e a confiança entre o profissional e a pessoa são identificadas como os facilitadores centrais da adesão ao regime terapêutico. Os autores demonstram que relacionamentos baseados na confiança reduzem as barreiras subjetivas, permitindo que a pessoa exponha medos e dúvidas, o que melhora a motivação para cumprir o plano prescrito.

Complementarmente, Girard et al. (2021) concluem que atitudes centradas na pessoa, pautadas pela genuinidade e empatia, melhoram significativamente os resultados e a progressão da recuperação, alinhando-se com o discurso dos EEESMP ao sugerir que a intervenção relacional não é apenas um complemento, mas uma estratégia clínica que transforma a confiança num pilar de segurança e estabilização clínica essencial no internamento de adultos.

5. Conclusão

O estudo evidenciou que a dimensão relacional assume um papel estruturante na prática do EEESMP, adquirindo particular relevância ética e clínica em contexto do tratamento involuntário. Em consonância com o objetivo da investigação, verificou-se que, embora os EEESMP reconheçam e definam a RA como uma intervenção psicoterapêutica estruturada, a sua aplicação prática junto da pessoa em tratamento involuntário traduz-se predominantemente numa intervenção básica de enfermagem não sistematizada. Esta visão privilegia competências relacionais como a empatia, a escuta ativa e o acompanhamento do quotidiano da pessoa, as quais se revelam fundamentais para a humanização dos cuidados e para a atenuação da percepção de coerção (Allande-Cussó et al., 2021; Roviralta-Vilella et al., 2026).

Estes resultados são também consistentes com a revisão da literatura efetuada no âmbito deste estudo, a qual evidenciou uma escassez de investigação sobre a RA enquanto intervenção psicoterapêutica especificamente em contexto de tratamento involuntário, o que poderá limitar a consolidação da autonomia científica e clínica do EEESMP neste domínio.

Do ponto de vista da prática clínica, as implicações são relevantes. A predominância de intervenções menos estruturadas, ainda que eficazes na gestão da crise aguda e na promoção da adesão terapêutica, pode restringir o potencial de intervenção da enfermagem a médio e longo prazo, particularmente no tratamento involuntário. A este facto acrescem fatores organizacionais, como rácios desajustados de profissionais e inadequação dos espaços físicos, que poderão ter influenciado as percepções dos entrevistados relativamente às limitações das suas práticas e capacidades interventivas (Curran et al., 2024; Bilkay et al., 2025). Ainda assim, os dados reforçam que a qualidade da intervenção básica não sistematizada é determinante para a construção de um vínculo terapêutico e de uma relação de confiança com a pessoa.

Em síntese, a RA em contexto de tratamento involuntário configura-se como um processo complexo de articulação entre o enquadramento legal e a prática clínica. Torna-se, assim, fundamental investir em investigação que permita aprofundar e estruturar esta intervenção em diferentes contextos, bem como desenvolver estratégias que mitiguem constrangimentos institucionais. Em paralelo, reforça-se a necessidade de formação contínua e supervisão clínica especializada, com vista ao desenvolvimento de competências que sustentem a evolução da RA de uma prática predominantemente intuitiva para uma intervenção psicoterapêutica consistente (Bilkay et al., 2025).

Desta forma, reforça-se o potencial do EEESMP para se afirmar como agente terapêutico diferenciado, capaz de transformar a dimensão relacional numa estratégia clínica consistente e cientificamente sustentada. Este potencial permanece, contudo, por concretizar no contexto estudado, na ausência das condições formativas, organizacionais e de supervisão necessárias para o alcançar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (s.d.). *BI-CSP: Perfil da Unidade – UCC Castelo da Maia*. Ministério da Saúde. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/814/10035/1133455/Pages/default.aspx>

Ahn, S., & Shin, S. (2023). 'I felt alive': A qualitative study of inpatients' perspectives on good mental health nursing in South Korea. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(3), 791-800. <https://doi.org/10.1111/inm.13122>

Albino, M. J. J., Rosa, A. G. S., & Marques, M. I. D. (2023). Eficácia de uma intervenção de enfermagem para prevenção de comportamentos violentos de doentes psicóticos em contexto forense. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22034. <https://doi.org/10.12707/RVI22034>

Allande-Cussó, R., Fernández-García, E., & Pórcel-Gálvez, A. (2021). Defining and characterising the nurse–patient relationship: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 29(2), 462-484. <https://doi.org/10.1177/09697330211046651>

Aznar-Huerta, A., Moreno-Poyato, A. R., Cardó-Vila, G., Vives-Abril, T., & Leyva-Moral, J. M. (2024). Understanding the process of acceptance within the nurse-patient therapeutic relationship in mental health care: A grounded theory. *Healthcare*, 12(11), 2233. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222233>

Barbo, G., Leidl, D. M., & Petrucka, P. (2025). Equipping nurses for migrant mental health care: An integrative review. *Journal of Transcultural Nursing*, 37(1), 98-109. <https://doi.org/10.1177/10436596251372946>

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Bilkay, H. İ., Akdeniz, C. Ö., Şirin, B., & Tonguç, A. B. (2025). Investigation of psychiatric nurses' views on psychotherapy implementation processes: a qualitative study. *BMC Nursing*, 24, 785. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03460-8>

Bruggmann, M. S., Corrêa, S. M., & Korb, D. (2022). A psicoeducação no processo de trabalho do enfermeiro de saúde mental. *Journal Archives of Health*, 3(3), 555-568. <https://doi.org/10.46919/archv3n3-001>

Castilho, A., Teixeira, C., & Baptista, R. (2024). Development of leadership competencies in nursing education through simulated practice: a cross-sectional descriptive-correlational study. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(25), e34952. <https://doi.org/10.29352/mill0225.34952>

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos e a prática do relacionamento de ajuda* (2.^a ed.). Lusodidacta.

Chutiyami, M., Cutler, N., Sangon, S., Thaweekoon, T., Nintachan, P., Napa, W., Kraithaworn, P., & River, J. (2025). Community-engaged mental health and wellbeing initiatives in under-resourced settings: A scoping review of primary studies. *Journal of Primary Care & Community Health*, 16, 1-22. <https://doi.org/10.1177/21501319251332723>

Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C., Fortuño, M. L., & Merino, J. R. (2020a). The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 148-156. <https://doi.org/10.1111/ppc.12536>

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

Coelho, J. C. F., Sampaio, F. M. C., Nogueira, M. J. C., Sequeira, C. A. C., Lleixà Fortuño, M. M., & Roldán Merino, J. (2021). Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(5), 900-913. <https://doi.org/10.1111/jpm.12796>

Conselho da Europa. (1997). *Convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina*. Ministério Público. https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf

Cruchinho, P. J. M. (2021). Efectividade da gestão de casos em enfermagem nos resultados em saúde das populações: Uma revisão de literatura. In *Políticas e práticas em saúde e enfermagem 2* (pp. 89-99). Editora Atena.

Curran, M., Gannon, R., Rivera, R., Li, Y., & Fitzpatrick, J. (2024). Facilitators of and barriers to the therapeutic nurse–patient relationship: Perceptions from psychiatric mental health nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 31(2), 176-182. <https://doi.org/10.1177/10783903241257633>

Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro — Segunda alteração ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (2015). *Diário da República* n.º 181, Série I de 2015-09-16. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/156-2015-70309896>

Decreto-Lei n.º 70/2019 da Presidência do Conselho de Ministros. (2019). *Diário da República* n.º 99, Série I de 2019-05-24. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/70-2019-122393532>

Elowe, J., Romain, J., Solida, A., Conus, P., & Golay, P. (2022). Dynamics between insight and medication adherence in first-episode psychosis: Study of 3-year trajectories. *European Psychiatry*, 65(1), e49. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2305>

Elvat, G., Wood, L., & Glover, N. (2021). A Systematic Review of the Implementation of Psychological Therapies in Acute Mental Health Inpatient Settings. *Clinical psychology & psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2600>

Esteves, P. M. B. (2024). *Medidas de segurança em Portugal: Programas de reabilitação criminal* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/373>

Faria, S. da S. C., Faria, H. C. M. de, & Araújo, N. M. F. (2025). Comunicação na liderança e governação clínica, na equipa de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista Gestão e Conhecimento*, 19(1), 1-17. <https://doi.org/10.55908/rgcv19n1-008>

Foster, K., Roche, M., Giandinoto, J. A., Platania-Phung, C., & Furness, T. (2021). Mental health matters: A cross-sectional study of mental health nurses' health-related quality of life and work-related stressors. *International journal of mental health nursing*, 30(3), 624-634. <https://doi.org/10.1111/inm.12823>

Gaio, E. C., Tilman, C. B., Pereira, A. G., Alves, M. J. C., Santos, J., & Belo, G. (2023). A relação terapêutica de enfermeiro e cliente ou família nos cuidados de enfermagem num serviço de cirurgia, Hospital Nacional Guido Valadares Dili Timor-Leste, (2023). *American Journal of Medical and Clinical Research & Reviews*, 2(12), 1-10. <https://doi.org/10.58372/2835-6276.1105>

Girard, J. L., Fox, S. H., LaLonde, C. M., & Abraham, S. P. (2021). Therapeutic nurse-patient relationship with individuals living with a mental illness. *International Journal of Science and Research Methodology*, 20(2), 290-304. <https://ijsrm.humanjournals.com/therapeutic-nurse-patient-relationship-with-individuals-living-with-a-mental-illness/>

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

Jaeger, S., Hüther, F., & Steinert, T. (2019). Refusing medication therapy in involuntary inpatient treatment - A multiperspective qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 295. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00295>

Johansson, J. A., & Holmes, D. (2022). The use of recovery model in forensic psychiatric settings: A Foucauldian critique. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 752–760. <https://doi.org/10.1111/inm.13005>

Justo-Henriques, S. I. (2021). Protocolo de intervenção individual baseado na terapia de estimulação cognitiva em idosos com perturbação neurocognitiva ligeira. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20100>

Khalil, F., Maude, P., & Ross, A. (2025). Perceptions and Experiences of Consumers With Severe Mental Illness, Carers and Clinicians Related to Compulsory Treatment Orders (CTOs): An Integrative Review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(6), e70193. <https://doi.org/10.1111/inm.70193>

- Kolar, M., Varcoe, C., Brown, H., & Einboden, R. (2023). Involuntary psychiatric treatment and the erosion of consent: A critical discourse analysis of mental health legislation in British Columbia, Canada. *Health*, 27(6), 1076-1095. <https://doi.org/10.1177/13634593221096241>
- Kvarnström, K., Westerholm, A., Airaksinen, M., & Liira, H. (2021). Factors contributing to medication adherence in patients with a chronic condition: A scoping review of qualitative research. *Pharmaceutics*, 13(7), 1100. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics13071100>
- Lei n.º 35/2023 da Assembleia da República — Lei de Saúde Mental. (2023). *Diário da República*, n.º 140, Série I, de 2023-07-21. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Lei n.º 36/98 da Assembleia da República — Lei de Saúde Mental. (1998). *Diário da República*, n.º 170, Série I-A, de 1998-07-24. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1998-75115272>
- Lessard-Deschênes, C., & Goulet, M. H. (2022). The therapeutic relationship in the context of involuntary treatment orders: The perspective of nurses and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 287-296. <https://doi.org/10.1111/jpm.12800>
- Loureiro, R. F. S. (2023). *Percepção dos enfermeiros sobre o papel da liderança na qualidade dos cuidados de enfermagem*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão]. Repositório UM. <https://hdl.handle.net/1822/85904>
- Marcó-García, S., Ariyo, K., Owen, G. S., & David, A. S. (2024). Decision-making capacity for treatment in psychiatric inpatients: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54(6), 1074-1083. <https://doi.org/10.1017/S0033291724000242>
- Molloy, L., Beckett, P., Chidarikire, S., Cutler, N., Isobel, S., Murphy, G., & Zugai, J. (2025). Mental health nurses' enforcement of involuntary care in inpatient settings: A meta-ethnography. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(1), e70044. <https://doi.org/10.1111/inm.70044>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem* (1.^a ed. digital). Papa-Letras. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoapsicoterapeutica_ok.pdf

Pechorro, P., Ayala-Nunes, L., Nunes, C., Maia, Â., & Gonçalves, R. (2017). The Barratt Impulsiveness Scale-11 among a Portuguese sample of female juvenile delinquents and community youths. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16(1), 46-57. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1235627>

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A theoretical framework of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company. (Obra original publicada em 1952).

Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, M. T., El-Abidi, K., Rubia-Ruiz, G., Rodríguez-López, A. M., Pérez-Moreno, J. J., Pastor-Bernabeu, M. V., Sánchez-Balcells, S., Ventosa-Ruiz, A., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F. (2024). The nurse-patient relationship in nursing documentation: The scope and quality of interactions and prevalent interventions in inpatient mental health units. *Journal of Nursing Management*, 2024, 7392388. <https://doi.org/10.1155/2024/7392388>

Phaneuf, M. (2005). *A relação terapêutica: Elemento primordial do cuidado de enfermagem*. Lusociência.

Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Pires, M. (2021). Clinical supervision strategies: critical-reflective analysis of practices. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(14), 47–55. <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>

Raisi, Z., Khodabandeh Shahraki, S., Bagherian, B., & Dehghan Nayeri, N. (2025). The barriers to therapeutic communication in psychiatric wards: A focused ethnography. *BMC Nursing*, 24, 1046. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03690-w>

Regulamento (UE) 2016/679 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses

dados. (2016). *Jornal Oficial da União Europeia*, n.º L 119, de 2016-04-27. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros — Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. (2019). *Diário da República*, n.º 47, Série II, de 2019-02-26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros — Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. (2018). *Diário da República*, n.º 151, Série II, de 2018-08-07. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Rose, B., & Harvey, P. D. (2024). Anosognosia in schizophrenia. *CNS Spectrums*, 30(1), e24. <https://doi.org/10.1017/S1092852924002323>

Roviralta-Vilella, M., El-Abidi, K., Sanchez-Balcells, S., Roldán-Merino, J. F., Lluch-Canut, M. T., Garcia-Sanchez, J. A., Muñoz-Ruoco, E., Pérez-Moreno, J. J., Pita-De-La-Vega, J., Cañabate-Ros, M., Rubia-Ruiz, G., Santos-Pariente, C., Rodríguez López, A. M., Jardón Golmar, L., Esquinas López, C., Ghrijou-Abselam, N., Pastor-Bernabeu, M. V., Puig-Llobet, M., & Moreno-Poyato, A. R. (2026). Impact of the 'Reserved Therapeutic Space' nursing intervention on acute mental health inpatients' perceptions of the therapeutic relationship, quality of care, perceived coercion and length of stay: A multicentre quasi-experimental trial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 33(2), 296-308. <https://doi.org/10.1111/jpm.70095>

Salberg, J., Ekselius, L., Hursti, T., & Öster, C. (2022). Staff experiences related to implementation of a recovery-oriented nursing programme in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 731-742. <https://doi.org/10.1111/inm.12995>

Santos, A. F., & Martins, W. (2022). Saúde mental dos profissionais de enfermagem diante da sobrecarga de trabalho: Uma revisão integrativa de literatura. *E-Acadêmica*, 3(2), e5132188. <https://doi.org/10.52076/eacad-v3i2.188>

Schmeling, J. A. A., Martins-Correia, J., & Pinto da Costa, M. (2024). Compulsory treatment in portuguese-speaking countries: An analysis and comparison of the legal framework. *International Journal of Law and Psychiatry*, 92, 101950. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101950>

Schneider, D. G., Ramos, F. R., Saïoron, I., Bruggmann, M. S., Silva, F., & Lorençon, B. P. (2022). Problemas éticos na experiência clínica hospitalar de estudantes e profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21111. <https://doi.org/10.12707/RV21111>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (2.^a ed.). Lidel.

