



Escola Superior de Saúde Norte  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Ana Cristina Ferreira Rodrigues

**O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA NAS PROBLEMÁTICAS  
ADITIVAS COM E SEM SUBSTÂNCIAS**

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

**Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

O Papel do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica nas  
Problemáticas Aditivas com e sem Substâncias

**Orientador(es)**

Tiago Filipe Oliveira Costa

**Autor**

Ana Cristina Ferreira Rodrigues

**Oliveira de Azeméis, 2025**



## FRASE OU PENSAMENTO

*"(...) Don't call it a party 'cause it never stops,  
Now one is too many but it's never enough (...)"*

- Bring Me The Horizon: "Oh No"



## **AGRADECIMENTO**

A conclusão do percurso de estágio e a consequente elaboração do presente relatório marcaram uma etapa significativa do meu percurso académico e pessoal. Este processo não teria sido possível sem o contributo e o apoio de várias pessoas e entidades, às quais gostaria de expressar o meu mais profundo reconhecimento.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu professor orientador Tiago Costa, pela sua orientação pedagógica, pela disponibilidade constante para esclarecer dúvidas e pelas sugestões valiosas que me acompanharam ao longo deste trabalho. A sua presença foi essencial para que este percurso fosse realizado com rigor e reflexão crítica.

Agradeço igualmente às instituições que me acolheram ao longo do estágio, pela oportunidade de integrar contextos profissionais tão enriquecedores. Foi através do contacto direto com a prática clínica que pude consolidar e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo da formação, desenvolvendo competências fundamentais para a minha prática profissional.

Dirijo um agradecimento muito especial à Raquel e à Patrícia, que me acompanharam de forma próxima e dedicada ao longo deste percurso. A vossa orientação, disponibilidade e partilha de experiências foram fundamentais para o meu desenvolvimento Enfermeira Especialista. A vossa confiança, exigência e incentivo foram determinantes para que este estágio fosse uma verdadeira oportunidade de aprendizagem.

Quero também deixar uma palavra de apreço às minhas colegas, com quem partilhei momentos de entreajuda, troca de ideias e apoio mútuo, que muito contribuíram para tornar esta experiência mais leve, humana e significativa.

Por fim, agradeço profundamente à minha família e amigos, pelo apoio incondicional, pela paciência e pelo encorajamento constantes ao longo desta etapa. Sem a vossa presença e motivação, este percurso teria sido incomparavelmente mais difícil.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste percurso, o meu mais sincero e sentido obrigado.



## RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica desempenha um papel crucial na prevenção, tratamento e reabilitação de indivíduos com comportamentos aditivos. Para isso, o Enfermeiro Especialista tem à sua disposição várias intervenções da área de especialidade que pode implementar. Este relatório tem como propósito relatar o percurso de estágio realizado, com foco no desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista. Através de uma análise crítico-reflexiva e da apresentação de estudos de caso, torna-se evidente a obtenção de ganhos em saúde através da prestação de cuidados especializados.

Uma avaliação estruturada e detalhada das necessidades e a implementação de intervenções baseadas na evidência permitem ao Enfermeiro Especialista ajudar os indivíduos a melhorar a sua qualidade de vida. A atuação do Enfermeiro Especialista no âmbito dos comportamentos aditivos inclui intervenções como a entrevista motivacional e a psicoeducação. A entrevista motivacional visa aumentar a motivação intrínseca para a mudança do comportamento e ajudar o utente a explorar e a resolver ambivalências em relação ao seu comportamento. A psicoeducação é outra intervenção específica do âmbito da especialidade que desempenha um papel fundamental na capacitação do indivíduo e da sua rede de apoio, aumentando a literacia em saúde mental. Estas abordagens são apresentadas nos estudos de caso. Torna-se evidente que, aliadas à construção de uma relação terapêutica sólida, contribuem para uma mudança positiva de comportamentos, uma redução do risco de recaída e a adoção de comportamentos saudáveis.

Este percurso formativo foi uma oportunidade única para consolidar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e aprofundar a compreensão do seu papel na área dos comportamentos aditivos. A experiência adquirida reforça a importância da prática baseada na evidência, a humanização dos cuidados e da adaptação das intervenções às especificidades dos utentes. Para além disso, torna-se fundamental a formação contínua dos profissionais, a investigação para o desenvolvimento da Enfermagem e a integração de Enfermeiros Especialistas nas equipas de prestação de cuidados.

**Palavras-chave:** enfermeiro especialista, saúde mental, competência profissional, comportamento aditivo, estudo de caso.



## ABSTRACT

The mental health and psychiatric specialist nurse plays a crucial role in the prevention, treatment and rehabilitation of individuals with addictive behaviors. The specialist nurse has several interventions in his speciality area that he can implement. This report aims to demonstrate the importance of these professionals' work. Through a critical-reflective analysis and the presentation of case studies, it becomes evident that health gains can be achieved by providing specialized care.

A structured and detailed assessment of needs and the implementation of evidence-based interventions enable the specialist nurse to help individuals improve their quality of life. The role of the specialist nurse in the field of addictive behaviors includes interventions such as motivational interviewing and psychoeducation. Motivational interviewing aims to increase internal motivation for behavior change and help users explore and resolve ambivalence regarding their behavior. Psychoeducation is another specific intervention within the scope of the speciality that plays a fundamental role in empowering the individual and their support network, increasing mental health literacy. These approaches are presented in the case studies portrayed in this report. It becomes clear that combined with the building of a solid therapeutic relationship, they contribute to a positive change in behavior, a reduction in the risk of relapse and the adoption of healthy behaviors.

This training course was a unique opportunity to consolidate the skills of the nurse specializing in mental health and psychiatric nursing and to deepen the understanding of their role in the area of addictive behaviors. The experience gained reinforces the importance of evidence-based practice, the humanization of care and the adaptation of interventions to the specific needs of users. Furthermore, ongoing professional training, research for the development of nursing, and integration of specialist nurses into care delivery teams are essential.