Serafini, G., Costanza, A., Aguglia, A., Amerio, A., Placenti, V., Magnani, L., Escelsior, A., Sher, L., & Amore, M. (2022). Overall goal of cognitive-behavioral therapy in major psychiatric disorders and suicidality: A narrative review. *Medical Clinics of North America*, 107(1), 143-167. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.05.006>

Sharma, N. P., & Gupta, V. (2023). Therapeutic communication. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567775/>

Sheikhabaeddinzadeh, E., Ashktorab, T., & Ebadi, A. (2025). Meta competency, prerequisites improving the postgraduate psychiatric nursing students' clinical competency: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 14, 207. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1864_23

Silva, B., Bachelard, M., Rosselet Amoussou, J., Martinez, D., Bonalumi, C., Bonsack, C., Golay, P., & Morandi, S. (2023). Feeling coerced during voluntary and involuntary psychiatric hospitalisation: A review and meta-aggregation of qualitative studies. *Heliyon*, 9(2), e13420. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13420>

Silva, C. P. R., Martins, T., Simões, A. D., Montes, A. M., Marques, G., & Nobrega, M. P. S. de S. (2021). Impacto da Estimulação Cognitiva na Saúde Mental de idosos: Experiência Portuguesa no Envelhecimento Ativo e

Saudável. *Revista Paulista de Enfermagem*, 32, 1-10.
<https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2020v32a58>

Sousa, A., Ferreira, I., Nunes, M., Guardado, R., Jesus, G., & Santos, G. (2023). Enquadramento ético e legal do internamento involuntário em psiquiatria: uma perspetiva do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. *Salutis Scientia*, 15, 5-14.
<https://salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=32489>

Sousa, J. R. de, & Santos, S. C. M. dos. (2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, 10(2), 1396-1416. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>

Sugiura, K., Pertega, E., & Holmberg, C. (2020). Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: A systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. *International Journal of Law and Psychiatry*, 73, 101645. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101645>

Tódero, A. R., Pereira, L. R., Barbosa, S. do L., Teodoro, G., Gigante, P. C. da S., Pimenta, C. N. F., Ribeiro, D. C., Câmara, V. M. dos S., Bueno, F. N., & Rezeck, F. (2024). Suicídio sob a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental: Possíveis intervenções terapêuticas. *Revista Científica da UNIFENAS*, 6(2), 15-23. <https://doi.org/10.29327/2385054.6.2-3>

Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa. (s.d.). *Missão, visão e valores*. <https://www.ulsts.min-saude.pt/instituicao-2/>

Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse education in practice*, 50, 102963. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>

Wazzan, N. A., Alzaidi, F. S., Fageeh, M. A. A., Shahan, Z. A., Habiballah, E. T., Alshekhe, I. M., Almalalwi, F. S. K., Al-Thaqafi, F. S. A., Alzahrani, S. S. M., & Alaltwai, M. O. S. (2024). Nursing Interventions in Mental Health: Impact on Patient Recovery, Relapse Prevention, and Quality of Life. *Journal of Posthumanism*, 4(1), 493-505. <https://doi.org/10.63332/joph.v4i1.3609>

Wilson, A., Hurley, J., Hutchinson, M., & Lakeman, R. (2024). In their own words: Mental health nurses' experiences of trauma-informed care in acute mental health settings or hospitals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(3), 703–713. <https://doi.org/10.1111/inm.13280>

World Health Organization & United Nations. (2023). *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>

World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wostry, F., Hahn, S., & Schrems, B. (2025). The impact of coercive measures on the therapeutic relationship between patients and nurses in the acute psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(5), 1184-1196. <https://doi.org/10.1111/jpm.70012>

ANEXOS

ANEXO I: *MINDFULNESS*

**PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
“*Mindfulness*: Um Cuidado Que Começa Em Ti”**

Atividade	<i>Mindfulness</i> : Um Cuidado Que Começa Em Ti
Local	Unidade de Internamento de Psiquiatria de Adultos da ULSTS – Sala de Convívio
Dia e Hora	23/07/2025- 14h
Duração	30min
População-alvo	Profissionais de Saúde da Unidade de Internamento de Psiquiatria de Adultos do Hospital Padre Américo
Enfermeira	Maria Soares e Sara Santos
Objetivos	• Reconhecer os efeitos do stress ocupacional e da fadiga emocional no desempenho e bem-estar dos profissionais de saúde; • Compreender os princípios fundamentais do <i>mindfulness</i> e os seus benefícios na saúde mental e no contexto profissional; • Explorar práticas simples e aplicáveis de <i>mindfulness</i> que promovam a autorregulação emocional e o foco no presente; • Desenvolver estratégias de autocuidado conscientes que possam ser integradas na rotina profissional e pessoal; • Fomentar a construção de ambientes de trabalho mais saudáveis, a partir da autorreflexão e da prática

	consciente.
Recursos (Materiais e Humanos)	• Enfermeiros; • Sala de Convívio (com mesa, cadeiras e computador); • Material de escrita; • <i>Powerpoint</i>.
Avaliação da Atividade	Avaliar o feedback dos participantes no final da atividade; Observação de comportamentos, por parte dos Enfermeiros, durante a atividade.
Conteúdo	Acolhimento dos participantes e apresentação das formadoras. Em seguida, são apresentados os objetivos da sessão. Apresentação do <i>Powerpoint</i> (Anexo): • Faz-se uma breve contextualização sobre o stress e <i>burnout</i> na enfermagem e reforçando a importância do autocuidado. • Apresenta-se o conceito de <i>mindfulness</i>, sua origem e fundamentos. • Explicam-se os benefícios da prática para a saúde física e mental, relacionando-os com o contexto da prática de enfermagem. • Apresentados três exercícios práticos: Respiração Consciente; <i>Scanner</i> Corporal e <i>Grounding</i>. Discussão e partilha sobre as dificuldades em integrar o autocuidado na rotina clínica e são discutidas estratégias adaptáveis ao

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

	contexto profissional. Por fim, os participantes avaliam a sessão de forma oral. Encerrado com um agradecimento.
--	---





7



8



9



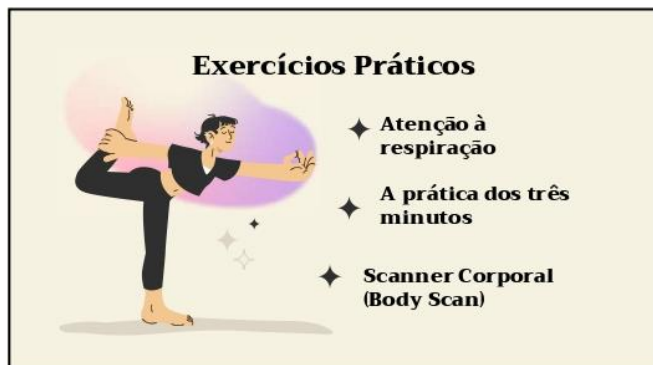
10



11



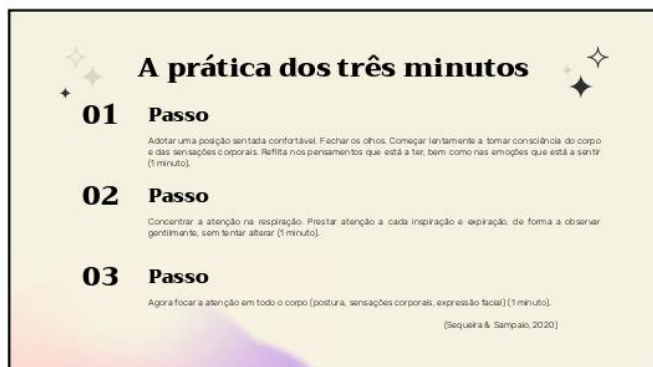
12



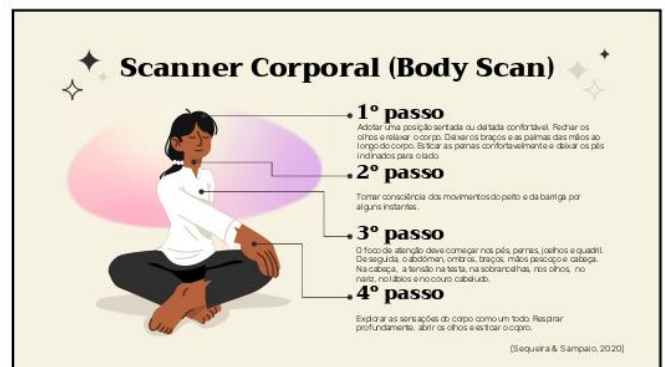
13



14



15



16



17

ANEXO II: FOLHETO “LICENÇA DE ENSAIO”

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

CUIDADOS DURANTE A LICENÇA DE ENSAIO



MEDICAÇÃO

Não falhar nenhuma dose.
Levar toda a medicação necessária.
Em caso de dúvida, contactar o hospital.



EQUIPA DE SAÚDE

Ter o contato do internamento de psiquiatria.
Avisar em caso de sintomas ou dúvidas.
Cumprir consultas ou contactos telefónicos agendados.



EVITAR STRESS E CONFLITO

Privilegiar um ambiente calmo.
Evitar discussões e consumo de álcool ou drogas.



APOIO DA FAMÍLIA

Estar com pessoas de confiança.
Pedir ajuda sempre que necessário.
Não esconder o que sente.



AUTO-OBSERVAÇÃO

Estar atento a sinais de alerta:
Insónia ou excesso de sono;
Irritabilidade ou tristeza profunda;
Pensamentos negativos ou confusos;
Vontade de isolamento.

O QUE FAZER SE ALGO CORRER MAL?

Contactar o internamento de psiquiatria.

Dirigir-se ao hospital a qualquer hora.

CONTACTOS:

Internamento de Psiquiatria - 914197092 / 914197095

Linha SNS 24 - 808 24 24 24

Emergência médica - 112

Licença de ensaio

SAÍDA TEMPORÁRIA PARA CASA

A saída temporária do internamento permite regressar a casa por alguns dias, com o objetivo de avaliar se está preparado para retomar a sua vida na comunidade com segurança e autonomia.

A licença de ensaio é uma oportunidade para praticar o que aprendeu no internamento, mostrar estabilidade e ganhar confiança em si próprio.






MEDICAMENTOS 	JEJUM 	PEQ. ALMOÇO 	ALMOÇO 	LANCHE 	JANTAR 	DEITAR 	SOS 

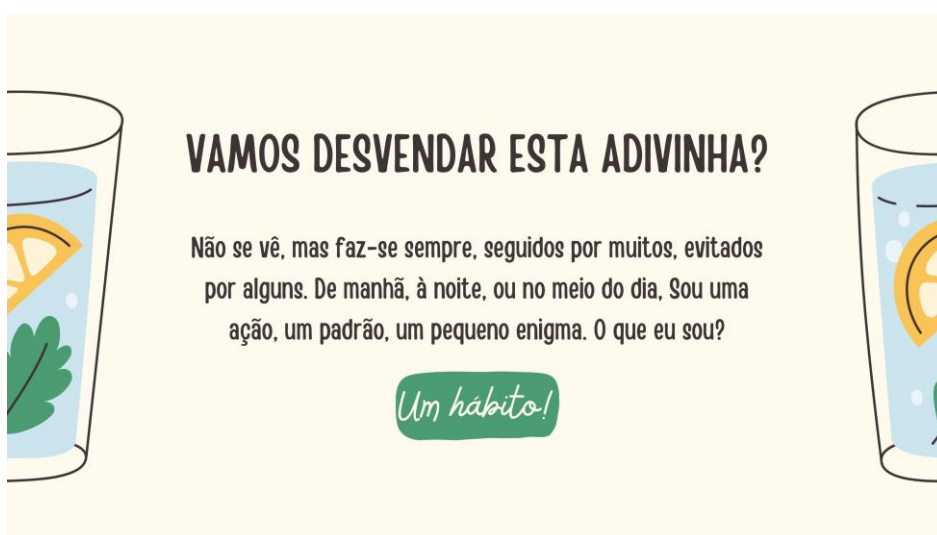
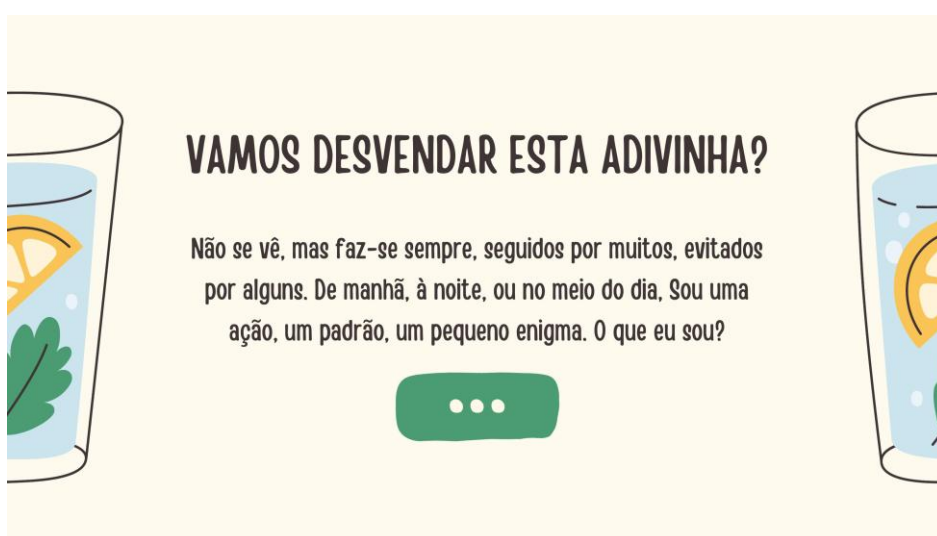
ANEXO III: PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO NA COMUNIDADE DA ANTA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Hábitos e rotinas associadas ao bem-estar			
Data	23/09/ 2025 Hora de Início: 10h00 Hora de fim: 12h00			
Local	Comunidade da Anta			
Enfermeira	a Rita Pinto e Enfermeira Sara Santos (estudante de Mestrado de ESMP)			
Objetivos	Promover a literacia em saúde, de forma a incentivar a adoção de hábitos e comportamentos promotores de saúde mental.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	5 minutos	- Apresentação e explicação do objetivo da formação.	Expositivo	Folha de presenças. Computador. Projektor. Cartões “Bom ou Mau Hábito”
Desenvolvimento	45 minutos	- Ensinar sobre hábitos saudáveis. -Identificar as vantagens de adotar hábitos saudáveis na vida diária. - Explicar os principais hábitos saudáveis. -Refletir sobre os próprios hábitos. -Avaliar o conhecimento adquirido dos participantes através do desafio: Bom ou Mau hábito.	Expositivo e ativo	
Conclusão	10 minutos	-Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	
Avaliação	Dinâmica para avaliação dos conhecimentos adquiridos- desafio de bom ou mau hábito.			



PENSA E PARTILHA

Pensa

Pensa sobre o que a palavra "hábito" significa para ti.

Partilha

Partilha as tuas ideias.

O QUE SÃO HÁBITOS SAUDÁVEIS?

Rotinas com tempo e compromisso que trazem benefícios para a saúde.

Manter hábitos saudáveis é fundamental para melhorar o bem-estar físico, mental, psicológico e social.



VANTAGENS

- Prevenção de doenças crónicas.
- Promoção da sensação de bem-estar.
- Prevenção e controlo de comportamentos de risco.
- Reduzir o risco de morte prematura.
- Manter um equilíbrio emocional.
- Envelhecimento saudável.

(SOARES ET AL., 2023)



OS HÁBITOS SAUDÁVEL INCLUEM...

Atividade física

Alimentação

Sono

Higiene Pessoal

Socialização

Evitar stress

Evitar consumos

Saúde



ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é considerada qualquer movimento onde há gasto de energia. Para iniciar a prática de atividade física deve começar devagar, por isso deve começar por aumentar algumas atividades diárias. O recomendável é praticar exercício físico, pelo menos 3 vezes por semana.

(DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020)



ATIVIDADE FÍSICA

Os benefícios da atividade física consistem em:

- Fortalecer os músculos, ossos e tendões.
- Melhorar a respiração e resistência.
- Ajudar a controlar os diabetes e a tensão arterial.
- Reduzir o stresse e a ansiedade.
- Melhorar o sistema imunitário e o sono.

(DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020).

ALIMENTAÇÃO

Em Portugal, os hábitos alimentares inadequados são o terceiro principal fator de risco para a morte prematura.

A nossa dieta mediterrânica possui inúmeras qualidades nutritivas pela sua variedade de alimentos.

(DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2022).



ALIMENTAÇÃO

Alguns conselhos consistem em :

- Fazer no mínimo 3 refeições principais .
- Beber entre 1,5 litro a 2 litros de água durante o dia (equivalente a 2 garrafas de 1 litro).
- Dar preferência ao azeite para cozinhar e temperar.
- A OMS recomenda o consumo de sal até 5 g por dia (1 colher de chá) e de açúcar no máximo 50 g (10 colheres de chá), sendo ideal até 25 g (5 colheres).
- Evitar alimentos processados, doces e fritos.

(DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2022).



SONO

Ter um horário regular e consistente de sono.

Ter uma rotina de sono regular, previsível e relaxante.

Ter um ambiente adequado no quarto.

Não permitir a utilização de ecrãs antes de adormecer.

Reduzir os alimentos e bebidas com estimulantes.

(VILELAS ET AL., 2023)



HIGIENE PESSOAL

A higiene pessoal refere-se a manter o corpo limpo e saudável para estar menos suscetível a doenças. Assim ter atenção para:

- Tomar banho.
- Lavar as mãos regularmente.
- Escovar os dentes pelo menos 2 ou 3 vezes por dia.
- Implementar a etiqueta respiratória.

(MORAIS ET AL., 2022)



SOCIALIZAÇÃO

É muito importante estar com a família, amigos e vizinhos que nos apoiam, pois ajuda a sentirmo-nos bem.

Participar em grupos e atividades da comunidade fortalece amizades e confiança.

Conversar e brincar com outros ensina bons hábitos.

A socialização ajuda a crescer saudável e feliz, pois aprendemos com os outros e cuidamos da saúde.

(FRANÇA, 2023)



EVITAR STRESS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o stress como a “epidemia de saúde do século XXI”.

O stress afeta a saúde do corpo e da mente.

Quanto mais estamos stressados, mais difícil é manter os hábitos saudáveis de vida.

Por isso é importante fazer atividades que lhe dão prazer, investir na relação com os outros e procurar o lado positivo da vida.

(SILVA ET AL., 2025)





EVITAR ÁLCOOL, TABACO E DROGAS

O álcool pode causar problemas no fígado, cérebro, sono, fertilidade e aumento do risco de acidentes e violência. Além disso, é importante sublinhar o seu impacto na saúde mental, pois contribui para ansiedade, depressão e outras patologias psiquiátricas.

O tabaco afeta os pulmões, coração e aumenta o risco de cancro. O tabaco afeta a si próprio e a quem convive consigo. As drogas causam dependências, doenças mentais e isolamento social.

Ao evitar estes consumos está a proteger o corpo e a mente, bem como melhorar a saúde, relacionamentos e segurança no seu quotidiano.

(DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020)

SAÚDE

Para a prevenção de doenças, é importante realizarmos consultas regulares na Unidade de Saúde familiar para avaliação anual, bem como exames complementares. Estas consultas ajudam a identificar precocemente doenças graves e a aumentar as chances de tratamento e cura.