**Keywords:** nurse specialist, mental health, professional competence, addictive behavior, case report.



## CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

**ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde

**APA** - *American Psychological Association*

**AUED** - Agência da União Europeia sobre Drogas

**CA** - Comportamento Aditivo

**CACS** - Comportamento Aditivo com Substâncias

**CASS** - Comportamento Aditivo sem Substâncias

**CID** - Classificação Internacional de Doenças

**CPCJ** - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**CRI** - Centro de Respostas Integradas

**CSP** - Cuidados de Saúde Primários

**DGS** - Direção Geral da Saúde

**DSM** - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**EE** - Enfermeira Especialista

**EEESMP** - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**EM** - Entrevista Motivacional

**ESMP** - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**ESSNorteCVP** - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

**Ex.** - Exemplo

**GAM** - Grupos de Ajuda Mútua

**ICAD** - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

**ICN** - Conselho Internacional de Enfermeiros

**MAC** - Modelo de Aquisição de Competências

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PBE** – Prática Baseada na Evidência

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

**PNSE** – Plano Nacional de Saúde Escolar

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**RES** – Referencial de Educação para a Saúde

**SciELO** – *Scientific Electronic Library Online*

**SOGS** – *South Oaks Gambling Screen*

**TCC** – Terapia Cognitivo-Comportamental

**TMC** – Técnica de Modificação do Comportamento

**TP** – Tuberculose Pulmonar

**TRI** – Teoria das Relações Interpessoais

**UC** – Unidade Curricular

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UE** – União Europeia

**UPI** – Uso Problemático da *Internet*

**VHC** – Vírus da Hepatite C

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana

## ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO .....	3
AGRADECIMENTO .....	5
RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....	11
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	25
3. COMPORTAMENTO ADITIVO SEM SUBSTÂNCIAS: UM ESTUDO DE CASO CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS .....	29
3.1. Enquadramento teórico .....	29
3.2. Clientes .....	31
3.3. Medicação .....	32
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	32
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	34
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	34
3.5. Domínios .....	34
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	34
3.6. Conceção de Cuidados .....	35
3.7. Especificação das intervenções .....	37
3.8. Síntese relativa ao caso .....	38
4. COMPORTAMENTO ADITIVO SEM SUBSTÂNCIAS: UM ESTUDO DE CASO CONTEXTO DE COMUNIDADE .....	41
4.1. Enquadramento teórico .....	41
4.2. Clientes .....	43
4.3. Domínios .....	43
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	43
4.4. Conceção de Cuidados .....	44
4.5. Especificação das intervenções .....	45
4.6. Síntese relativa ao caso .....	45
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	47
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	63
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
ANEXOS .....	85



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A Enfermagem é uma profissão dedicada à prestação de cuidados ao ser humano em qualquer estado de saúde, abrangendo todas as etapas do ciclo de vida (OE, 2015a). Os enfermeiros procuram promover, manter e recuperar a saúde, ajudando cada indivíduo a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rapidamente possível (OE, 2015a). Os cuidados de Enfermagem são cada vez mais exigentes a nível técnico e científico, requerendo uma maior especialização e diferenciação técnica e científica (Regulamento n.º 140/2019). Na área de especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, a Enfermagem foca-se na promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e intervenção em respostas humanas inadequadas aos processos de transição que podem causar sofrimento, alterações ou doenças mentais (Regulamento n.º 515/2018, p. 21427). É vista como um processo terapêutico baseado na comunicação e na colaboração, e onde a relação enfermeiro-utente é um fator essencial no processo de cuidados (Townsend & Morgan, 2018a; Peplau, 1991).

A relação terapêutica em Enfermagem é um elemento central na prestação de cuidados e o pilar da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) (Harris & Panozzo, 2019). Baseia-se na interação colaborativa entre o enfermeiro e o utente, através da confiança, do respeito mútuo, e da aplicação do conhecimento e habilidades do enfermeiro (Gaio et al., 2023; Crits-Christoph et al., 2019; Adams, 2017). A relação terapêutica promove um vínculo essencial para o sucesso das intervenções da área de especialidade e para a obtenção de ganhos em saúde (Coelho et al., 2021; Wilmots et al., 2019; Moreno-Poyato et al., 2017).

A teoria das relações interpessoais (TRI) de Hildegard E. Peplau vê a Enfermagem como processo interpessoal dinâmico e destaca a importância da relação enfermeiro-utente na prestação de cuidados para satisfazer as necessidades do utente (Peplau, 1991; Howk, 2004). Esta relação desenvolve-se ao longo de quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução (Peplau, 1991; Howk, 2004). Na fase de orientação, o utente reconhece uma necessidade e procura ajuda, e o enfermeiro auxilia-o no reconhecimento e compreensão do seu problema (Peplau, 1991; Howk, 2004). Na fase de identificação, o utente identifica-se com aquele que o pode ajudar (início da relação) e o enfermeiro permite a exploração de sentimentos (Peplau, 1991; Howk, 2004). Durante a exploração, existe uma colaboração para resolver a necessidade identificada e o enfermeiro pode sugerir novos objetivos a atingir (Peplau, 1991; Howk, 2004). Na fase de resolução, o utente é autónomo e estabelece novos objetivos, inicia-se o término da relação e o enfermeiro avalia os resultados da intervenção (Peplau, 1991; Howk, 2004). Em paralelo, o enfermeiro pode ter diferentes papéis: estranho, pessoa de recurso, professor, líder, substituto e conselheiro (Peplau, 1991; Howk, 2004).

Enquanto estranho, no primeiro contacto, o enfermeiro deve acolher o utente com cortesia e sem julgamentos (Peplau, 1991; Howk, 2004). No papel de pessoa de recurso, o enfermeiro fornece informações sobre o plano de cuidados e esclarece as dúvidas que o utente possa ter (Peplau, 1991; Howk, 2004). Enquanto professor, o enfermeiro educa o utente sobre a sua condição e possíveis intervenções a realizar (Peplau, 1991; Howk, 2004). O enfermeiro pode ainda adotar um papel de líder quando guia o utente na tomada de decisões e reforça o seu papel ativo no processo de cuidados (Peplau, 1991; Howk, 2004). Em algumas situações, o enfermeiro pode ter um papel de substituto quando há necessidade de representar figuras significativas na vida do utente (Peplau, 1991; Howk, 2004). Por fim, enquanto conselheiro, o enfermeiro ajuda o utente a lidar com as suas emoções e a desenvolver estratégias de *coping* (Peplau, 1991; Howk, 2004).

No desenvolvimento de uma relação terapêutica, a comunicação é fulcral (Xue & Heffernan, 2021). A comunicação terapêutica é uma abordagem importante para melhorar os resultados em saúde e aumentar a satisfação dos utentes (Mersha et al., 2023; Xue & Heffernan, 2021). É centrada no utente e implica a utilização de técnicas distintas para melhorar a compreensão da mensagem (Pavlova et al., 2024; Mersha et al., 2023; Amoah et al., 2019). Uma comunicação ineficaz pode comprometer o desenvolvimento de relações terapêuticas sólidas (Harris & Panozzo, 2019; Pavlova, 2024). A relação terapêutica é o alicerce das intervenções psicoterapêuticas, contribuindo para a sua eficácia (Urbanoski et al., 2013). No âmbito dos comportamentos aditivos, a relação terapêutica favorece a mudança de comportamento (Fullard, 2018).

O conceito de comportamentos aditivos (CA) era inicialmente limitado ao consumo de substâncias (psicoativas lícitas e/ou ilícitas) (Kim & Hodgins, 2021). Contudo, com a publicação das edições mais recentes do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da *American Psychological Association* (APA) e da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS), este conceito foi alargado e passou a incluir comportamentos aditivos sem substâncias (CASS) (por exemplo, jogo a dinheiro e videojogos) (APA, 2022; OMS, 2024a). Outros comportamentos como a dependência de ecrãs e da internet ainda não foram incluídos no DSM ou na CID, mas há critérios que os identificam como comportamentos aditivos: comprometimento da funcionalidade, cumprimento de alguns critérios fenomenológicos presentes na adição e mecanismos psicobiológicos congruentes com outras adições (Gullo et al., 2022).

Os CA são caracterizados pelo seu carácter repetitivo e envolvimento desmedido, apesar das suas consequências negativas (Mastropietro et al., 2022; Santangelo, 2022). Produzem recompensas a curto-prazo e geram uma diminuição do controlo sobre os mesmos (Carbonell et al., 2023). O seu conceito é amplo: abrange não só o consumo de substâncias, mas também outras atividades como o uso da internet, videojogos ("*gaming*") ou apostas/jogo a dinheiro ("*gambling*") (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências - ICAD, 2023a).

A impulsividade e a compulsividade têm papéis importantes nos CA, tanto no seu desenvolvimento como na sua perpetuação (Demetrovics et al., 2022). A impulsividade é vista como um traço que leva o indivíduo a realizar ações não planeadas e até mesmo arriscadas (ICAD, 2019). As recompensas de tais ações são gratificantes, mas as consequências podem ser indesejáveis (Demetrovics et al., 2022; ICAD, 2019). A impulsividade é assim guiada pelo desejo, pelo prazer e pela gratificação, sendo considerada um fator de risco relevante para o consumo de substâncias (Demetrovics et al., 2022; ICAD, 2019). Já a compulsividade é vista como a perda de controlo perante um comportamento e é motivada pelo alívio de quadros de ansiedade ou desconforto (Demetrovics et al., 2022; ICAD, 2019). Perante um quadro disfuncional de impulsividade e compulsividade, o comportamento do indivíduo pode mesmo ser considerado aditivo (Demetrovics et al., 2022). A adição é vista como uma doença crónica e complexa influenciada por determinantes biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que envolve a disfunção de várias regiões do sistema nervoso central (Gardner, 2021).

Os CA têm uma base neurobiológica complexa que envolve várias áreas do cérebro e sistemas neuroquímicos (Ferrer-Pérez et al., 2024). Provocam desregulações em áreas cerebrais importantes (motivação, recompensa, tomada de decisão e memória) e, conseqüentemente, ocorrem adaptações neurológicas mediadas por diferentes neurotransmissores (Turton & Lingford-Hughes, 2020).

As substâncias implicadas nos CA são comumente designadas por substâncias psicoativas definidas como “substâncias que, quando consumidas ou administradas, têm a capacidade de alterar o estado de consciência, o humor ou o processo de pensamento” (OMS, 2024b, p. 2). Podem causar dependência devido à falta de controlo sobre o seu uso e, até mesmo, afetar o correto funcionamento orgânico corporal (OMS, 2024b). Quando consumidas, as substâncias psicoativas atuam no sistema nervoso central e produzem efeito nos processos mentais dos indivíduos, alterando a função cerebral (Matone et al., 2022; Miranda, 2021; Dinis-Oliveira & Magalhães, 2020). Podem ser classificadas como lícitas (ex.: álcool e tabaco) ou ilícitas (ex.: canábis, cocaína e heroína) (Bonnet et al., 2020). Mesmo após a desabitação, as alterações que estas substâncias provocam ao nível dos circuitos cerebrais podem manter-se, traduzindo-se em recaídas frequentes e *craving* intenso quando o indivíduo é submetido a um estímulo relacionado com a substância (APA, 2022).

O conceito “abuso de substâncias” deriva do termo “problema comportamental” e é descrito, segundo o *browser* do Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses – ICN*, 2019), como um “comportamento comprometido: uso inadequado de substância quimicamente ativa para um efeito não terapêutico, que poderá ser nocivo para a saúde e causar adição”. Também a APA (2022, p. 545), no DSM-5-TR, descreve o abuso de substâncias como “a presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que o indivíduo apresenta ao manter o uso da substância apesar dos problemas significativos que acarreta”.