Alterações na saúde mental podem surgir em diferentes fases da vida ou em situações de stress elevado. É fundamental reconhecer os sinais precocemente e procurar apoio junto de profissionais de saúde qualificados, incluindo enfermeiros, médicos e psicólogos, que podem fornecer avaliação, orientação e intervenções adequadas para promover o bem-estar mental.

(DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2021)



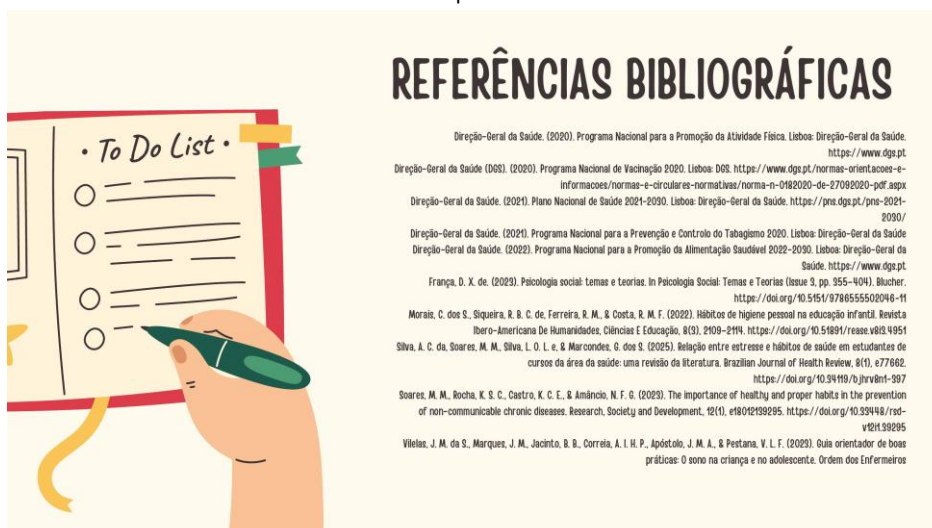
SAÚDE

As vacinas são fundamentais para prevenir doenças graves e complicações associadas. Estas estimulam o sistema imunitário para proteção de quem é vacinado e para a comunidade, assim ajudando a evitar surtos de doenças.

A adesão ao plano nacional de vacinação garante a proteção individual e coletiva, especialmente em grupos mais vulneráveis, como as crianças, idosos e pessoas com sistema imunitário mais fragilizado.

(DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2020)





RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sinais de uma saúde mental em desequilíbrio			
Data	14/10/ 2025 Hora de Início: 10h00 Hora de fim: 11h00			
Local	Comunidade da Anta			
Enfermeira	a Rita Pinto e Enfermeira Sara Santos (estudante de Mestrado de ESMP)			
Objetivos	Promover a literacia em saúde, de forma a identificar sinais de desequilíbrio de saúde mental e a reconhecer a importância do cuidado com o bem-estar psicológico.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	5 minutos	- Apresentação e explicação do objetivo da formação.	Expositivo	Folha de presenças. Computador.
Desenvolvimento	45 minutos	- Ensinar sobre sinais de alerta associados ao desequilíbrio da saúde mental. - Discutir sobre a importância de reconhecer estes sinais para promover o bem-estar psicológico próprio e dos outros. - Ensinar sobre estratégias para lidar com situações de desequilíbrio emocional. - Avaliar o conhecimento adquirido dos participantes através de um jogo de associação de sinais positivos e negativos de saúde mental.	Expositivo e ativo	Projektor. Cartaz. Quadro. Ímanes. Jogo de associação de sinais positivos e negativos de saúde mental.
Conclusão	10 minutos	- Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	
Avaliação	Dinâmica para avaliação dos conhecimentos adquiridos- Jogo de associação.			

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

INFORMAÇÃO PARA SAÚDE DESTINADA DE MESTRADO DE TEMPO

SINAIS DE UMA SAÚDE MENTAL EM DESEQUILÍBRIO

SAÚDE MENTAL

Cansaço constante



Sentir-se sempre cansado mesmo depois de descansar ou após esforços que antes não o cansavam tanto.

Falta de motivação



- Perder o interesse em atividades que antes gostava de fazer, pode ser um sinal de alerta.
- Esquecer compromissos, distrair-se ou não conseguir concentrar-se pode mostrar que a mente está sobrecarregada.

Sensação constante de medo



Sentir-se com medo excessivo, preocupações constantes ou angústia sem motivo são sempre sinais de alerta.

Pensamentos negativos frequentes

A presença recorrente de pensamentos negativos sobre si mesmo e da vida são um dos primeiros sinais de uma saúde mental em desequilíbrio.

Irritabilidade excessiva

Mudanças bruscas de humor, irritabilidade ou impaciência podem ser sinais de sobrecarga emocional.



Alterações no apetite

Comer em excesso ou perder totalmente o apetite são sinais do nosso corpo de que estamos a precisar de mais energia.



Alterações no sono

O sono é um dos pilares da saúde mental, sendo alterações que podem ser sinais de alerta.

- Acordar várias vezes durante a noite
- Dormir em excesso
- Não conseguir adormecer

CPA | SÃO PAULO | SAÚDE MENTAL | INICIATIVA

INFORMAÇÃO PARA SAÚDE DESTINADA DE MESTRADO DE TEMPO

FATORES PROTETORES DA SAÚDE MENTAL

SAÚDE MENTAL

Identidade e orgulho cultural



O orgulho em pertencer a uma comunidade com história e tradições próprias reforça a autoestima e dá sentido à vida.

Família com base de apoio



A família é o principal pilar do cuidado e segurança. O apoio mútuo e o respeito entre os membros mais velhos fortalecem os laços e ajudam a ultrapassar as dificuldades.

Sabedoria e resiliência

A experiência e o conhecimento dos mais velhos inspiram força e capacidade de adaptação.

Comunidade e coesão social

A união entre famílias e a solidariedade garantem a proteção e o sentimento de pertença. A convivência e o diálogo mantêm o equilíbrio e o apoio coletivo.

Espiritualidade e Fé



A fé fornece esperança e conforto perante os desafios.

Expressão Cultural e Artística

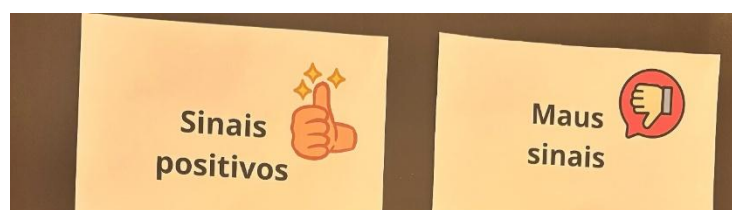
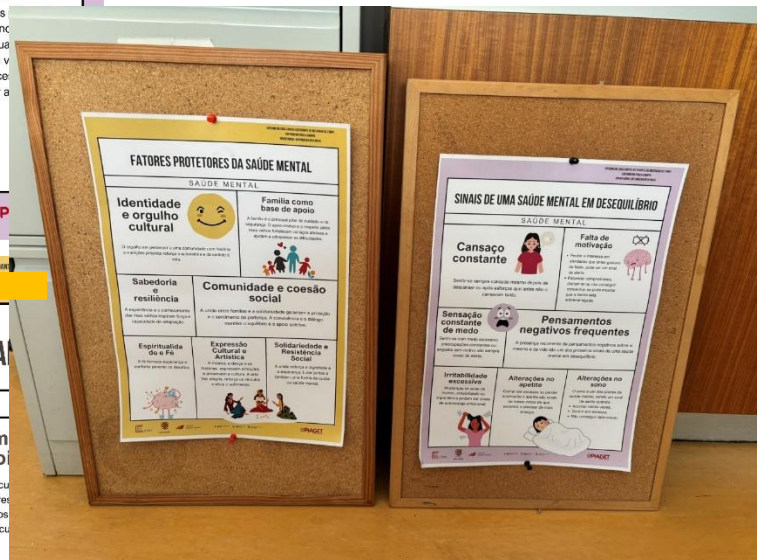


A música, a dança e as histórias expressam emoções e preservam a cultura. A arte traz alegria, reforça os vínculos e alivia o sofrimento.

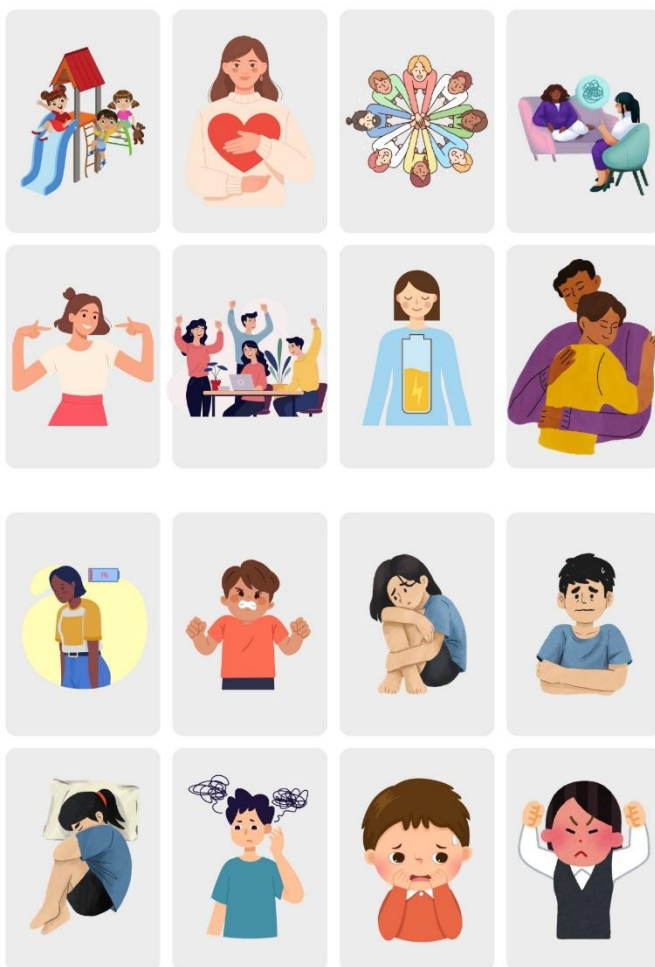
Solidariedade e Resistência Social

A união reforça a dignidade e a esperança. Lutar juntos é também uma forma de cuidar da saúde mental.

CPA | SÃO PAULO | SAÚDE MENTAL | INICIATIVA



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



**Sinais
positivos**



**Maus
sinais**



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



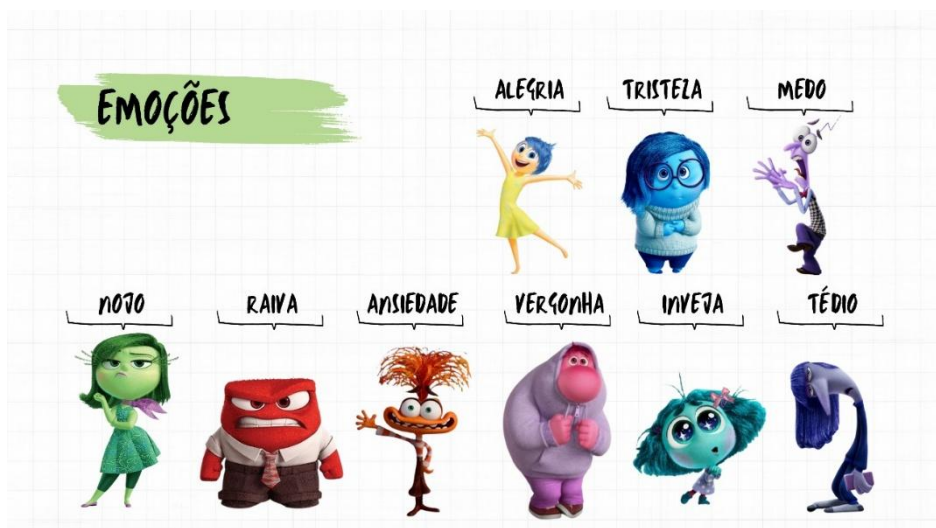
Plano de Sessão

Designação da Sessão	Saber lidar com as emoções			
Data	21/10/ 2025 Hora de Início: 10h00 Hora de fim: 11h00			
Local	Comunidade da Anta			
Enfermeira	Enfermeira R. Maria Santos (estudante de Mestrado de ESMP)			
Objetivos	Promover a literacia em saúde, de forma a ajudar os participantes a reconhecer, compreender e gerir emoções na promoção do bem-estar e na construção de relações saudáveis.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	5 minutos	- Apresentação e explicação do objetivo da formação.	Expositivo	Folha de presenças. Computador. Projetor. Potes. Bolas de algodão com as diferentes cores.
Desenvolvimento	45 minutos	- Ensinar sobre as diferentes formas de sentir e expressar as emoções no dia a dia. - Explicar sobre estratégias práticas para gerir emoções. - Promover o diálogo e a partilha de experiências emocionais. -Avaliar o conhecimento adquirido dos participantes através da dinâmica potes das emoções e jogo da associação “Como lidar com...”.	Expositivo e ativo	
Conclusão	10 minutos	-Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	
Avaliação	Dinâmica para avaliação dos conhecimentos adquiridos- potes das emoções e jogo da associação “Como lidar com...”.			



O QUE SÃO EMOÇÕES?

As emoções são reações a estímulos. Elas dão-nos informação sobre o que se passa à nossa volta, de forma a orientar-nos e motivar-nos. Todas têm um propósito.



TODAS AS EMOÇÕES IMPORTAM



O QUE É LIDAR COM AS EMOÇÕES?



1. IDENTIFICAR O QUE SENTIMOS

Muitas vezes não temos espaço para aprender sobre as emoções e, muito menos, para falar sobre elas. Expressar as emoções é muito saudável para a nossa saúde mental.

2. VALIDAR E EXPRESSAR EMOÇÕES

Quando vivemos com outras pessoas da nossa comunidade, aprendemos a mostrar os nossos sentimentos da forma que é aceita por todos. Um exemplo consiste em desde pequenos, que dizemos aos rapazes que "os homens não choram", e assim eles aprendem a esconder as emoções, mesmo quando sentem dor ou sofrimento.

3. ENTENDER O CONTEXTO

Lidar com as emoções implica perceber o que as provoca e compreender o motivo de as sentirmos. Muitas vezes, apenas sentimos sem pensar na sua origem. As emoções influenciam o que pensamos e fazemos, por isso é importante saber geri-las e entender como afetam as nossas decisões.

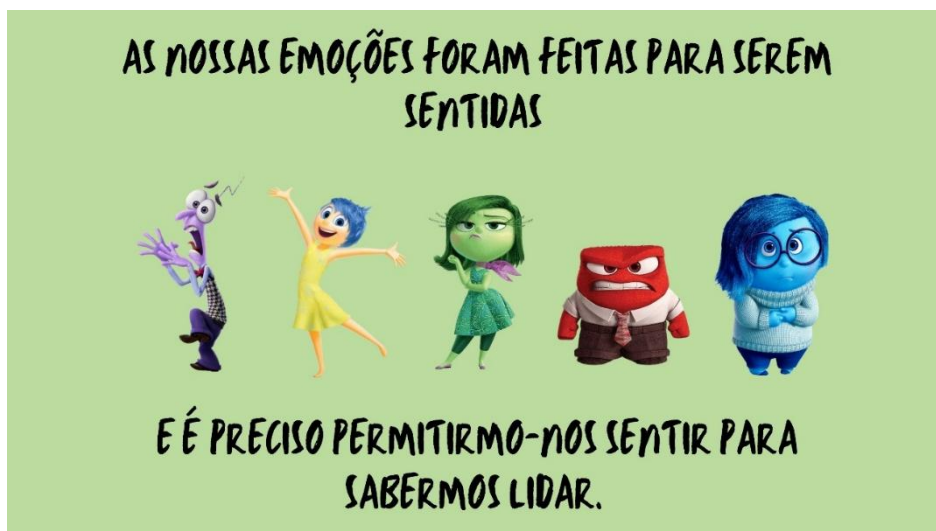
PORQUE É IMPORTANTE LIDAR COM AS EMOÇÕES?