As perturbações relacionadas com substâncias incluem dois grupos: as perturbações induzidas por substâncias (intoxicação, abstinência e perturbações mentais) e as perturbações por uso de substâncias (dependência e abuso) (APA, 2022). As perturbações induzidas por substâncias referem-se aos efeitos diretos que as substâncias podem ter no organismo (fisiológicos ou psicológicos) independentemente do padrão de uso ou da presença de dependência (APA, 2022). As perturbações por uso de substâncias envolvem um comportamento compulsivo em relação ao seu consumo, causam prejuízos na funcionalidade do indivíduo e abrangem critérios como a tolerância, a abstinência e a incapacidade de controlar o seu consumo (APA, 2022).

A canábis e a cocaína foram as substâncias ilícitas com os consumos mais elevados na União Europeia (UE) em 2024 (Agência da União Europeia sobre Drogas - AUED, 2024). Foram reportadas mais de 85 milhões de pessoas (cerca de 30% da população) com consumos de canábis pelo menos uma vez na vida e quase 23 milhões de pessoas (8% da população) com consumos no último ano (AUED, 2024). Relativamente ao consumo de cocaína, os números não são tão elevados. Verificou-se mais de 15 milhões de pessoas com algum tipo de consumo durante a vida e cerca de 4 milhões com consumos no último ano (AUED, 2024). Mais de 500 mil pessoas com consumos de heroína e outros opioides receberam tratamento, o que corresponde a cerca de 25% de todos os pedidos de tratamento para o consumo de drogas (AUED, 2024). Estas substâncias em particular foram responsáveis por cerca de 74% dos casos de *overdoses* fatais (AUED, 2024).

O relatório nacional anual de 2022 reportou que 11,2% da população tinha experimentado qualquer substância ilícita e 10,5% apenas canábis (ICAD, 2023b). A cocaína era a segunda substância mais consumida (ICAD, 2023b). À aplicação de instrumentos de avaliação (*Cannabis Abuse Screening Test* - CAST e *Severity of Dependence Scales* - SCS), verifica-se que 0,4% da população apresenta um consumo de risco elevado e 0,7% já apresenta dependência (ICAD, 2023b). Em termos de tratamento, mais de 24 mil utentes encontravam-se em regime de ambulatório, sendo que 68% dos casos tinham a heroína como droga principal (ICAD, 2023b). Quase 2 mil correspondem a novas admissões (cerca de 50% por consumo de canábis) e mais de 1500 foram readmitidos (mais de 50% por consumo de cocaína) (ICAD, 2023b).

Em 2000, Portugal aprovou a descriminalização de uso, aquisição e posse de drogas para consumo pessoal (Rêgo et al., 2021; Lei n.º 30/2000). Esta política permitiu a adoção de uma abordagem centrada na saúde pública e na redução de danos (Rêgo et al., 2021; Lei n.º 30/2000). Esta mudança de paradigma visou reduzir o estigma associado ao consumo de drogas e promover o tratamento em vez da punição (Rêgo et al., 2021). Embora esta descriminalização tenha trazido avanços significativos, existem desafios relacionados à diversidade crescente dos padrões de consumo e à necessidade de reforçar medidas de redução de danos (Rêgo et al., 2021; Moury & Escada, 2022).

No que diz respeito ao álcool, o relatório nacional anual de 2022 (ICAD, 2023c) reportou mais de

74% da população geral (dos 15 aos 74 anos) com consumo de qualquer bebida alcoólica e destes, 6,5% apresentaram episódios de embriaguez. Numa análise aos últimos 30 dias, 19,7% da população tem um consumo diário de bebidas alcoólicas (ICAD, 2023c). À aplicação do *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), evidenciaram-se 3,1% da população geral com um consumo de risco elevado/nocivo e 1,1% com dependência (ICAD, 2023c). Em termos de tratamento, haviam quase 14 mil utentes em regime de ambulatório (mais de 3 mil admissões e mais de 1500 readmissões) e mais de 800 em unidades de desabituação/alcoologia (ICAD, 2023c).

A OMS (2024b) reportou uma diminuição do consumo total de álcool *per capita* na população mundial: de 5,7 litros em 2010 para 5,5 litros em 2019. Contudo, a UE (região com os níveis mais altos de consumo *per capita*) registou um valor anual de 9,2 litros (OMS, 2024b). Portugal foi dos países com consumos mais elevados de álcool, com cerca de 10,4 litros de álcool *per capita* (OMS, 2024b). A nível mundial, o consumo de álcool contribuiu para cerca de 2,6 milhões de mortes em 2019 (OMS, 2024b). Para além disso, esta substância é ainda responsável por várias condições de saúde: neoplasias, doenças infecciosas, cardiovasculares e neurológicas, e ferimentos (2024b).

O tratamento farmacológico dos CA com substâncias (CACS) ajuda no alívio de sintomas de abstinência, na redução do *craving* e na prevenção de recaídas (Teodoro, 2022). No abuso do álcool, são utilizados fármacos como a Naltrexona que diminuem o *craving* e a sensação de recompensa, e o Acamprosato que estabiliza o sistema glutamatérgico e ajuda a manter a abstinência (Teodoro, 2022). Quando a substância consumida identificada é da família dos opioides, a Metadona tende a ser o fármaco mais prescrito, atuando no controlo dos sintomas de abstinência e na diminuição do risco de recaída (Silvestre, 2020).

Os CASS correspondem a hábitos que, outrora inofensivos, se tornam dependências pela sua repetição excessiva e pela perceção de prazer (Carbonell et al., 2023). Apesar das consequências negativas e da sua interferência na vida quotidiana, o indivíduo deixa de ter controlo sobre este comportamento (Demetrovics et al., 2022).