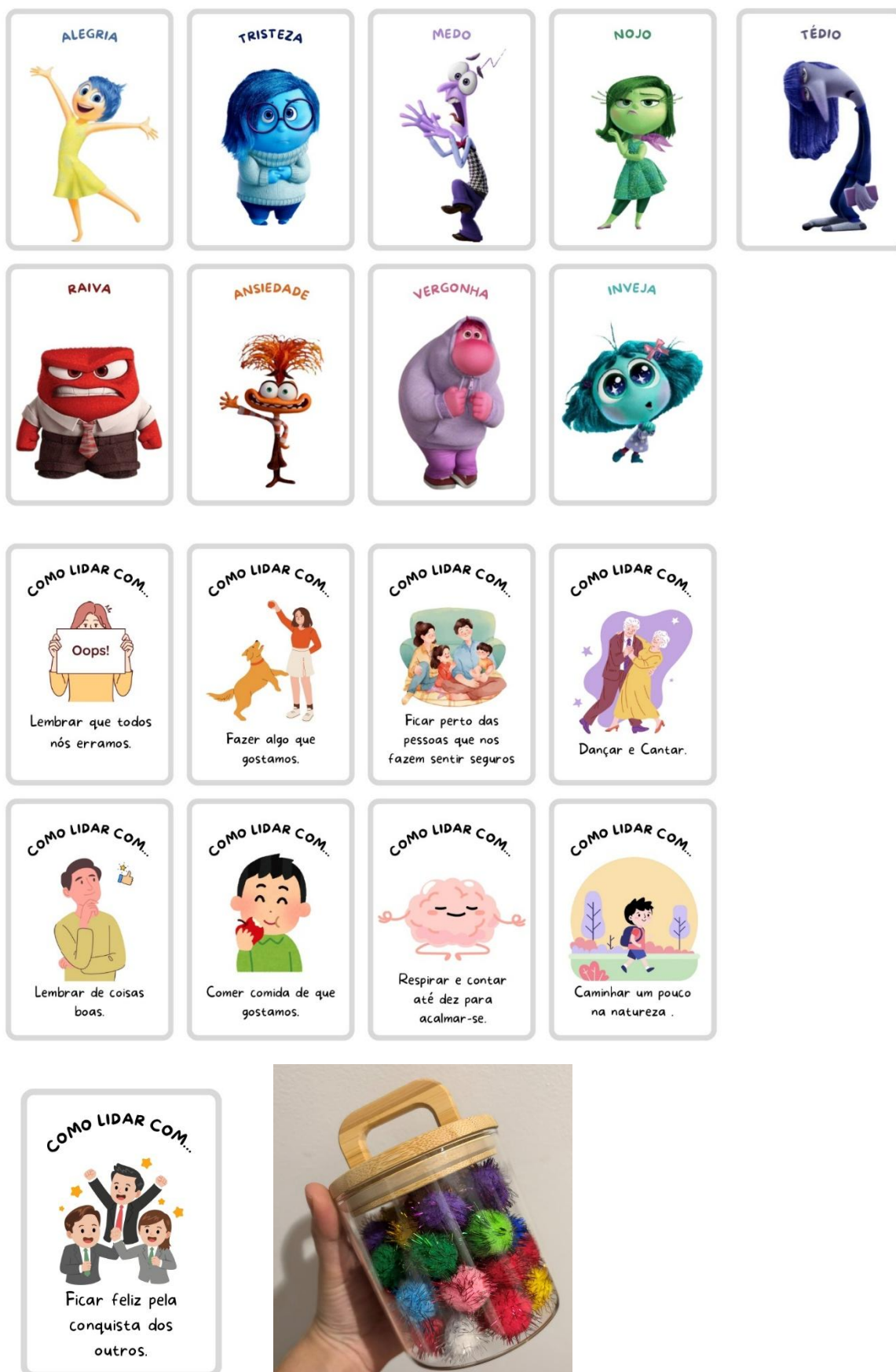
Gerir as emoções é essencial para ter uma boa qualidade de vida.

Segundo a OMS, a saúde mental é um estado de bem-estar que permite lidar com o stress e contribuir para a comunidade.

Por isso, a gestão das emoções é vital para o equilíbrio mental.



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



Pote das emoções

**ANEXO IV: RELAÇÃO DE AJUDA DIRECIONADA À PESSOA
COM DIAGNÓSTICO DE “STRESS DO CUIDADOR”**

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sessão 0: Entrevista clínica.			
Data	18-09-2025 pelas 14h00			
Local	Unidade de cuidados na comunidade do Castelo da Maia			
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos			
Objetivos	Clarificar o funcionamento das sessões. Verificar o diagnóstico de enfermagem. Estabelecer vínculo terapêutico. Proporcionar um espaço seguro e de partilha. Validar as emoções e experiências vividas. Propor um contrato terapêutico. Explicar em que consiste a relação de ajuda. Definir objetivos e avaliar as expetativas do utente.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	10 minutos	- Apresentar e contextualizar a sessão no âmbito académico. - Apresentar os objetivos da intervenção.	Expositivo	Entrevista Estruturada. Escala de Avaliação de Zarit e CAMI. Caneta Mesa Cadeiras Computador
Desenvolvimento	30 minutos	- Realizar entrevista clínica.	Expositivo	
Conclusão	10 minutos	-Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	
Avaliação	Avaliação da ansiedade através da Escala de Avaliação de Zarit e CAMI.			



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sessão 1: Sobrecarga e o stress			
Data	25-09-2025 pelas 13h00			
Local	Unidade de cuidados na comunidade do Castelo da Maia			
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos			
Objetivos	Estabelecer vínculo terapêutico. Proporcionar um espaço seguro e de partilha. Validar as emoções e experiências vividas. Ensinar sobre a sobrecarga e o stress.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	10 minutos	- Contextualizar a sessão no âmbito académico. - Explicar o objetivo da intervenção.	Expositivo	Caneta Mesa Cadeiras Computador Papel Caneta Apresentação "Ansiedade"
Desenvolvimento	30 minutos	- Ensinar sobre o conceito do stress. - Explicar sinais e sintomas de manifestação da sobrecarga e stress. - Analisar os meios utilizados pela utente no autocontrolo do stress. - Orientar a utente na procura de estratégias. - Promover o desenvolvimento de estratégias alternativas.	Expositivo e ativo	
Conclusão	10 minutos	- Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas e trabalho de casa – "Minha estratégias- Boas e Más".	Expositivo	

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sessão 2: Construir estratégias para gerir a sobrecarga e o stress.			
Data	03-10-2025 pelas 10h00			
Local	Unidade de cuidados na comunidade do Castelo da Maia			
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos			
Objetivos	Estabelecer vínculo terapêutico. Proporcionar um espaço seguro e de partilha. Validar as emoções e experiências vividas. Capacitar a pessoa para identificar estratégias para redução da sobrecarga emocional e stress.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	10 minutos	- Cumprimentos iniciais. - Contextualizar a sessão no âmbito académico. - Resumo da sessão anterior. - Explicar o objetivo da sessão.	Expositivo	Caneta Mesa Cadeiras Computador Papel Caneta
Desenvolvimento	30 minutos	- Analisar os meios utilizados pela pessoa para lidar com a sobrecarga e a stress. - Orientar na procura de estratégias de resolução do problema. - Discutir vantagens e desvantagens das estratégias delineadas. - Promover o desenvolvimento de estratégias alternativas. - Atividade prática "Análise das minhas estratégias".	Expositivo e ativo	
Conclusão	10 minutos	- Considerações finais.	Expositivo	
		- Esclarecimento de dúvidas e trabalho de casa- "Objetivo da Semana". - Agendamento da próxima sessão.		



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sessão 3: Treino e Consolidação de estratégias			
Data	08-10-2025 pelas 10h00			
Local	Unidade de cuidados na comunidade do Castelo da Maia			
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos			
Objetivos	Efetuar o treino das estratégias delineadas. Promover a reflexão sobre as experiências vividas. Preparar o utente para o final da intervenção			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	10 minutos	- Cumprimentos iniciais. - Contextualizar a sessão no âmbito académico. - Resumo da sessão anterior. - Explicar o objetivo da sessão.	Expositivo	Caneta Mesa Cadeiras Papel Caneta
Desenvolvimento	30 minutos	- Favorecer a aprendizagem e expressão de novos comportamentos. - Permitir que o utente verbalize medos, preocupações, indecisões e necessidades. - Realizar escuta ativa e oferecer apoio emocional. - Promover a autoaceitação através da análise dos progressos alcançados. - Atividade prática "Linha de Progresso".	Expositivo e ativo	
Conclusão	10 minutos	- Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	
		- Agendamento da próxima sessão.		

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sessão 4: Avaliação e Encerramento			
Data	23-10-2025 pelas 15h30			
Local	Unidade de cuidados na comunidade do Castelo da Maia			
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos			
Objetivos	Avaliar o percurso e os resultados obtidos. Reforçar os progressos alcançados e autonomia da pessoa. Identificar as conquistas, dificuldades e aprendizagens. Reforçar as estratégias de coping e continuidade do autocuidado.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	10 minutos	- Apresentar e contextualizar a sessão no âmbito académico. - Apresentar os objetivos da intervenção.	Expositivo	Entrevista Estruturada. Escala de Avaliação de Zarit e CAMI. Caneta Mesa Cadeiras Computador
Desenvolvimento	30 minutos	- Avaliar os ganhos em saúde e evolução emocional. - Discussão sobre os resultados percebidos pela pessoa. - Explorar sentimentos e reflexões relativos ao fim da intervenção. - Reforçar estratégias de continuidade do autocuidado.	Expositivo	
Conclusão	10 minutos	-Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	
Avaliação	Avaliação da ansiedade através da Escala de Avaliação de Zarit e CAMI.			



Entrevista Clínica – Cuidadora Informal

Dados do cuidador

Nome	C. P. S. S.
Data de Nascimento/Idade	23/08/1980 (45 anos)
Nacionalidade	Portuguesa
Estado civil	Solteira
Grau de Escolaridade	12º ano
Profissão	Call-Center (Reclamações- MEO)
Patologias/Antecedentes	Obesidade;HTA
Medicação	Perindopril+Amlodipina 10 mg
Experiência como cuidador	Desde há 2 anos.
Cuidados que presta	Arranjar-se; Cortar as unhas.
Interesse e disponibilidade	Sempre trabalha em casa para conseguir cuidar do pai.
Stress (Coping, cansaço, autoestima)	Dorme 5 a 6 horas. Estratégias de coping ineficazes.
Suporte Familiar	Irmão (47 anos)- Negação da doença do pai Mãe- nervosa e labilidade emocional



CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS



Contexto Familiar e Social

Com quem vive atualmente?	Pai, Mãe e Irmão.
Apoio formal (instituições, serviços de saúde, outros)	UCC; USF;
Conciliação com responsabilidades pessoais/profissionais	Cuidadora informal. Emprego em Homeoffice para conseguir conciliar o Cuidado com o trabalho.

História Psiquiátrica do Cuidador

Diagnósticos psiquiátricos anteriores	Sem diagnósticos.
Primeiros sintomas e evolução temporal	Nenhum.
Tratamentos prévios:	Nenhum
Episódios de internamento psiquiátrico	Nenhum.
História de diagnósticos psiquiátricos na família	Sem antecedentes.

Impacto do Papel de Cuidadora

Aplicação do Índice de avaliação das estratégias de coping do cuidador (CAMI – Carers Assessment of Managing Index) e Escala de Zarit.

Caraterização da pessoa cuidada

Nome	M. C. S.
Data de nascimento	15/10/1952

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



Relação do parentesco	Pai
Diagnóstico clínico	Perturbação cognitiva major
Antecedentes pessoais	2024: demência/ Doença Alzheimer- Afasia progressiva (desde há 4 anos). 2020- Alt. de memória HTA; DM Prostata
Medicação	Perdindopril e Indapamida 5 mg/1,25 mg Finasterida 5 mg Atorvastatina 10 mg Tansulina 0,4 mg Preterax 5 mg/1,25 mg Memantina 20 mg Stagid 700 mg Forxiga 10 mg Doce Alivio (obstipação)
Dependência (Autocuidado; Fralda; Auxiliares de marcha, etc.)	Protese de joelho- défices de andar sem consciência (usa bengala)
Consciência	Desde há 4 anos perda da fala;
Orientação	Desorientado no tempo, espaço e pessoa.
Ingestão nutricional	Come compulsivamente- muito rápido e bocados grandes

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



Eliminação urinária	Incontinência urinária.
Eliminação intestinal	Sem alterações.
Integridade cutânea	Preservada.
Autocuidado	Corta a barba com supervisão Toma banho independente come pela mão Independente no wc- usa fralda de noite por perdas

Condições habitacionais, recursos e materiais disponíveis

Tipologia da habitação	T3
Barreiras arquitetónicas	Escadas e tapetes- Ensinos de prevenção de quedas
Condições da habitação	Casa arrumada e com condições habitacionais.
Dispositivos/Auxiliares de apoio	Bengala
Recursos da comunidade	Proposto centro de dia (recusou) Proposto maia cuida mais (aceitou)



Consentimento informado

Esta intervenção será realizada pela estudante Sara Patrícia Gomes Santos do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, onde será recorrido à metodologia de intervenção de natureza psicoterapêutica de Relação de Ajuda. Esta intervenção tem como objetivos proporcionar um ambiente terapêutico seguro, baseado na escuta ativa, na empatia e na confiança, de forma a acompanhar a pessoa na expressão da sua necessidade de ajuda, a clarificar as dificuldades emocionais e a promoção do bem-estar e da saúde mental.

As sessões decorrerão num ambiente clínico adequado, com respeito pela privacidade e confidencialidade, e terão uma duração aproximada de 50 minutos, mas poderão ser ajustadas de acordo com as necessidades identificadas no decurso do processo terapêutico. Todos os dados partilhados serão mantidos com confidencialidade e não serão revelados a terceiros, conforme previsto na lei e nos princípios éticos da profissão.

Esta intervenção tem como finalidade a melhoria da autocompreensão, a redução do desconforto emocional e o desenvolvimento de estratégias de coping para capacitar na resolução de problemas de forma autónoma.

A sua participação será voluntária, de forma que poderá colocar questões e solicitar esclarecimentos sempre que o entenda, e tem o direito de interromper ou revogar este consentimento a qualquer momento, sem que tal implique prejuízo no acesso a outros cuidados de saúde.

Assim, após a leitura e compreensão da informação prestada, e tendo obtido resposta às dúvidas apresentadas, manifesto o meu consentimento livre e informado para a participação da intervenção psicoterapêutica de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, no âmbito da metodologia da Relação de Ajuda.

Data: Castelo da Maia, ____ de ____ de 2025

Assinatura do Utente: _____

Assinatura a Enfermeira: _____

Estudante de Mestrado ESMP: Sara Patrícia Gomes Santos (2024132203@ipiaget.pt).

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

	Item	Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase sempre (5)
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?			X		
3	Sente-se tenso(a) quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para 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 actual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ 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 que cuidar do seu familiar?			X		
11	Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?			X		
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao seu familiar?			X		
14	Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	X				
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?			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		

TOTAL

Inferior a 46 = Sem sobrecarga;
Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira;
Superior a 56 = Sobrecarga intensa.

Total = 61

Escala de Zarit

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva 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.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?	X				
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?		X			
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?			X		
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?			X		
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?			X		
	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?			X		
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?				X	
	Considera que o seu familiar está dependente de si?					X
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?				X	
	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?			X		
	Considera que não tem uma vida privada como deseja devido ao seu familiar?				X	
	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?			X		
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visita devido ao seu familiar?			X		
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?			X		
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?			X		
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?		X			
	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?			X		
	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	X				
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?			X		
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?			X		
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?			X		
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?			X		

Total = 65

Escala de Zarit

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

		Faço assim e acho que:			
	Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não procedo desta forma	Não da resultado	Da algum resultado	Dá bastante bom resultado
1	Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo			X	
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante	X			
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio	X			
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio		X		
5	Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer		X		
6	Ver o lado cómico da situação	X			
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu			X	
8	Cerrar os dentes e continuar	X			
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				X
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema			X	
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está			X	
12	Viver um dia de cada vez				X
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder		X		
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível			X	
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível			X	
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes		X		
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				X
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução			X	
19	Chorar um bocadinho			X	
20	Aceitar a situação tal como ela é			X	
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante			X	
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe	X			
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam		X		
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas	X			

Total = 92

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

25	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação			X	
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento		X		
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções		X		
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género			X	
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido			X	
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte			X	
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes			X	
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação			X	
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela		X		
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação	X			
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico			X	
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes	X			
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras	X			
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				X

Se tiver outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

		Faço assim e penso que:		
N.º	UMA DAS MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES QUE TENHO, AO CUIDAR DESTA PESSOA, É:	Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades (CAMI). O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

		Faço assim e acho que:			
	Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:	Não procedo desta forma	Não da resultado	Da algum resultado	Dá bastante bom resultado
		1	2	3	4
1	Estabelecer um programa regular de tarefas, e procurar cumpri-lo			X	
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante	X			
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				X
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio				X
5	Planear com antecedência e assim estar preparado para as coisas que possam acontecer			X	
6	Ver o lado cómico da situação			X	
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu			X	
8	Cerrar os dentes e continuar			X	
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido			X	
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema			X	
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				X
12	Viver um dia de cada vez			X	
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder			X	
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível			X	
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível			X	
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes			X	
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais			X	
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				X
19	Chorar um bocado				X
20	Aceitar a situação tal como ela é				X
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				X
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe	X			
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam			X	
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas	X			

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

25	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação			X	
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento			X	
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções			X	
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género			X	
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido			X	
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte			X	
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				X
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				X
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela	X			
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação	/			X
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				X
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes			X	
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras			X	
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				X

Se tiver outras maneiras de enfrentar os problemas, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

		Faço assim e penso que:		
N.º	UMA DAS MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES QUE TENHO, AO CUIDAR DESTA PESSOA, É:	Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bastante bom resultado

total = 118

Sessão 1: Sobrecarga e o stress







Sessão 2: Construir estratégias para gerir a sobrecarga e o stress.

Análise das minhas estratégias

Para analisar as estratégias que utiliza para lidar com a sobrecarga e a ansiedade, vamos utilizar esta tabela para refletir sobre vantagens, desvantagens e alternativas.

Problema	Impacto/Significado do problema	Estratégia de Resolução	Vantagem da Estratégia	Desvantagem da Estratégia	Se teve ou não sucesso	Se não teve, porque?
Pensar muito nos problemas e preocupações.	Insónia e nervosismo.	Estar deitado na cama a tentar resolver tudo mentalmente.	Sensação de estar a tentar controlar a situação.	Aumenta a ansiedade, cansaço e frustração.	Não teve sucesso.	Porque não consigo descansar e penso demais.

ENFERMEIRA SARA SANTOS ESTUDANTE DE MESTRADO DE ESMP

Sessão 3: Treino e Consolidação de estratégias

LINHA DE PROGRESSO

NESTA LINHA CRONOLÓGICA QUE REPRESENTA O SEU PERCURSO DESDE O INÍCIO DA INTERVENÇÃO ATÉ AO MOMENTO ATUAL, ASSINALE OS MOMENTOS DE MAIOR DIFICULDADE, AS CONQUISTAS E AS MUDANÇAS PERCEBIDAS

ENFERMEIRA SARA SANTOS
(ESTUDANTE DE Mestrado de ESMF)

ANEXO V: ATIVIDADE “O MEU MANJERICO TEM UM NOME”

Plano da dinâmica de Grupo “O meu manjerico tem um nome”

Local: Internamento de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa do Hospital Padre Américo.

Espaço: Sala de refeições do serviço de internamento.

Data e horas: 24 de junho às 11h.

Duração da sessão: 45 minutos

Formadores: Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Sara Santos.

Tema da sessão: “O meu manjerico tem um nome”

População-alvo: Pessoas com patologia depressiva ou esquizofrénica.

Objetivo Geral: Estimular a memória afetiva e autobiográfica.

Objetivos:

- Promover a expressão afetiva e emocional.
- Valorizar a vivência pessoal.
- Incentivar a escuta ativa e o respeito pelas partilhas dos colegas.

CrITÉRIOS de Inclusão: Capacidade de participar de conversas simples; Estabilidade Clínica; Interesse em participar.

CrITÉRIOS de Exclusão: Incapacidade de permanecer numa atividade de grupo durante 30-60 minutos; Alterações súbitas do estado de saúde geral.

Recursos didáticos: Vaso com manjerico; Cartolina; Canetas; Cola; Tesoura.

Instrumento de Avaliação: Observação do envolvimento, participação e comportamento das pessoas.

Terapia: A terapia utilizada será a terapia de reminiscência, pois é uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem, onde recorre-se às recordações de eventos passados, sentimentos e pensamentos, com o intuito de melhorar a qualidade de vida ou adaptação a circunstâncias atuais.

Em 1963, esta terapia foi introduzida por Butler com o conceito de concentrar as memórias preservadas e habilidades, de forma a estimular a memória autobiográfica de forma a promover a comunicação.

A reminiscência estimula a memória de longo prazo para melhoria da função cognitiva, o humor, o bem-estar e a qualidade de vida. Esta técnica já é utilizada em vários contextos como a comunidade com sintomatologia

depressiva, idosos institucionalizados e pessoas com perturbação de stress pós-traumático (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Procedimento:

Fase de preparação (5 minutos): Avaliar a adequação da terapia pela reminiscência ao grupo; explicar a intervenção a desenvolver; despertar motivação e interesse; avaliar o envolvimento e motivação dos participantes; preparar o material necessário; dispor as cadeiras em torno de uma mesa; criar um ambiente tranquilo.

Fase de Desenvolvimento (30 minutos): Acolhimento dos participantes com calma e cordialidade; colocar música ambiente tradicional das marchas populares para ativar memórias (estimulação auditiva); explicar que esta sessão vai ser relativamente ao São João (festa popular em Portugal) mais especificamente ao manjerico; Entrega dos manjericos em cartolina; Breve explicação cultural e simbólica.

“Em Portugal, o manjerico é a erva dos apaixonados e foi associada às tradições da festa do santo casamenteiro, o Santo António. De acordo com a velha tradição, deve oferecer-se o manjerico à pessoa amada e ela deve cuidar da planta até dia 13 de junho do ano seguinte. Em tempos, era um compromisso sério, como um pedido de casamento. Os manjericos podem ser oferecidos com um cravo de papel e uma quadra de amor. Acredita-se que um dos motivos do manjerico ser eleito para estas festividades é o seu ciclo de vida. Eles são semeados no fim do inverno, são formados em junho, depois florescem no verão e morrem no outono. “

Explicar atividade que o manjerico é uma planta que se oferece a alguém de quem gostamos muito. Assim, cada um vai “oferecer “simbolicamente a alguém importante da sua vida. Fazer uma breve conversa orientadora (“Quem é ou quem foi uma pessoa especial? Pode ser um familiar, amigo ou alguém de quem guardam boas memórias.”).

Cada pessoa é convidado a pensar numa pessoa significativa e se quiser partilhar com o grupo quem e o porquê. Assim pode escrever o nome dessa pessoa no manjerico de cartolina; incentivar os participantes a verbalizar.

Fase de Encerramento (10 minutos): Promover um momento de partilha e reflexão para expressão de opiniões e sentimentos face à intervenção (“Gostaram de lembrar da pessoa? Foi bom falar sobre isso?”); analisar as

dificuldades, interesses e benéficos da sessão; reforçar que cada memória é única e importante e terminar com uma leitura de uma quadra de S.João:

“Chegou o São João contente,
com fitas a enfeitar,
traz alegria e ternura,
para juntos celebrar.
Cheira a manjerico e pão,
há marchas para dançar,
e no meio desta festa,
ninguém fica a chorar.
Aqui somos uma família,
cada um no seu lugar,
com carinho e com respeito,
há sempre tempo p'ra abraçar.
A fogueira já se acende,
mas é o coração que aquece,
nesta noite tão bonita,
onde tudo nos enriquece. “

Referência Bibliográfica:

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem* (1.^a ed. digital). Papa-Letras.
<https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



ANEXO VI: REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA DIRECIONADA À PESSOA COM IDEIAÇÃO SUICIDA

Planeamento da intervenção psicoterapêutica: Reestruturação Cognitiva

Objetivo Geral: Promover a reestruturação cognitiva em pessoas com ideação suicida, através do reconhecimento, exploração e modificação de pensamentos disfuncionais, com vista à redução do sofrimento psicológico, reforço do autocontrolo e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento saudáveis.

Crítérios e inclusão:

- Pessoas com diagnóstico de enfermagem de ideação suicida confirmado pela equipa clínica;
- Estar clinicamente estável (sem sinais de agudização psicopatológica que comprometam a participação);
- Ter capacidade cognitiva suficiente para compreender e participar nas atividades propostas;
- Demonstrar motivação e interesse em participar nas sessões de grupo;
- Apresentar nível de comunicação verbal funcional, permitindo a partilha e interação em grupo

Local	ULSTS- Internamento de psiquiatria agudos
Data e Hora	03/07 a 18/07
Duração	30/40 min
Utentes	3 utentes
Enfermeira(s)	Maria Soares e Sara Santos
Objetivos	Clarificar o funcionamento das sessões; Definir os objetivos principais; Desenvolver relação terapêutica; Avaliar a motivação dos utentes para inclusão nas sessões; Verificar o diagnóstico de enfermagem.
Recursos (Materiais e Humanos)	Enfermeiras; Sala de Convívio (com mesa, cadeiras e computador); Material de escrita; Questionário Ideação Suicida;

	NOC “Autocontrolo: Suicídio”; computador.
Critérios de Exclusão	Estado de descompensação/ agudização da doença mental; Debilidade Intelectual ou défice cognitivo grave; Recusa dos utentes.
Avaliação da Intervenção	Aplicação dos instrumentos de avaliação na primeira e na última sessão da reestruturação cognitiva: Resultado NOC “Autocontrolo: Suicídio”; Questionário Ideação Suicida.

Sessão 1- Introdução e Avaliação Inicial

Local	Unidade de Internamento de Psiquiatria de Agudos da ULS – Sala de Convívio
Data e Hora	03/07/2025- 10h30
Duração	40 min
Utentes	3 mulheres com ideação suicida
Enfermeiras	Maria Soares e Sara Santos
Objetivos	Promover a integração e vinculação entre os participantes do grupo. Fornecer uma compreensão inicial sobre o conceito de ideação suicida e desmistificar preconceitos. Sensibilizar os participantes para a importância do autocuidado emocional. Avaliar a percepção pessoal da ideação suicida através do Questionário de Ideação Suicida (QIS). Avaliar o nível de autocontrolo relacionado ao suicídio, utilizando a escala NOC.

Recursos (Materiais e humanos)	Enfermeiras; Sala de Convívio (com mesa, cadeiras e computador); Material de escrita; Questionário Ideação Suicida; NOC “Autocontrolo: Suicídio”; computador.		
Etapas	Fase Inicial	Fase exploratória	Fase final
Conteúdo	Apresentação das enfermeiras e dos participantes; Esclarecer os objetivos do grupo e regras como o sigilo, respeito e participação voluntária; Criar um ambiente seguro e acolhedor para partilha; Estabelecer um contato terapêutico.	Introdução ao tema “O que é a Ideação Suicida?”; Apresentação em Powerpoint (Anexo__); Espaço para perguntas e partilhas sobre o tema.	Aplicação dos instrumentos de avaliação: QIS e NOC “Autocontrolo-Suicídio”; Explicar sobre os instrumentos e qual a finalidade para o progresso; Valorizar e agradecer a presença dos utentes.
Métodos	Ativo	Expositivo	Participativo
Duração	10 minutos	20 minutos	10 minutos

Sessão 2: “Compreender os meus pensamentos”

Local	Unidade de Internamento de Psiquiatria de Agudos da ULS – Sala de Convívio
Data e Hora	08/07/2025- 10h30
Duração	40 min

Utentes	2 utentes com ideação suicida		
Enfermeiras	Maria Soares e Sara Santos		
Objetivos	● Promover o reconhecimento dos pensamentos associados à dor emocional e à ideação suicida; ● Explorar pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas que contribuem para o sofrimento psicológico; ● Estimular a verbalização segura de pensamentos difíceis, num ambiente validante e não julgador; ● Reforçar a percepção de que os pensamentos, mesmo intensos ou negativos, podem ser observados e trabalhados sem necessidade de ação imediata.		
Recursos (Materiais e humanos)	Enfermeiras; Sala de Convívio (com mesa, cadeiras e computador); Material de escrita (Cartolina e canetas).		
Etapas	Fase Inicial	Fase exploratória	Fase final
Conteúdo	Acolhimento do grupo e breve verificação do estado emocional; Gerir ambiente físico; Criar um ambiente seguro e curioso; Descrever a atividade e o seu objetivo – explicar o tema	Atividade prática em cartolina, onde foi dividido em pensamentos negativos, pensamentos positivos, emoções associadas e estratégias de coping; Participantes refletem e escrevem na cartolina; Incentivo à escuta ativa,	Reflexão conjunta sobre os pensamentos; Validação positiva da participação; Antecipação da próxima sessão;

		validação de experiências e identificação de pontos comuns entre os participantes.	
Métodos	Ativo	Participativo	Participativo
Duração	10min	15min	15min

Sessão 3: “Novas Maneiras de Pensar”

Local	Unidade de Internamento de Psiquiatria de Agudos da ULS – Sala de Convívio
Data e Hora	09/07/2025- 10h30
Duração	40 min
Utentes	2 utentes com ideação suicida
Enfermeiras	Maria Soares e Sara Santos
Objetivos	● Estimular a reestruturação cognitiva através da empatia e da autocompaixão. ● Promover a capacidade de autorreflexão e mudança de perspectiva sobre situações difíceis. ● Incentivar a criação de mensagens internas positivas e motivadoras. ● Reforçar o sentimento de esperança e a valorização da vida.
Recursos (Materiais e humanos)	Enfermeiras; Sala de Convívio (com mesa, cadeiras e computador); Material de escrita (Cartolina e canetas).

Etapas	Fase Inicial	Fase exploratória	Fase final
Conteúdo	Acolher os participantes e breve roda de conversa sobre como se sentiram após a sessão anterior; Apresentar o tema da sessão; Explicar os objetivos.	Fazer a pergunta “O que eu diria a um amigo que estivesse a sentir o mesmo que eu?” de forma aos participantes refletirem sobre isso; Realizar a atividade prática de escrever numa cartolina a resposta a essa pergunta e escrevem um frase positiva e motivadora para esse amigo e pensar como aplicar essa mensagem a si mesmos.	Discussão sobre o tema; Partilhar estratégias de reformulação de pensamentos negativos; Orientar os participantes a levarem o cartão consigo como forma de um lembrete positivo; Agradecer a participação; Despedida acolhedora.
Métodos	Ativa	Participativo	Participativo
Duração	10min	15min	15min

Sessão 4: “O meu plano de ação na crise”

Local	Unidade de Internamento de Psiquiatria de Agudos da ULS – Sala de Convívio
Data e Hora	11/07/2025- 10h30

Duração	40 min		
Utentes	3 utentes com ideação suicida		
Enfermeiras	Maria Soares e Sara Santos		
Objetivos	● Aumentar a perceção de sinais de alerta pessoais que antecedem uma crise emocional ou suicida; ● Identificar estratégias de autorregulação emocional e recursos pessoais a utilizar em momentos de crise; ● Reconhecer pessoas de confiança e redes de apoio a quem recorrer em situação de crise; ● Promover o sentimento de controlo e segurança, reforçando a ideia de que é possível pedir ajuda e ultrapassar momentos críticos; ● Validar a importância da preparação antecipada como ferramenta de autocuidado e prevenção de recaídas		
Recursos (Materiais e humanos)	Enfermeiras; Sala de Convívio (com mesa, cadeiras e computador); Material de escrita (canetas); Documento “ Meu plano de ação na crise”.		
Etapas	Fase Inicial	Fase exploratória	Fase final
Conteúdo	Acolhimento do grupo e breve verificação do estado emocional; Introdução ao tema.	Sinais de alerta individuais; Estratégias que podem ajudar a aliviar momentaneamente; Pessoas a quem posso recorrer;	Síntese e partilha voluntária; Reforço da utilidade do plano; Tarefa para reflexão individual

Métodos	Ativo	Participativo	Participativo
Duração	10min	15min	15min

Sessão 5: Crise Emocional

Local	Unidade de Internamento de Psiquiatria de Agudos da ULS – Sala de Convívio		
Data e Hora	18/07/2025- 10h30		
Duração	40 min		
Utentes	3 utentes com ideação suicida		
Enfermeiras	Maria Soares e Sara Santos		
Objetivos	● Promover o reconhecimento dos sinais de alerta de uma crise emocional. ● Ensinar e treinar técnicas de autocontrolo, como respiração profunda e grounding. ● Reduzir a ansiedade e o desconforto emocional através de intervenções práticas. ● Fortalecer o sentimento de eficácia pessoal no manejo de emoções intensas.		
Recursos (Materiais e humanos)	Enfermeiras; Sala de Convívio (com mesa, cadeiras e computador); Material de escrita (canetas); Powerpoint; Questionário Ideação Suicida; NOC “Autocontrolo: Suicídio.		
Etapas	Fase Inicial	Fase exploratória	Fase final
Conteúdo	Acolhimento do grupo e	Realizar psicoeduca	Discutir sobre as

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

	breve verificação do estado emocional; Introdução ao tema.	ção sobre o tema através de um powerpoint (Anexo__); Apresentação de técnicas, como a respiração profunda e o Grounding); Realizada prática em grupo; Discussão sobre o tema e partilha de experiências vividas. Aplicação dos instrumentos de avaliação: QIS e NOC “Autocontrolo-Suicídio”.	sessões realizadas. Agradecer pela confiança, entrega e presença. Despedida acolhedora.
Métodos	Ativo	Participativo	Participativo
Duração	10min	15min	15min

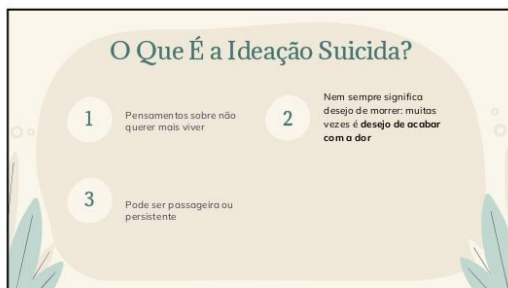
Sessão 1: PowerPoint “Ideação Suicida”



1



2



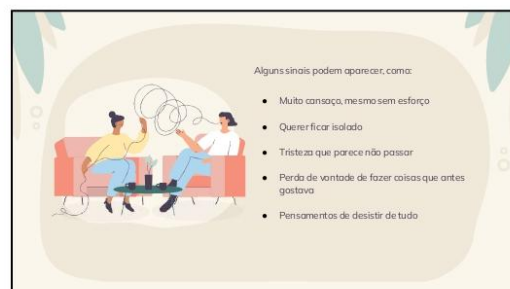
3



4



5



6

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



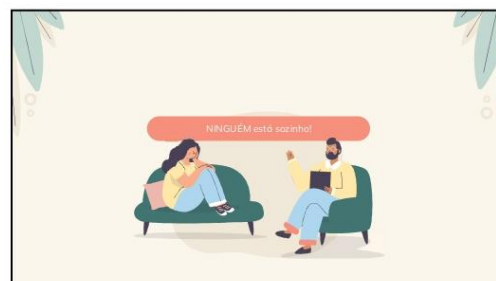
7



8



9



10



11

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

QIS

Seguidamente encontra-se uma lista de 30 itens, peço-lhe para responder, assinalando com uma cruz (X), a resposta que melhor expressa o seu sentimento nos últimos 6 meses. Cada item tem 7 possibilidades de resposta.