Um estudo reportou uma taxa de prevalência de jogo patológico (a dinheiro) em adultos de 1,29% (Gabellini et al., 2022). Zhou et al. (2024) mostraram uma taxa de prevalência de 6,7% na população mundial para o *gaming* (videojogos), com a região asiática a apresentar uma prevalência superior às restantes (Zhou et al., 2024). Em Portugal, um relatório de 2022 mostrou que 55,6% da população geral joga a dinheiro (*gambling*), sendo o "euromilhões" e as "raspadinhas" os jogos com maior prevalência: 45,6% e 36,8%, respetivamente (Balsa et al., 2023). O mesmo estudo mostrou que 0,5% da população tinha probabilidade de ser jogador/a patológico/a (Balsa et al., 2023). Em termos de videojogos, o grupo etário dos 15 aos 24 anos mostrou uma maior prevalência nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias (25,8% e 22,9%, respetivamente), sendo o género masculino o que apresentava maior número de jogadores

(Balsa et al., 2023).

No que diz respeito ao tratamento dos CASS, ainda nenhum fármaco foi aprovado especificamente para o seu tratamento (ICAD, 2017). Contudo, este tende a ser menos específico e a ter como foco o tratamento de sintomas subjacentes (ex.: compulsividade, impulsividade, ansiedade ou depressão) (ICAD, 2017).

As intervenções não farmacológicas de grupo e individuais, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a entrevista motivacional (EM), a psicoeducação e os grupos de ajuda mútua (GAM) são as mais utilizadas no tratamento destes CA como mostram alguns estudos (Sussman et al., 2022; Park et al., 2022; Seabra et al., 2023). Em termos de intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem no âmbito do tratamento dos CA, a EM e a técnica de modificação do comportamento (TMC) ganham destaque (Seabra & Sequeira, 2022).

A EM foi desenvolvida por Miller e Rollnick em resposta ao tratamento das dependências e baseia-se no pressuposto de que a mudança é unicamente da responsabilidade da pessoa (Sampaio et al., 2023a; Miller & Rollnick, 2023; Nair, 2019). É uma conversa construtiva onde a empatia e a escuta ativa são ferramentas essenciais para reduzir a resistência do utente à mudança comportamental (Barroso, 2022). O objetivo é explorar a perspetiva e os objetivos do utente sobre o seu problema para promover a motivação intrínseca para a mudança (Barroso, 2022). A motivação impulsiona o utente a modificar comportamentos e pode ser influenciada por fatores internos e externos (Bandhu et al., 2024). A EM apresenta quatro princípios relevantes: expressão de empatia, desenvolvimento de discrepâncias, lidar com a resistência e reforço da autoeficácia (Barroso, 2022). A empatia consiste na capacidade de compreender a perspetiva e os sentimentos da pessoa sem julgamentos, demonstrando aceitação e criando um ambiente seguro para a mudança do comportamento (Barroso, 2022). O desenvolvimento de discrepâncias, trabalhado através de exercícios como a "balança da decisão", permite ao utente perceber a divergência entre o seu comportamento atual e aquele que deseja (Barroso, 2022). Lidar com a resistência refere-se à forma como o profissional responde quando um utente mostra hesitação, oposição ou ambivalência em relação à mudança do comportamento (Barroso, 2022). O confronto deve ser evitado, dando-se ênfase à autonomia do utente (Barroso, 2022). Se a resistência não for bem gerida, esta pode levar ao afastamento do utente e ao reforço da sua posição contrária à mudança (Barroso, 2022). O reforço da autoeficácia permite fortalecer a crença do utente nas suas capacidades para mudar o comportamento (Barroso, 2022). A mudança comportamental é um processo dinâmico e pode ser explicada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento de Prochaska e DiClemente (1982). Estes autores identificaram cinco estadios principais distintos entre si: pré-contemplanção, contemplanção, planeamento, ação e manutenção (Prochaska & Velicer, 1997). A EM é preferencialmente executada em fases de pré-contemplanção e contemplanção para aumentar a consciencialização da pessoa para o problema (ICAD, 2013a). No entanto, pode ser implementada em fases subsequentes para promover a volição para a mudança comportamental (ICAD, 2013a). No

primeiro estadio, a pessoa não está consciente de que precisa de mudar o seu comportamento ou não tem intenção de o fazer (Prochaska & Velicer, 1997; Barroso, 2022). Esta pode não perceber o comportamento como um problema ou pode negar que este cause algum prejuízo (Prochaska & Velicer, 1997; Barroso, 2022). Na fase da contemplação, a pessoa já reconhece que há um problema e começa a considerar a possibilidade de mudança (Prochaska & Velicer, 1997; Barroso, 2022). Embora haja uma maior consciencialização sobre os benefícios da mudança de comportamento, ainda não há ação concreta, mas sim ponderação dos prós e contras (Prochaska & Velicer, 1997; Barroso, 2022). Na terceira fase, a pessoa já decidiu que quer mudar e começa a planear ações para isso acontecer (Prochaska & Velicer, 1997; Barroso, 2022). Existe um compromisso mais firme e ela pode começar a dar pequenos passos iniciais, como procurar informações ou definir metas (Prochaska & Velicer, 1997; Barroso, 2022). No estadio da ação, a pessoa já começou a mudança do comportamento de forma ativa e são visíveis alterações (Prochaska & Velicer, 1997; Barroso, 2022). Contudo, é necessário manter o apoio à pessoa (Prochaska & Velicer, 1997; Barroso, 2022). Na última fase, a manutenção, o foco é a prevenção de recaídas e a consolidação do novo comportamento (Prochaska & Velicer, 1997; Barroso, 2022). A pessoa já incorporou a mudança na sua rotina, mas há ainda o risco de voltar ao comportamento anterior, pelo que é importante manter a motivação (Prochaska & Velicer, 1997; Barroso, 2022).