Escala de resposta

- 1- Nunca
- 2- Quase Nunca
- 3- Raramente
- 4- Às vezes
- 5- Frequentemente
- 6- Quase Sempre
- 7- Sempre

		1	2	3	4	5	6	7
1	Pensei que seria melhor não estar vivo.							X
2	Pensei suicidar-me.				X			
3	Pensei na maneira como me suicidaria.				X			
4	Pensei quando me suicidaria.				X			
5	Pensei em pessoas a morrerem.	X						
6	Pensei na morte.					X		
7	Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.	X						
8	Pensei em escrever um testamento.	X						
9	Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	X						
10	Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.							X
11	Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.					X		
12	Desejei estar morto(a).					X		
13	Pensei em como seria fácil acabar com tudo.						X	
14	Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.							X
15	Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).					X		
16	Desejei ter coragem para me matar.				X			
17	Desejei nunca ter nascido.	X						
18	Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.				X			
19	Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.	X						
20	Pensei em matar-me, mas não o faria.				X			
21	Pensei em ter um acidente grave.	X						
22	Pensei que a vida não valia a pena.							X
23	Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.					X		
24	Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.		X					
25	Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.					X		
26	Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).	X						
27	Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me	X						
28	Perguntei-me se teria coragem para me matar.						X	
29	Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia						X	
30	Desejei ter o direito de me matar.						X	

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

QIS

Seguidamente encontra-se uma lista de 30 itens, peço-lhe para responder, assinalando com uma cruz (X), a resposta que melhor expressa o seu sentimento nos últimos 6 meses. Cada item tem 7 possibilidades de resposta.

Escala de resposta

- 1- Nunca
- 2- Quase Nunca
- 3- Raramente
- 4- Às vezes
- 5- Frequentemente
- 6- Quase Sempre
- 7- Sempre

		1	2	3	4	5	6	7
1	Pensei que seria melhor não estar vivo.				X			
2	Pensei suicidar-me.				X			
3	Pensei na maneira como me suicidaria.				X			
4	Pensei quando me suicidaria.				X			
5	Pensei em pessoas a morrerem.	X						
6	Pensei na morte.					X		
7	Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.	X						
8	Pensei em escrever um testamento.	X						
9	Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	X						
10	Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.	X						
11	Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.		X					
12	Desejei estar morto(a).				X			
13	Pensei em como seria fácil acabar com tudo.				X			
14	Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.				X			
15	Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).	X						
16	Desejei ter coragem para me matar.		X					
17	Desejei nunca ter nascido.				X			
18	Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.				X			
19	Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.	X						
20	Pensei em matar-me, mas não o faria.	X			X			
21	Pensei em ter um acidente grave.	X						
22	Pensei que a vida não valia a pena.						X	
23	Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.						X	
24	Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.		X					
25	Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.				X			
26	Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).	X						
27	Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me		X					
28	Perguntei-me se teria coragem para me matar.				X			
29	Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia				X			
30	Desejei ter o direito de me matar.				X			

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

QIS

Seguidamente encontra-se uma lista de 30 itens, peço-lhe para responder, assinalando com uma cruz (X), a resposta que melhor expressa o seu sentimento nos últimos 6 meses. Cada item tem 7 possibilidades de resposta.

Escala de resposta

- 1- Nunca
- 2- Quase Nunca
- 3- Raramente
- 4- Às vezes
- 5- Frequentemente
- 6- Quase Sempre
- 7- Sempre

		1	2	3	4	5	6	7
1	Pensei que seria melhor não estar vivo.							X
2	Pensei suicidar-me.							X
3	Pensei na maneira como me suicidaria.							X
4	Pensei quando me suicidaria.				X	X		
5	Pensei em pessoas a morrerem.	X						
6	Pensei na morte.							X
7	Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.	X						
8	Pensei em escrever um testamento.				X			
9	Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.							X
10	Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.							X
11	Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.							X
12	Desejei estar morto(a).							X
13	Pensei em como seria fácil acabar com tudo.							X
14	Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.							X
15	Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).							X
16	Desejei ter coragem para me matar.				X			
17	Desejei nunca ter nascido.					X		
18	Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.							X
19	Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.	X						
20	Pensei em matar-me, mas não o faria.				X			
21	Pensei em ter um acidente grave.	X						
22	Pensei que a vida não valia a pena.						X	
23	Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.							X
24	Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.	X						
25	Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.				X			X
26	Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).							X
27	Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me	X						X
28	Perguntei-me se teria coragem para me matar.			X				
29	Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia							X
30	Desejei ter o direito de me matar.							X

Indicadores NOC - Auto-controlo: Suicídio

Nome: D_____ Serviço: Unidade Psiquiatria de Adultos

Auto-controlo Suicídio	Nunca Demonstr	Raramente Demonstr	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
Indicadores:					
Expressa sentimentos	1	2	3	4	5
Mantém contactos de relacionamentos	1	2	3	4	5
Procura ajuda quando sente autodestruição	1	2	3	4	5
Verbaliza ideação suicida	1	2	3	4	5
Verbaliza controlar o impulso	1	2	3	4	5
Abstém-se da acumulação de significados suicidas	1	2	3	4	5
Não esquece obsessões	1	2	3	4	5
Não requer tratamento para as acções e tentativas suicidas	1	2	3	4	5
Abstém-se de usar substâncias para alteração de humor	1	2	3	4	5
Revela plano suicida	1	2	3	4	5
Levanta contrato suicídio	1	2	3	4	5
Mantém auto-controlo sem supervisão	1	2	3	4	5
Não tenta suicídio	1	2	3	4	5
Outro_____	1	2	3	4	5
(especificar)					

Indicadores NOC - Auto-controlo: Suicídio

Nome: V_____ Serviço: Unidade Psiquiatria de Adultos

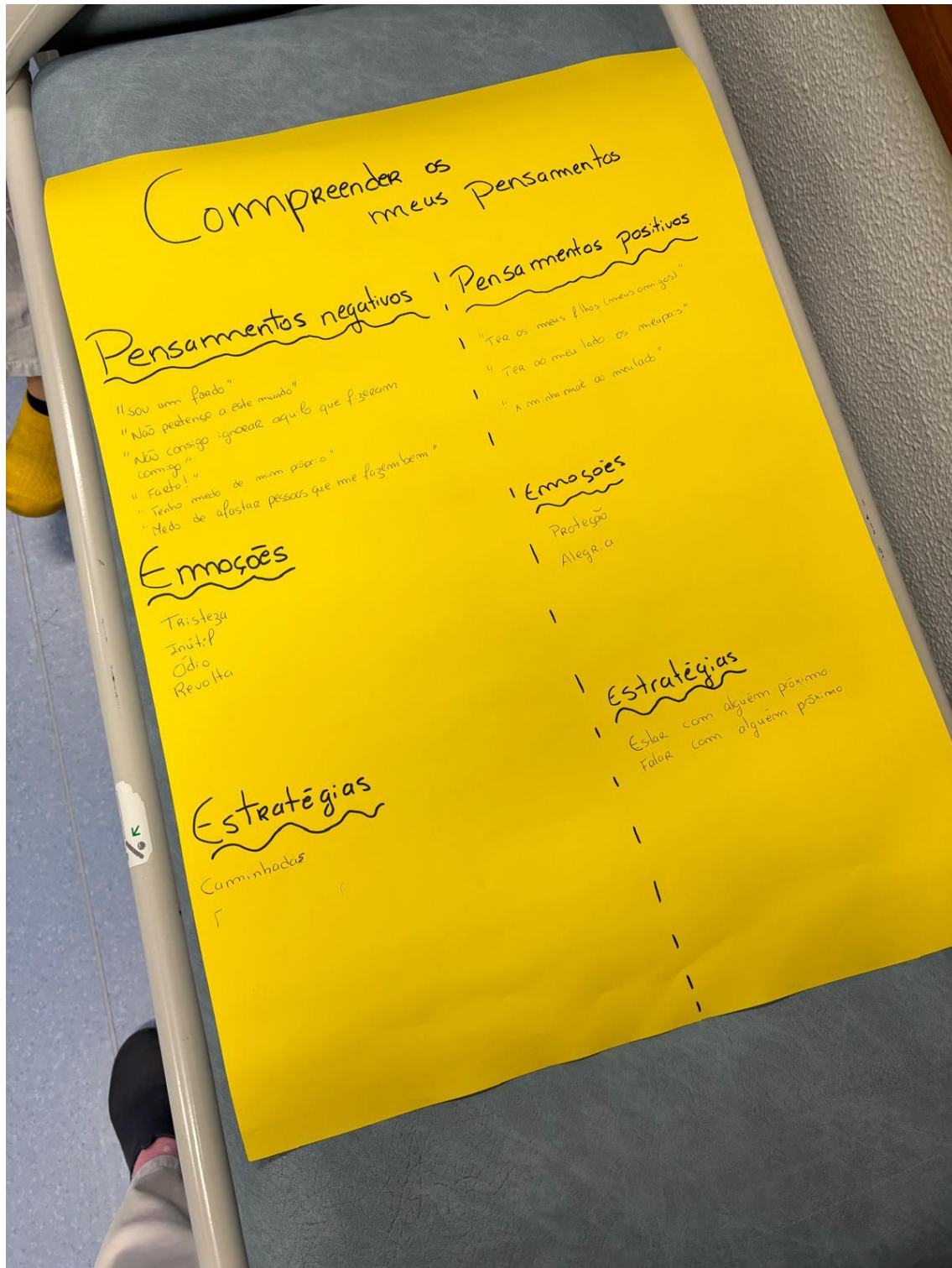
Auto-controlo Suicídio	Nunca Demonstrada	Raramente Demonstrada	Demonstrada Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstrada Sempre
Indicadores:					
Expressa sentimentos	1	2	3	4	5
Mantém contactos de relacionamentos	1	2	3	4	5
Procura ajuda quando sente autodestruição	1	2	3	4	5
Verbaliza ideação suicida	1	2	3	4	5
Verbaliza controlar o impulso	1	2	3	4	5
Abstém-se da acumulação de significados suicidas	1	2	3	4	5
Não esquece obsessões	1	2	3	4	5
Não requer tratamento para as acções e tentativas suicidas	1	2	3	4	5
Abstém-se de usar substâncias para alteração de humor	1	2	3	4	5
Revela plano suicida	1	2	3	4	5
Levanta contrato suicídio	1	2	3	4	5
Mantém auto-controlo sem supervisão	1	2	3	4	5
Não tenta suicídio	1	2	3	4	5
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Indicadores NOC - Auto-controlo: Suicídio

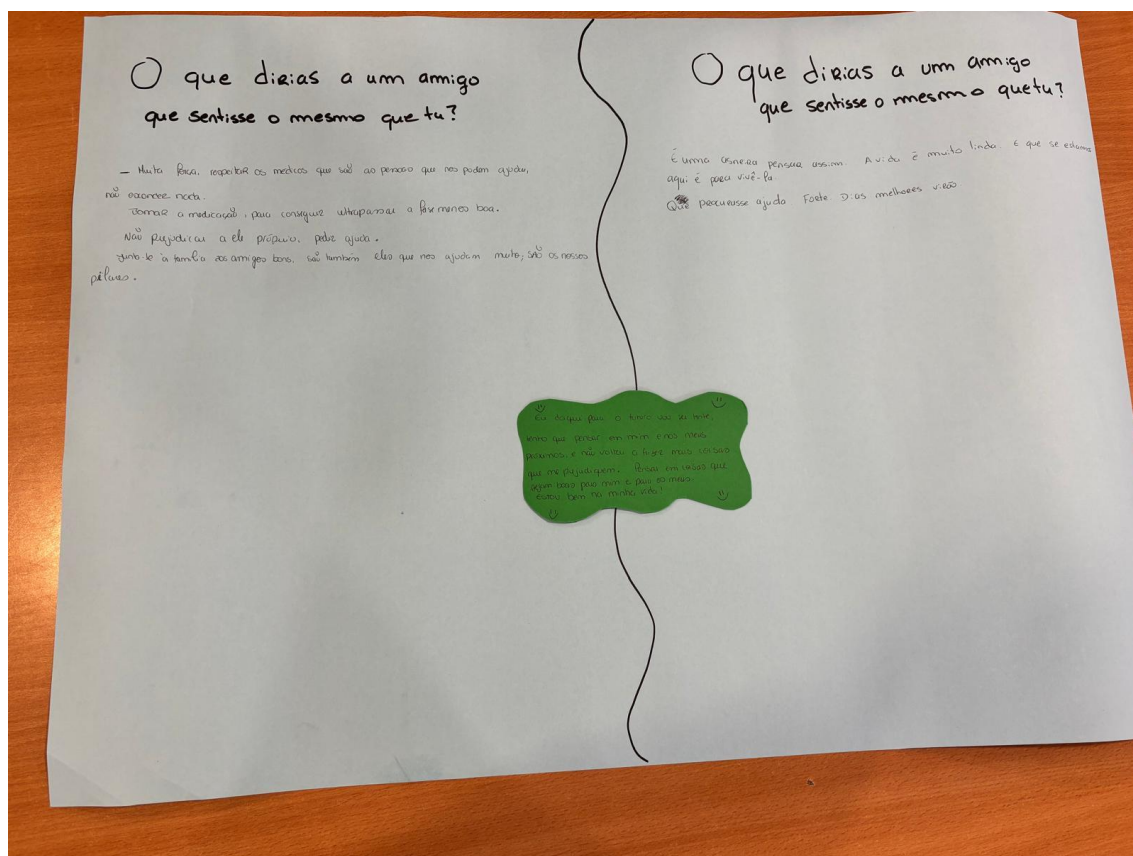
Nome: Q_____ Serviço: Unidade Psiquiatria de Adultos

Auto-controlo Suicídio	Nunca Demonstrada	Raramente Demonstrada	Demonstrada Algumas Vezes	Demonstrada Muitas Vezes	Demonstrada Sempre
Indicadores:					
Expressa sentimentos	1	2	3	4	5
Mantém contactos de relacionamentos	1	2	3	4	5
Procura ajuda quando sente autodestruição	1	2	3	4	5
Verbaliza ideação suicida	1	2	3	4	5
Verbaliza controlar o impulso	1	2	3	4	5
Abstém-se da acumulação de significados suicidas	1	2	3	4	5
Não esquece obsessões	1	2	3	4	5
Não requer tratamento para as acções e tentativas suicidas	1	2	3	4	5
Abstém-se de usar substâncias para alteração de humor	1	2	3	4	5
Revela plano suicida	1	2	3	4	5
Levanta contrato suicídio	1	2	3	4	5
Mantém auto-controlo sem supervisão	1	2	3	4	5
Não tenta suicídio	1	2	3	4	5
Outro_____	1	2	3	4	5
(especificar)					

Sessão 2: "Compreender os meus pensamentos"



Sessão 3: “Novas Maneiras de Pensar”



Sessão 4: “O meu plano de ação na crise”

Meu plano de ação na crise

Plano A

Quais os meus sinais de alerta pessoal?

O que me ajuda quando começo a sentir-me assim?

Quais são as pessoas que posso pedir ajuda?

Quais são as coisas que devo evitar quando estou a sentir-me mal?

Quando sinto que preciso de pedir ajuda?

Frases que me ajudam a ultrapassar isto

Plano B

O que fazer se o plano A não ajudar?

Contactos:

SNS 24

808242424

SOS VOZ AMIGA

Horário: Diariamente das 15:30 às 00:30

Contacto Telefónico: 213 544 545 | 912 802 669 | 963 524 660

CONVERSA AMIGA

Horário: 15:00 – 22:00

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

Contacto Telefónico: 808 237 327 | 210 027 159

VOZES AMIGAS DE ESPERANÇA DE PORTUGAL

Horário: 16:00 – 22:00

Contacto Telefónico: 222 030 707

TELEFONE DA AMIZADE

Horário: 16:00 – 23:00

Contacto Telefónico: 228 323 535

Email: jo@telefone-amizade.pt

VOZ DE APOIO

Horário: 21:00 – 24:00

Contacto Telefónico: 225 506 070

Email: sos@vozdeapoio.pt

Meu plano de ação na crise

Plano A

Quais os meus sinais de alerta pessoal?

Isolamento e sentir Ansiedade

O que me ajuda quando começo a sentir-me assim?

Ter contacto com as pessoas próximas que possam ajudar-me em situações de crise

Quais são as pessoas que posso pedir ajuda?

Minha mãe, irmã e um amigo

Quais são as coisas que devo evitar quando estou a sentir-me mal?

Isolar-me em casa e não sair

Quando sinto que preciso de pedir ajuda?

Quando sinto sinais de crise, quando começo a pensar em coisas ruins, quando começo a sentir-me mal

Frases que me ajudam a ultrapassar isto

Pensar que não tenho que fazer qualquer coisa

Plano B

O que fazer se o plano A não ajudar?