A TMC visa promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis, de acordo com as necessidades do indivíduo, através da disponibilização de instrumentos e estratégias facilitadoras, e na definição de objetivos quantificáveis (Sequeira & Sampaio, 2022a). Segundo os mesmos autores (Sequeira & Sampaio, 2022a), a sua prescrição deve cumprir os seguintes critérios: identificação de um diagnóstico de Enfermagem do foro comportamental, o indivíduo encontra-se numa fase de preparação ou de ação, e não apresenta défice cognitivo. Tem por base a aplicação de princípios de aprendizagem e pode ser influenciada pelas características da pessoa, do contexto e do enfermeiro (Sampaio et al., 2023a). Segundo Sequeira e Sampaio (2022a), os comportamentos podem ser aprendidos ou modificados através, por exemplo, do condicionamento clássico, do condicionamento operante e da aprendizagem por observação. O condicionamento clássico foi estudado por Pavlov, que demonstrou que a aprendizagem de um comportamento ocorre quando se associa um estímulo neutro a um estímulo não condicionado, até que o primeiro provoque uma resposta por si só (Silva, 2024). Já Skinner estudou o condicionamento operante, mostrando que o indivíduo repete ou evita comportamentos com base nas consequências que estes podem ter (Silva, 2024). A aprendizagem por observação, ou modelagem, foi estudada por Bandura e mostrou que as pessoas aprendem novos comportamentos através da observação de outras pessoas (Melo-Dias & Silva, 2019). Este processo contempla quatro fases distintas: atenção, memória/retenção, controlo motor/produção e aspetos motivacionais (Melo-Dias & Silva, 2019). Na fase da atenção, o indivíduo observa o comportamento do outro (Melo-Dias & Silva, 2019). A fase da memória

ocorre quando o indivíduo retém o comportamento observado através de processos cognitivos para ser reproduzido posteriormente (Melo-Dias & Silva, 2019). Na fase do controlo motor, ocorre a reprodução do comportamento observado anteriormente (Melo-Dias & Silva, 2019). Por fim, durante a fase dos aspetos motivacionais, o indivíduo mantém ou abandona o novo comportamento de acordo com as consequências que encontrou (Melo-Dias & Silva, 2019). No âmbito da TMC, existem algumas técnicas que podem ser utilizadas: reforço positivo, treino do autocontrolo, contrato terapêutico e *role-playing* (Sequeira & Sampaio, 2022a). O reforço positivo permite incentivar o utente a repetir o comportamento desejado (Sequeira & Sampaio, 2022a). O treino do autocontrolo permite ao utente monitorizar os seus comportamentos e, assim, aumentar a sua capacidade para os controlar (Sequeira & Sampaio, 2022a). O contrato terapêutico é um acordo formal entre o enfermeiro e o utente que define objetivos, responsabilidades e consequências para o cumprimento (ou não) das metas estabelecidas (Sequeira & Sampaio, 2022a). Permite aumentar o compromisso e a responsabilidade do utente no processo de mudança (Sequeira & Sampaio, 2022a). O *role-playing* é uma técnica onde o utente simula situações reais para treinar novas formas de comportamento, aumentando a sua confiança e habilidades para lidar com situações reais (Sequeira & Sampaio, 2022a).

No âmbito da prevenção dos CA, a psicoeducação é uma forma específica de educação que tem como objetivo aumentar a literacia em saúde mental (Regulamento n.º 356/2015; Morgado et al., 2022). A intervenção psicoeducacional é uma intervenção da área de especialidade de ESMP que permite a capacitação do indivíduo no âmbito da promoção da saúde (Sequeira & Sampaio, 2022b; Onnela et al., 2021; Silva et al., 2020). Deve ser empoderadora, interativa e ir de encontro às necessidades do utente (Magill et al., 2021). A psicoeducação tem-se mostrado eficaz na prevenção e redução de CA (Tanşu & Ünsal, 2023; Oliveira & Dias, 2023; Onnela et al., 2021; Martínez-Hernández & Lloret-Irles, 2023; Cañas & Estévez, 2021; Harada et al., 2022).

A atuação de um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP) junto das pessoas com sofrimento ou perturbações mentais reduz significativamente o grau de incapacidade associado a essas condições (Regulamento n.º 515/2018, p. 21427). Isto é corroborado por outros autores, que afirmam que uma equipa de Enfermagem com profissionais treinados e competentes pode contribuir positivamente para os ganhos em saúde dos utentes com CA através do acesso ao tratamento adequado (Wason et al., 2021). O Enfermeiro Especialista (EE) possui uma formação avançada que o capacita para intervenções complexas e diferenciadas (ICN, 2020; Zhan et al., 2023). O estágio constitui uma etapa fundamental para a consolidação e aprofundamento das competências adquiridas, permitindo a aplicação prática do conhecimento em contextos reais de cuidados (Sheikhbahaeddinzadeh et al., 2023).

No âmbito da Unidade Curricular (UC) "Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final" do II Curso de Mestrado em ESMP no ano letivo 2024/2025, foi realizado um estágio em dois contextos de cuidados distintos com foco nos CA. Este decorreu de 1 de outubro de 2024 a 14 de fevereiro de 2025, num total de 384 horas de contacto. Um projeto de desenvolvimento de

competências foi delineado e teve como objetivo orientar o percurso de estágio. Por sua vez, este relatório pretende mostrar o processo de desenvolvimento de competências enquanto EEESMP. Estas são importantes para a prestação de cuidados de qualidade no âmbito da especialidade.

Este relatório recorreu a uma abordagem descritiva, mas também crítico-reflexiva para relatar o processo de aquisição de competências. Para isso, foram realizadas pesquisas bibliográficas em bases de dados (*Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e EBSCO) e através do motor de busca *Google Académico*. Foi utilizada a metodologia de estudo de caso para representar os processos de Enfermagem especializados. No que diz respeito à estrutura do relatório, este é composto por quatro capítulos. No primeiro capítulo, é feita uma caracterização dos contextos clínicos para compreender o enquadramento da prática clínica. São apresentados os locais de estágio, as equipas multidisciplinares, as populações abrangidas e as dinâmicas assistenciais desenvolvidas. No segundo capítulo, é apresentado um estudo de caso do contexto de respostas diferenciadas. Evidencia-se a abordagem especializada e individualizada do EE no âmbito dos CA. No terceiro capítulo, é exposto um estudo de caso do contexto da comunidade. É explorada a intervenção do EE no âmbito da prevenção dos CASS. O quarto capítulo é dedicado à análise das competências desenvolvidas ao longo do estágio, refletindo sobre as aprendizagens adquiridas, os desafios enfrentados e a consolidação das competências essenciais à prática do EEESMP. De salientar ainda que este documento se encontra redigido de acordo com as normas da 7.ª edição da APA.



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

O projeto de desenvolvimento de competências teve como foco de atenção os CACS e os CASS, tendo sido implementado em dois contextos clínicos distintos. O primeiro, no âmbito das respostas diferenciadas, realizou-se numa consulta descentralizada de um centro de respostas integradas (CRI) do norte do país. O segundo, no âmbito da comunidade, teve lugar numa unidade de cuidados na comunidade (UCC).

Segundo o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (PNRCAD) 2030, as intervenções na área dos CA podem ser divididas em cinco categorias distintas: prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção (ICAD, 2023a). O contexto de respostas diferenciadas enquadra-se no âmbito do tratamento e o contexto de comunidade no âmbito da prevenção, como será abordado neste capítulo.

### **2.1. Contexto de Respostas Diferenciadas**

Os CRI são unidades especializadas de prestação de serviços do ICAD que se destinam a responder de forma integrada às necessidades dos indivíduos e das comunidades no âmbito dos CA (Despacho n.º 2976/2014). Estes articulam-se com redes de saúde, segurança social e comunidades locais para oferecer cuidados abrangentes e multidisciplinares (ICAD, 2013b). A consulta do CRI é composta por uma equipa multidisciplinar e tem como objetivo prestar cuidados no âmbito dos CA, sendo o principal foco de intervenção o tratamento especializado (ICAD, 2013b). A sua intervenção tem maior destaque quando a gravidade dos CA é maior: nos consumos nocivos (com consequências para a saúde física, mental e social dos indivíduos), policonsumos e quadros de dependência (com alterações ao nível fisiológico, cognitivo e comportamental) (ICAD, 2013b). O encaminhamento para esta consulta pode ser feito de várias formas: através do serviço de internamento/urgência, dos cuidados de saúde primários (CSP), da CPCJ (comissão de proteção de crianças e jovens), por ordem jurídica ou pela procura autónoma e proativa da pessoa com CA (ICAD, 2013b).

Aquando da admissão do utente, este era avaliado pela equipa multidisciplinar através das respetivas consultas. Na consulta de Enfermagem, para além da aplicação do processo de Enfermagem, eram realizados alguns rastreios pelos comportamentos de risco associados aos padrões de consumo: tuberculose pulmonar (TP), vírus da imunodeficiência humana (VIH) e hepatite C (VHC) (ICAD, 2013b). Perante o resultado positivo de algum dos testes, era realizado o respetivo encaminhamento para outros serviços de saúde indicados para o efeito (ICAD,

2013b). Os diagnósticos de Enfermagem mais comumente identificados eram o abuso de substâncias ilícitas (drogas) e do álcool (ICAD, 2021). No entanto, a perturbação de jogo começava a ganhar destaque (ICAD, 2021). Para além destes, eram ainda identificadas necessidades específicas ao nível da motivação para a mudança do comportamento, da aquisição e desenvolvimento de estratégias de *coping* e de autocontrolo (Moreira et al., 2019; Valentim et al., 2019; Seabra et al., 2021).

A equipa multidisciplinar era constituída por elementos das áreas da medicina, enfermagem, assistência social e psicologia (ICAD, 2013b). Cada um destes profissionais fazia uma avaliação específica das necessidades e o plano de cuidados do utente era discutido e delineado. Neste contexto de estágio, a equipa de Enfermagem era constituída por dois elementos especialistas em ESMP. Numa primeira fase, o horário praticado pelos enfermeiros era sobreponível. Isto permitia que, enquanto um enfermeiro ficava responsável pela dispensa de Metadona (nas suas diferentes formas terapêuticas) no âmbito do programa de substituição opiácea e por todas as atividades inerentes ao mesmo, o outro realizava as consultas de Enfermagem em gabinete próprio. Aqui eram realizadas as avaliações de necessidades dos utentes e delineado o processo de Enfermagem. Eram ainda implementadas algumas intervenções da área de especialidade como a EM e a TMC. Para além disso, era feita a monitorização de sintomas e a gestão da terapêutica, conforme a avaliação da equipa multidisciplinar.

Devido à sobrecarga frequente da agenda de Enfermagem, nem sempre era possível despendere o tempo necessário na consulta de Enfermagem para uma avaliação abrangente e minuciosa de necessidades. A implementação de intervenções específicas da área de especialidade tomava um plano secundário, uma vez que se dava primazia à realização de primeiras consultas para dar resposta às listas de espera. Esta situação agravou quando os elementos da equipa de Enfermagem começaram a praticar horários opostos devido ao alargamento do horário de funcionamento da unidade. A dispensa de Metadona era prioritária e a intervenção especializada era deixada para segundo plano. A integração de estudantes de Enfermagem da área de especialidade apoiou e otimizou a prestação de cuidados nessas duas vertentes.

Neste sentido, os objetivos propostos com a implementação do projeto de desenvolvimento de competências neste contexto de estágio foram realizar, pelo menos: dez consultas de Enfermagem, quatro intervenções psicoterapêuticas (três EM e uma TMC) e um estudo de caso. No tratamento da problemática aditiva, o papel ativo do utente para a mudança comportamental é essencial. O projeto de desenvolvimento de competências implementado teve por base o fator motivação como “alavanca” para essa mudança. A motivação é essencial para esse processo e pode ser trabalhada através de intervenções específicas (ICAD, 2023a). O estudo de caso desenvolvido neste contexto mostrou a importância do EEESMP no âmbito dos CA através da sua intervenção específica.