Contactos:

SNS 24
808 242 424

SOS VOZ AMIGA
Horário: Diariamente das 15:30 às 00:30
Contacto Telefónico: 213 544 545 | 912 802 669 | 963 524 660

CONVERSA AMIGA
Horário: 15:00 – 22:00

Sessão 5: Crise Emocional



1



2



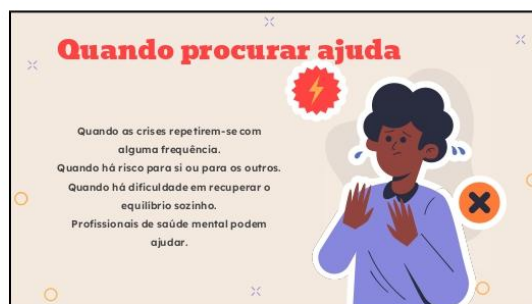
3



4



5



6



ANEXO VII: ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

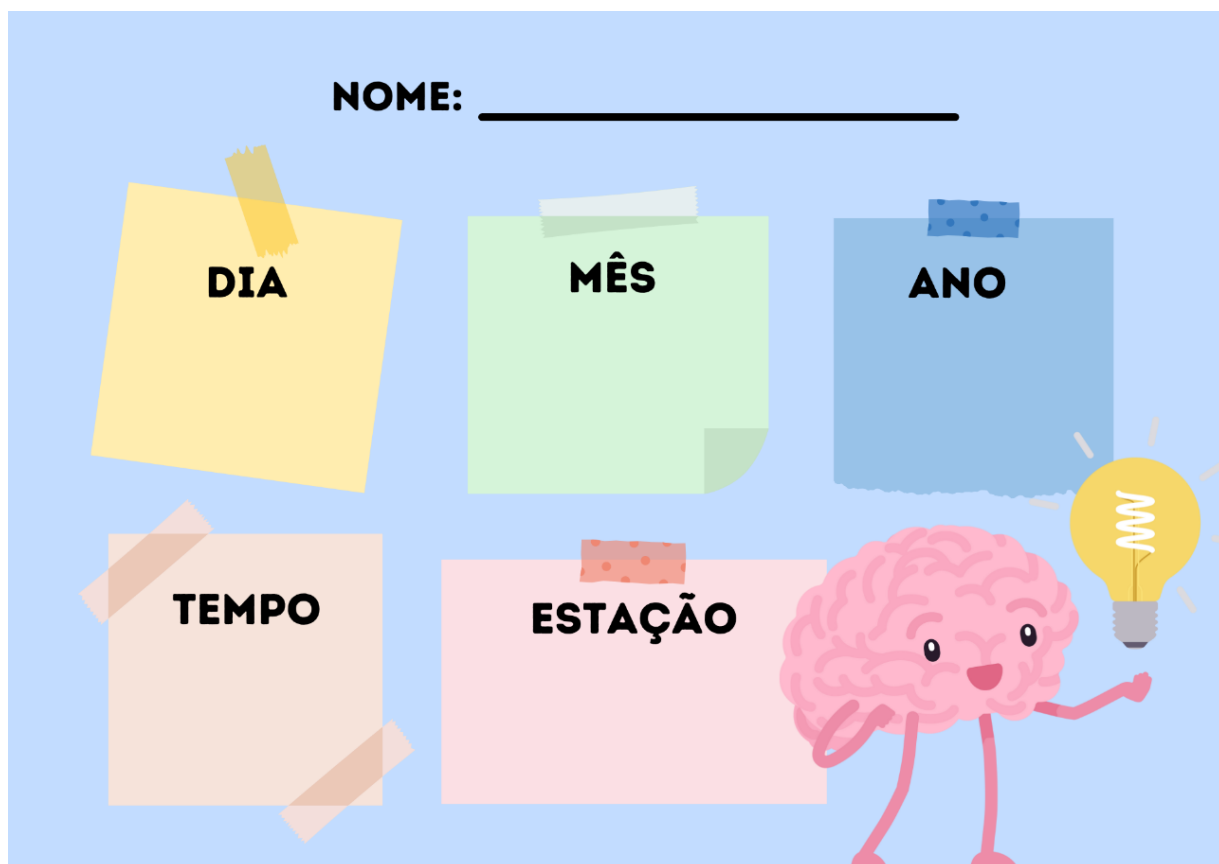


CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS

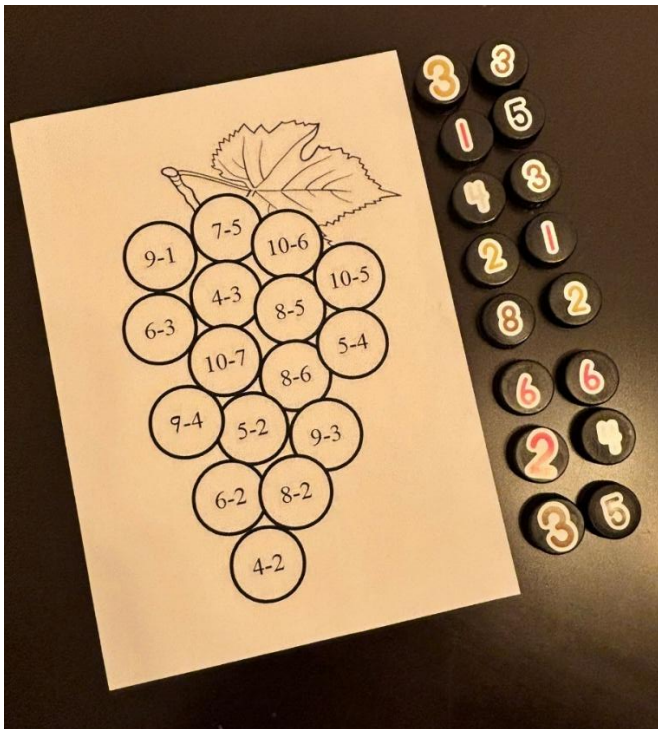


Plano de Sessão

Designação da Sessão	Estimulação cognitiva			
Data	03/10/ 2025	Hora de Início:11h00	Hora de fim: 12h00	
Local	Domicílio			
Enfermeira	Enfermeira Sara Santos (estudante de Mestrado de ESMP)			
Objetivos	Estimular particularmente a atenção, o raciocínio, o cálculo e as funções executivas.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	5 minutos	- Saudação/cumprimento. - Comunicar os objetivos da sessão.	Expositivo	Mesa. Cadeiras. Canetas.
Desenvolvimento	45 minutos	- Identificar os elementos de ordem temporal através do recurso a um quadro temporal. - Abordar os elementos espaciais. - Explorar materiais de estimulação cognitiva alusivos às temáticas como matemática através de recurso a imagens em suporte papel e jogo do domino.	Expositivo e ativo	Impresso com o cacho de uvas com cálculos e tampas de garrafas com os resultados. Cartolina com forma de peças de dominó com números e dominó para associar. Quadro temporal.
Conclusão	10 minutos	-Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas. - Despedida.	Expositivo	



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



ANEXO VIII: RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



Relaxamento

Designação da Intervenção	Técnica de relaxamento muscular
Data	1ª sessão: 09.11.2025 2ª sessão: 15.11.2025 3ª sessão: 20.11.2025 4ª sessão: 26.11.2025
Local	Serviço de Psiquiatria Forense- Hospital de Magalhães Lemos
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos
População- alvo	5 utentes do Serviço de Psiquiatria Forense
Principal diagnóstico de Enfermagem	Autocontrolo comprometido
Objetivos	Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo
Critérios de exclusão	Défice cognitivo acentuado. Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada. Agitação psicomotora. Estado confusional. Acuidade auditiva reduzida.
Recursos Materiais	Colchões. Almofadas. Computador. Músicas de relaxamento. Esfigmomanómetro e estetoscópio.
Avaliação	Avaliação da tensão arterial e frequência cardíaca antes e após a intervenção.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



Relaxamento

Designação da Intervenção	Técnica de relaxamento muscular				
Data	1ª sessão: 09.11.2025 2ª sessão: 15.11.2025 3ª sessão: 20.11.2025 4ª sessão: 26.11.2025				
Local	Serviço de Psiquiatria Forense- Hospital de Magalhães Lemos				
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração	Avaliação
Introdução	Cumprimentos iniciais. Explicação da intervenção. Apresentação dos objetivos da sessão. Despertar motivação e interesse. Avaliação da tensão arterial e frequência cardíaca.	Expositivo. Interrogativo. Participativo.	Colchões. Esfigmomanómetro e estetoscópio. Folha para registo de TA e FC. Material de escrita.	10 minutos.	Questionar sobre compreensão da intervenção. Avaliar a motivação e interesse da população-alvo: expressão facial, envolvimento, participação e volição para iniciar a sessão. Observação.
Desenvolvimento	Execução do relaxamento.	Ativo. Expositivo. Participativo.	Colchões. Almofadas. Computador. Músicas de relaxamento.	30 minutos	Observação do desempenho dos utentes.
Conclusão	Promover momento para que os utentes expressem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada. Avaliação da TA e FC. Cumprimentos finais	Ativo. Interrogativo. Participativo.	Esfigmomanómetro e estetoscópio. Folha para registo de TA e FC. Material de escrita.	10 minutos.	Observar os utentes. Questionar sobre a avaliação da sessão.

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e
Psiquiátrica



Folha de Registo das TA e FC

Nº Utente	Nome	TA (mmHg)	FC (bpm)	TA (mmHg)	FC (bpm)	Observações
		Antes	Antes	Depois	Depois	
1	_____	____/____	_____	____/____	_____	_____
2	_____	____/____	_____	____/____	_____	_____
3	_____	____/____	_____	____/____	_____	_____
4	_____	____/____	_____	____/____	_____	_____
5	_____	____/____	_____	____/____	_____	_____

Data da Intervenção: _____

Enfermeiro(a): _____

**ANEXO IX: RELAÇÃO DE AJUDA DIRECIONADA À PESSOA
COM DIAGNÓSTICO DE “AUTOCONTROLO
COMPROMETIDO: IMPULSIVIDADE”**

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sessão 0: Entrevista clínica.			
Data	05-11-2025 pelas 10h00			
Local	Serviço de Psiquiatria Forense- Hospital de Magalhães Lemos			
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos			
Objetivos	Clarificar o funcionamento das sessões. Verificar o diagnóstico de enfermagem. Estabelecer vínculo terapêutico. Proporcionar um espaço seguro e de partilha. Validar as emoções e experiências vividas. Propor um contrato terapêutico. Explicar em que consiste a relação de ajuda. Definir objetivos e avaliar as expetativas da pessoa.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	10 minutos	- Apresentar e contextualizar a sessão no âmbito académico. - Apresentar os objetivos da intervenção.	Expositivo	Entrevista Estruturada. Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) Consentimento informado Caneta Mesa Cadeiras
Desenvolvimento	30 minutos	- Realizar entrevista clínica. - Negociar contrato com a pessoa para os objetivos pretendidos na sua mudança.	Expositivo	
Conclusão	10 minutos	-Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	
Avaliação	Avaliação do Autocontrolo através da Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11)			



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sessão 1: A Impulsividade e o Autocontrolo.			
Data	07-11-2025 pelas 14h00			
Local	Serviço de Psiquiatria Forense- Hospital de Magalhães Lemos			
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos			
Objetivos	Estabelecer vínculo terapêutico. Proporcionar um espaço seguro e de partilha. Validar as emoções e experiências vividas. Ensinar sobre a impulsividade e o autocontrolo.			
Introdução	Duração 10 minutos	Conteúdos programáticos - Apresentar e contextualizar a sessão no âmbito académico. - Apresentar os objetivos da intervenção.	Metodologia Expositivo	Recursos Didáticos Cartões vermelho, amarelo e verde. Caneta Mesa Cadeiras Computador
Desenvolvimento	30 minutos	- Ensinar sobre o conceito da impulsividade e o autocontrolo. - Ensinar sobre sinais corporais e emocionais que antecedem ações impulsivas. - Analisar os meios utilizados pela utente no autocontrolo. - Orientar a utente na procura de estratégias.	Expositivo	



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



		-Promover o desenvolvimento de estratégias alternativas. - Atividade prática "O Semáforo"		
Conclusão	10 minutos	-Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sessão 2: Identificação de gatilhos			
Data	15-11-2025 pelas 10h00			
Local	Serviço de Psiquiatria Forense- Hospital de Magalhães Lemos			
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos			
Objetivos	Estabelecer vínculo terapêutico. Proporcionar um espaço seguro e de partilha. Validar as emoções e experiências vividas. Consciencializar sobre reflexão das situações e comportamentos.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	10 minutos	- Apresentar e contextualizar a sessão no âmbito académico. - Apresentar os objetivos da intervenção.	Expositivo	Tabela com Situações/ Sentimentos/ Estímulos Árvore do pensamento Caneta Mesa
Desenvolvimento	30 minutos	- Consciencializar a pessoa para a necessidade de mudança. - Sensibilizar a pessoa para a necessidade de ser proativo na sua mudança. - Atividade prática “Do gatilho ao impulso” e “Árvore do pensamento”. - Encorajar a pessoa a avaliar o seu comportamento e assimilar as respetivas consequências.	Expositivo	Cadeiras Computador
Conclusão	10 minutos	- Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sessão 3: Treino e Consolidação de estratégias.			
Data	18-11-2025 pelas 10h00			
Local	Serviço de Psiquiatria Forense- Hospital de Magalhães Lemos			
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos			
Objetivos	Estabelecer vínculo terapêutico. Proporcionar um espaço seguro e de partilha. Validar as emoções e experiências vividas. Ensinar sobre a impulsividade e o autocontrolo.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	10 minutos	- Apresentar e contextualizar a sessão no âmbito académico. - Apresentar os objetivos da intervenção.	Expositivo	Caneta Mesa Cadeiras Computador
Desenvolvimento	30 minutos	- Orientar na procura de estratégias de resolução do problema. - Discutir vantagens e desvantagens das estratégias delineadas. - Promover o desenvolvimento de estratégias alternativas. - Atividade prática “Análise das minhas estratégias”.	Expositivo	
Conclusão	10 minutos	- Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



Plano de Sessão

Designação da Sessão	Sessão 4: Avaliação e Encerramento.			
Data	25-11-2025 pelas 10h00			
Local	Serviço de Psiquiatria Forense- Hospital de Magalhães Lemos			
Enfermeira	Aluna de Mestrado ESMP Sara Santos			
Objetivos	Avaliar o percurso e os resultados obtidos. Reforçar os progressos alcançados e autonomia da pessoa. Identificar as conquistas, dificuldades e aprendizagens. Reforçar as estratégias de autocontrolo.			
	Duração	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos
Introdução	10 minutos	- Apresentar e contextualizar a sessão no âmbito académico. - Apresentar os objetivos da intervenção.	Expositivo	Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) Caneta Mesa Cadeiras
Desenvolvimento	30 minutos	- Avaliar os ganhos em saúde e evolução emocional. - Discussão sobre os resultados percebidos pela pessoa. - Explorar sentimentos e reflexões relativos ao fim da intervenção. - Reforçar estratégias de continuidade do autocontrolo	Expositivo	
Conclusão	10 minutos	-Considerações finais. - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo	
Avaliação	Avaliação do Autocontrolo através da Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11)			



Entrevista Semiestruturada

A entrevista clínica tem como objetivo recolher informações essenciais e favorecer a criação de vínculo terapêutico.

Antes do início da entrevista clínica, será preenchido o consentimento informado e também assegurada a confidencialidade de toda a informação recolhida. O compromisso ético com a privacidade será respeitado, em conformidade com os princípios deontológicos da prática de enfermagem e com as normas legais em vigor sobre proteção de dados pessoais

1. Dados de identificação

Nome do Utente: P.J.P.S

Idade: 39 anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Profissão / Ocupação anterior: Construção Civil

Tempo de institucionalização: 8 meses

2. Acolhimento e enquadramento

Observações sobre o início da sessão: ☒ Colaborante ☐ Reservado ☐ Desconfiado ☒ Ansioso

☐ Outro: _____

Observações:

3. História pessoal e familiar

Estrutura familiar atual: Mãe, Pai (falecido) e irmã.

Relação com pais / cuidadores: Boa relação com a mãe e com a irmã.

Acontecimentos marcantes na infância ou adolescência: Falecimento do pai.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



4. História escolar e profissional

Escolaridade: 6º ano

Interesse ou dificuldades na escola: Disciplinas de matemática, português e inglês.

Experiências profissionais anteriores: Trabalho na construção civil. Já foi emigrante em França, Alemanha, Bélgica, Suíça, Holanda, São Bartolomeu, Espanha (cerca de cada 3 meses em cada país/território).

Relações interpessoais no trabalho: Boa relação com a equipa de trabalho.

5. História relacional e afetiva

Relações afetivas significativas (amizades, relacionamentos): Relacionamento- última realção amorosa durante 10 anos; Mantém amizades de longa data.

Rede de apoio atual (familiares, amigos, técnicos): Mãe, irmã e amigos.

Perceção de confiança e vínculo interpessoal: Tem confiança na família e amigos que lhe são mais próximos.

6. História psiquiátrica e médica

Diagnóstico(s) conhecido(s):

#Toxifilia (Início de consumos aos 17 anos. Última toma há cerca de 2 meses; Consumos de cocaína inalada e fumada. Consumo de THC);

Esquizofrenia tóxica (como descrito pelo doente)

Primeira consulta de psiquiatria por depressão aos 26 anos.

Refere ter episódios de psicose despoletada por consumos.

Internamentos após episódios de piromania.

Internamento por sugestão de violência contra terceiros.

Nega qualquer alucinação auditiva.

Descreve essencialmente episódios de psicose despoletada por consumos com atos de piromania e violência.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



Nega episódios de ciclotimia. Refere nunca ficar distímico.

Nega episódios de euforia que não estejam ligados a consumos.

Fratura da mandíbula em 2022.

Episódio de agressão com fratura na linha do canino inferior direito e do ramo da mandíbula esquerda.

#Fratura da tibia esquerda pós acidente de aviação aos 12 anos.

Amigo que ia com ele terá falecido no acidente.

Medicação atual e adesão: Lorazepam 2,5 mg (21h); Ácido valproico (Valproato de sódio) 1000 mg (19h) /500 mg (9h); Olanzapina 7,5 mg (22h); Quetiapina 50 mg SOS; Lorazepam 1 mg SOS; Cetirizina 10 mg SOS; Paliperidona 525 mg IM (3/3 meses).

7. Situação atual no internamento

Rotina diária: Organizado, colaborante e participativo.

Relação com outros utentes e profissionais: Apresenta comportamento pró-social adaptativo no contexto institucional. Mantém distância relacional funcional com os pares, evitando proximidade excessiva sem demonstrar isolamento social. Não participa em dinâmicas conflituosas, adotando uma postura de neutralidade ativa perante situações de tensão ou provocação protagonizadas por terceiros.

Atividades significativas (trabalho, lazer, grupos terapêuticos): Teatro; Upcycling (bordados); Curso de inglês

Estratégias de coping / recursos pessoais: Estratégias de *coping* ineficazes.

8. Expectativas e motivação

Metas ou desejos para o futuro: Sair do internamento após as medidas de segurança cumpridas; Arranjar emprego; Viajar para Nova Iorque.

9. Observações Clínicas (Comportamento e Expressão)

Domínio	Observações
---------	-------------

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



Aparência /Higiene	Apresentação cuidada, sem alterações evidentes ao nível da higiene pessoal ou do vestuário.
Atitude na entrevista	Colaborante, acessível e sem comportamentos de oposição ou evitamento. Manteve postura respeitosa ao longo da entrevista. Revela alguma ansiedade contida, manifestada em vigilância relacional e discurso cauteloso.
Humor	Humor eufímico, sem labilidade emocional significativa. Presença de ansiedade de base, aparentemente reativa ao contexto institucional e à exposição a pares com comportamentos perturbadores.
Discurso e pensamento	Discurso espontâneo, de ritmo e volume adequados. Pensamento organizado, sem fragmentação, tangencialidade ou ideação delirante aparente. Conteúdo centrado na gestão do quotidiano institucional e no evitamento de conflitos.
Insight	Insight parcialmente preservado. Demonstra consciência da sua situação e do ambiente que o rodeia, com capacidade de antecipar consequências sociais das suas ações.
Cooperação/Resistência	Cooperante ao longo de toda a entrevista. Não foram identificadas resistências ativas, minimização defensiva excessiva ou comportamentos manipulatórios. A colaboração parece genuína, embora enquadrada numa postura de autopreservação e gestão do risco relacional.



Consentimento informado

Esta intervenção será realizada pela estudante Sara Patrícia Gomes Santos do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, onde será recorrido à metodologia de intervenção de natureza psicoterapêutica de Relação de Ajuda. Esta intervenção tem como objetivos proporcionar um ambiente terapêutico seguro, baseado na escuta ativa, na empatia e na confiança, de forma a acompanhar a pessoa na expressão da sua necessidade de ajuda, a clarificar as dificuldades emocionais e a promoção do bem-estar e da saúde mental.

As sessões decorrerão num ambiente clínico adequado, com respeito pela privacidade e confidencialidade, e terão uma duração aproximada de 50 minutos, mas poderão ser ajustadas de acordo com as necessidades identificadas no decurso do processo terapêutico. Todos os dados partilhados serão mantidos com confidencialidade e não serão revelados a terceiros, conforme previsto na lei e nos princípios éticos da profissão.

Esta intervenção tem como finalidade a melhoria da autocompreensão, a redução do desconforto emocional e o desenvolvimento de estratégias de coping para capacitar na resolução de problemas de forma autónoma.

A sua participação será voluntária, de forma que poderá colocar questões e solicitar esclarecimentos sempre que o entenda, e tem o direito de interromper ou revogar este consentimento a qualquer momento, sem que tal implique prejuízo no acesso a outros cuidados de saúde.

Assim, após a leitura e compreensão da informação prestada, e tendo obtido resposta às dúvidas apresentadas, manifesto o meu consentimento livre e informado para a participação da intervenção psicoterapêutica de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, no âmbito da metodologia da Relação de Ajuda.

Data: Porto, ____ de _____ de 2025

Assinatura da pessoa: _____

Assinatura a Enfermeira: _____

Estudante de Mestrado ESMP: Sara Patrícia Gomes Santos (2024132203@ipiaget.pt).



Escala da Impulsividade de Barratt

05/11/2025

Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Responda de forma rápida e honestamente.

Afirmações	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre / Sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.	☐	☐	☒	☐
2. Eu faço coisas sem pensar.	☐	☒	☐	☐
3. Eu tomo decisões rapidamente.	☐	☐	☒	☐
4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").	☒	☐	☐	☐
5. Eu não presto atenção.	☒	☐	☐	☐
6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.	☐	☒	☐	☐
7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.	☐	☒	☐	☐
8. Eu tenho autocontrole.	☐	☒	☐	☐
9. Eu me concentro facilmente.	☐	☐	☒	☐
10. Eu economizo (poupo) regularmente.	☐	☒	☐	☐
11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	☒	☐	☐	☐
12. Eu penso nas coisas com cuidado.	☒	☐	☐	☐
13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).	☐	☐	☐	☒
14. Eu falo coisas sem pensar.	☒	☐	☐	☐
15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.	☐	☐	☐	☒
16. Eu troco de emprego.	☐	☒	☐	☐
17. Eu ajo por impulso.	☐	☒	☐	☐
18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.	☐	☐	☐	☒
19. Eu ajo no "calor" do momento.	☒	☐	☐	☐
20. Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio da meada").	☐	☐	☐	☒
21. Eu troco de casa (residência).	☒	☐	☐	☐
22. Eu compro coisas por impulso.	☒	☐	☐	☐
23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.	☐	☐	☒	☐
24. Eu troco de interesses e passatempos ("hobby").	☒	☐	☐	☐
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.	☒	☐	☐	☐
26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.	☐	☒	☐	☐
27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.	☐	☒	☐	☐
28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.	☐	☐	☒	☐
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.	☐	☐	☐	☒
30. Eu me preparo para o futuro.	☐	☒	☐	☐



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



Escala da Impulsividade de Barratt

25/11/2025

Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Responda de forma rápida e honestamente.

Afirmações	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre / Sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.	☐	☐	☒	☐
2. Eu faço coisas sem pensar.	☐	☒	☐	☐
3. Eu tomo decisões rapidamente.	☐	☒	☐	☐
4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").	☒	☐	☐	☐
5. Eu não presto atenção.	☒	☐	☐	☐
6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.	☒	☐	☐	☐
7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.	☐	☐	☒	☐
8. Eu tenho autocontrole.	☐	☐	☒	☐
9. Eu me concentro facilmente.	☐	☐	☒	☐
10. Eu economizo (poupo) regularmente.	☐	☐	☒	☐
11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	☐	☒	☐	☐
12. Eu penso nas coisas com cuidado.	☐	☐	☒	☐
13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).	☐	☐	☐	☒
14. Eu falo coisas sem pensar.	☐	☒	☐	☐
15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.	☐	☒	☐	☐
16. Eu troco de emprego.	☐	☒	☐	☐
17. Eu ajo por impulso.	☒	☐	☐	☐
18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.	☒	☐	☐	☐
19. Eu ajo no "calor" do momento.	☐	☒	☐	☐
20. Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio da meada").	☐	☐	☐	☒
21. Eu troco de casa (residência).	☒	☐	☐	☐
22. Eu compro coisas por impulso.	☒	☐	☐	☐
23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.	☐	☐	☒	☐
24. Eu troco de interesses e passatempos ("hobby").	☒	☐	☐	☐
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.	☒	☐	☐	☐
26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.	☐	☐	☒	☐
27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.	☐	☐	☐	☒
28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.	☐	☒	☐	☐
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.	☐	☒	☐	☐
30. Eu me preparo para o futuro.	☐	☐	☐	☒

Sessão 1: A Impulsividade e o Autocontrolo.



Atividade “O Semáforo”

Objetivo: Ensinar sobre os sinais que antecedem ações impulsivas e praticar o autocontrolo através da estratégia “Parar – Pensar – Agir”.

Introdução

Às vezes, agimos rapidamente sem pensar, impulsionados por emoções fortes. O semáforo da impulsividade ajuda-nos a parar antes de agir e a escolher o que queremos realmente fazer.

Cada cor representa um passo importante:

Cor	Ação	Significado
 Vermelho	Parar	Quando sentir emoção forte (raiva, frustração, medo, impulsividade), não fazer nada por um momento.
 Amarelo	Pensar	Observar o que sente no corpo e na mente. Que sinais reconhece? Que opções tem?
 Verde	Agir	Escolher a ação que irá trazer a melhor consequência.

Parte 1 – Reconhecer os Sinais

Como o meu corpo e as minhas emoções me avisam de que estou prestes a agir por impulso?

Tipo de Sinal	Exemplos	Meus sinais pessoais
Corporal	Tensão muscular, respiração rápida, mãos suadas, batimentos cardíacos acelerados	
Emocional	Raiva, irritação, ansiedade, medo.	

Pensamentos	“Não aguento mais”, “vou mostrar quem manda”, “preciso fazer já”	
--------------------	--	--

Parte 2 – Aplicar o Semáforo

Pensar numa situação real em que agiu por impulso. Descrever com o uso do semáforo:

Etapa	Pergunta	Resposta do utente
 Parar	O que aconteceu? O que senti?	
 Pensar	Que sinais percebi no corpo e na mente? Que opções eu tinha?	
 Agir	O que fiz? O que poderia ter feito diferente?	

Parte 3 – Plano Pessoal de Autocontrolo

O que posso fazer da próxima vez que sentir um impulso forte?

Exemplos:

- Respirar fundo 3 vezes
- Sair do local por 5 minutos
- Contar até 10
- Pedir tempo para pensar
- Falar com alguém de confiança

As minhas estratégias pessoais:

1. _____
2. _____
3. _____

Reflexão final

O que aprendi sobre mim ao fazer este exercício?

Sessão 2: Identificação de gatilhos



Atividade Prática “Do Gatilho ao Impulso”

Introdução

A impulsividade é uma característica frequentemente presente em diversas patologias clínicas, incluindo perturbações do comportamento, transtornos de personalidade e contextos de internamento psiquiátrico, nomeadamente em psiquiatria forense. A intervenção psicoterapêutica focada no reconhecimento do ciclo estímulo–resposta constitui uma estratégia eficaz para promover o autocontrolo, reduzir comportamentos de risco e favorecer tomadas de decisão mais adaptativas.

A atividade “Do gatilho ao impulso” enfatiza o papel dos pensamentos, emoções e impulsos que influenciam o comportamento, promovam a consciência, a emocional e a tomada de decisão consciente.

Objetivos da Atividade

Objetivo geral:

- Promover o desenvolvimento da capacidade de autocontrolo através da identificação dos elementos que antecedem comportamentos impulsivos.

Objetivos específicos:

- Reconhecer gatilhos internos e externos associados a impulsividade.
- Identificar pensamentos automáticos que surgem perante determinadas situações.
- Diferenciar emoções, impulsos e comportamentos.
- Compreender as consequências dos comportamentos impulsivos.



- Desenvolver alternativas de ação mais ajustadas e seguras.

Metodologia da Atividade

A atividade foi aplicada em contexto psicoterapêutico individual. A enfermeira solicita a pessoa que descreva uma situação recente ou frequente na qual tem sentido dificuldade em controlar impulsos.

O exercício será orientado passo a passo, com perguntas-guia que facilitam o reconhecimento dos elementos. A enfermeira mantém uma postura de relação de ajuda, garantindo clima de segurança e ausência de julgamento.

A ficha será preenchida em conjunto para posteriormente ser utilizada como ferramenta de prevenção de recaída e autorreflexão.

Material

- Ficha “Do gatilho ao impulso” (Anexo I)
- Caneta e papel
- Sala de atendimento individual

Conclusão

A atividade “Do gatilho ao impulso” constitui uma ferramenta estruturada, simples e eficaz para análise de episódios de impulsividade. O utente adquiriu uma maior consciência dos processos internos que antecedem comportamentos problemáticos através do desenvolvimento de competências de autocontrolo que contribuem para a redução do risco e para um comportamento mais adaptado em contextos institucionais e comunitários.

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTO ANTÓNIO



Ficha “Do gatilho ao impulso”

Situação: _____

Etapa	Perguntas	Resposta do Utente
Gatilho	O que aconteceu imediatamente antes? Quem estava presente? Que sensação interna sentiu?	
Pensamento automático	O que passou pela tua cabeça nesse momento? O que interpretou?	
Emoção	Que emoção sentiu? Qual a intensidade? Sinais no corpo?	
Impulso	O que teve vontade de fazer rapidamente?	
Comportamento	O que fez ou quase fez?	
Consequências	O que aconteceu depois? Melhorou ou piorou? Como se sentiu?	
Alternativa de ação	O que poderia fazer de forma mais segura e controlada?	



Pensamentos
 Emoções
 Comportamentos

Sessão 3: Treino e Consolidação de estratégias.

Análise das minhas estratégias

Para analisar as estratégias que utiliza para lidar com a impulsividade e ter autocontrolo, vamos utilizar esta tabela para refletir sobre vantagens, desvantagens e alternativas.

Problema	Impacto/ Significado do problema	Estratégia de Resolução	Vantagem da Estratégia	Desvantagem da Estratégia	Se teve ou não sucesso	Se não teve, porque?

ENFERMEIRA SARA SANTOS (ESTUDANTE DE MESTRADO DE ESM/PS)

ANEXO X: CRONOGRAMA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica



Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia
Decreto-Lei n.º 61/2021, de 21 de julho

Cronograma da investigação

TAREFAS	MÊS									
	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Planeamento e elaboração do projeto de investigação										
Submissão e aprovação na comissão de ética										
Recolha de dados através de uma entrevista semiestruturada										
Tratamento e análise de dados										
Redação do relatório final										
Entrega do relatório final										

ANEXO XI: GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Guião de Entrevista Semiestruturada

Dados Sociodemográficos

Idade: _____ anos

Tempo de exercício profissional em Enfermagem: _____

Tempo no serviço de internamento psiquiátrico: _____

Formação em saúde mental? (sim/não; especifique se aplicável) _____

Questões Principais

O que significa, para si, “relação de ajuda”? E considera que esta tem alguma especificidade quando envolve uma pessoa em tratamento involuntário?

Você tem experiência a cuidar de pessoas em tratamento involuntário? Se sim, pode partilhar uma experiência ou falar sobre como isso acontece normalmente?

Qual o seu papel principal na relação de ajuda com a pessoa em tratamento involuntário?

Quais são os principais desafios que enfrenta para manter esta relação de ajuda com a pessoa em tratamento involuntário? Consegue partilhar um exemplo específico de uma dificuldade que tenha sentido?

Você considera que o enfermeiro necessita de atitudes/estratégias diferenciadas na relação de ajuda com a pessoa em tratamento involuntário?

Que estratégias utiliza para desenvolver a relação de ajuda com a pessoa em tratamento involuntário? E que dificuldades sente nesse processo?



Como lida com a hostilidade e resistência, se existir da pessoa em tratamento involuntário?

Na sua opinião, o tratamento involuntário entra em conflito com o princípio da autonomia? De
que forma analisa/aborda/ lida esta questão na relação de ajuda?

O que acha essencial para fortalecimento de uma relação de ajuda?

Alguma sugestão que considera importante para que os enfermeiros possam efetivar a relação
de ajuda?

ANEXO XII: APROVAÇÃO FORMAL DA COMISSÃO DE ÉTICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
A Relação de Ajuda no Tratamento Involuntário: Percepções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

	Diploma COMUNICAÇÃO INTERNA	N.º DFIID/031/2025
Assunto Autorização para realização de projeto de investigação n.º 64/2025: “Desafios na Relação de Ajuda à Pessoa em Tratamento Involuntário em Enfermagem Psiquiátrica”	Data 17/11/2025	

Exmo. Sra. Enf.ª Sara Santos,

Acusamos a receção do pedido de V. Exa. relativo à realização do projeto de investigação supramencionado, proposto para desenvolvimento no âmbito da Unidade Local de Saúde

Após análise do protocolo submetido, informa-se que a Comissão de Ética para a Saúde emitiu parecer favorável, não identificando impedimentos éticos à concretização do estudo, desde que observadas as condições expressas.

Complementarmente, informamos que, na reunião do Conselho de Administração realizada em 06 de Novembro de 2025, foi deliberada a autorização formal para a realização do referido projeto de investigação, nos termos propostos e em conformidade com o parecer da Comissão de Ética. A deliberação do Conselho encontra-se anexa ao presente ofício.

Solicita-se que, após a conclusão do estudo, seja remetido um relatório final ao Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento (DFIID). Informa-se, ainda, que os principais resultados do projeto deverão ser igualmente apresentados ao Conselho de Administração, contribuindo para a disseminação de conhecimento científico e eventual integração de boas práticas na instituição.

Assinado por: **TERESA MARIA DA COSTA CARDOSO**
Num. de Identificação: 09019903
Data: 2025.11.18 23:18:50+00'00"

Prof. Doutora Teresa Costa Cardoso

Diretora | Dep. Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento

**ANEXO XIII: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E
ESCLARECIDO DA INVESTIGAÇÃO**

	IMPRESSO	Código: SEFI.CI.010.00 Data Elaboração: 23/08/2023 Revisão: 00
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROJETO DE INVESTIGAÇÃO SEFI - Centro de Investigação		

Desafios na relação de ajuda à pessoa em tratamento involuntário em enfermagem psiquiátrica

Eu, _____ (NOME):

Fui informado de que o Projeto de Investigação acima mencionado se destina a explorar os principais desafios na relação de ajuda entre enfermeiro e a pessoa em tratamento involuntário em enfermagem psiquiátrica, identificar as percepções dos enfermeiros sobre estes desafios, analisar as estratégias utilizadas para promover a relação de ajuda neste contexto, refletir sobre as implicações éticas e legais que emergem desta prática e contribuir para o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas na pessoa, mesmo em tratamento involuntário.

Sei que nesta investigação está prevista a realização de uma entrevista semestralizada com os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, com gravação em áudio mediante a minha autorização, para recolha das minhas experiências e percepções sobre a relação de ajuda à pessoa em tratamento involuntário, tendo-me sido explicado em que consistem.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes nesta investigação são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação na investigação, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade na investigação acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante na investigação _____

Data

____/____/____

Assinatura

Nome do Investigador Responsável _____

Data

____/____/____

Assinatura