## 2.2. Contexto de Comunidade

As unidades de cuidados na comunidade (UCC) são estruturas funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que têm como objetivo prestar cuidados de saúde de proximidade e de qualidade (Despacho n.º 10143/2009). Atuam de forma multidisciplinar para melhorar a saúde da população, com especial enfoque nos mais vulneráveis e com maior necessidade de acompanhamento em contexto domiciliário e comunitário (Decreto-Lei n.º 28/2008, Despacho n.º 10143/2009). Para além disso, têm um papel importante no âmbito da promoção da saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008, Despacho n.º 10143/2009).

A unidade é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais (Decreto-Lei n.º 52/2022). O estágio foi realizado na equipa de saúde escolar de uma UCC, que integrava 16 enfermeiros de várias áreas de especialidade: Enfermagem comunitária, Enfermagem de saúde infantil e pediátrica e ESMP. Este grupo era responsável por promover e educar para a saúde os estudantes no ambiente escolar (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2015a; Carvalho et al., 2017). O principal objetivo era garantir o bem-estar físico, mental e social das crianças e adolescentes, prevenindo doenças, promovendo hábitos saudáveis e identificando precocemente problemas de saúde que possam afetar o rendimento escolar (DGS, 2015a; Carvalho et al., 2017).

A promoção da saúde e a prevenção da doença nos CA desempenham um papel fundamental na redução destes comportamentos e na minimização dos seus impactos na saúde (ICAD, 2023a). A promoção da saúde nos CA envolve a capacitação dos indivíduos para adotarem estilos de vida saudáveis, reforçando a autonomia e a literacia em saúde (Sassen, 2018). Por outro lado, a prevenção da doença atua em diferentes níveis: desde evitar o início do comportamento através de intervenções educativas, até à deteção precoce, à minimização dos danos e prevenção de recaídas (Sassen, 2018; Oliveira & Dias, 2023). A psicoeducação destaca-se como uma intervenção essencial em ambos os domínios. Para além de promover a saúde mental e a redução do estigma, aumenta a literacia (Oliveira & Dias, 2023; Lemes & Neto, 2017; Alves et al., 2024). No âmbito da especialidade, a intervenção psicoeducacional integra uma das competências específicas do EEESMP e é uma ferramenta importante na problemática dos CA (Silva et al., 2020).

A equipa de saúde escolar tinha alguns projetos em desenvolvimento em vários contextos. No âmbito da promoção da saúde mental e da prevenção dos comportamentos suicidários nos adolescentes, eram abordadas questões como o estigma em saúde mental, o autoconceito, a autoestima e a capacidade de resolução de problemas. No domínio da educação sexual em saúde escolar, eram discutidas a capacidade de tomada de decisões, a comunicação, a imagem corporal e a redução de comportamentos de risco. Na esfera da prevenção da violência nos relacionamentos interpessoais, eram trabalhados aspetos como as emoções, a comunicação e a capacidade de resolução de conflitos.

O EEESMP que acompanhou o processo de desenvolvimento de competências tinha sob a sua alçada mais de dez estabelecimentos de ensino (desde jardins de infância até ao ensino secundário), o que corresponde a cerca de 500 alunos. O EE implementava os projetos anteriormente descritos através do desenvolvimento de sessões estruturadas e adaptadas às necessidades específicas da população-alvo. Eram aplicados instrumentos de avaliação em momentos distintos dos projetos e realizadas atividades específicas ajustadas aos objetivos de cada sessão. A nível individual, não era possível ao EE realizar uma avaliação de necessidades direcionada. Contudo, caso o estabelecimento de ensino identificasse alguma situação em que fosse pertinente a sua intervenção, este era-lhe referenciado. Os objetivos do projeto de desenvolvimento de competências neste contexto foram realizar, pelo menos: uma intervenção psicoeducacional e um estudo de caso.

### **3. COMPORTAMENTO ADITIVO SEM SUBSTÂNCIAS: UM ESTUDO DE CASO CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS**

Utente de 58 anos encontrava-se a ser acompanhada na unidade por CASS (perturbação do jogo) desde janeiro de 2024. Esta situação tinha uma evolução de cerca de três anos, com agravamento nos últimos dois. A utente apresentava perdas financeiras significativas (superiores a 6000 €) e situação de endividamento e impacto familiar. Apresentava um diagnóstico anterior identificado de depressão. Tinha dois descendentes. O filho era também acompanhado na unidade por CACS. Viúva há cerca de 12 anos, vivia com a filha. Terminou 1º ciclo de estudos, mas com várias retenções. Parou de estudar aos 13 anos para começar a trabalhar. Exercia na indústria têxtil. Foi realizada uma avaliação inicial de necessidades que se encontra em anexo (anexo 1).

#### **3.1. Enquadramento teórico**

Segundo o DSM-5-TR (APA, 2022), a perturbação do jogo é classificada como um transtorno relacionado a substâncias e CA, reconhecendo-o como o único CASS dessa categoria. É caracterizado por um padrão de comportamento problemático de jogo que resulta em sofrimento ou prejuízo significativo (APA, 2022). Segundo a mesma obra, o seu diagnóstico é feito mediante a presença de quatro ou mais critérios durante um período de 12 meses: necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores para alcançar a excitação desejada (tolerância); irritabilidade ou inquietação quando tenta reduzir ou parar de jogar (abstinência); tentativas repetidas, mas malsucedidas, de controlar, reduzir ou parar de jogar; preocupação frequente com o jogo; jogar frequentemente em resposta a sentimentos de desconforto, como ansiedade, tristeza ou culpa (impulsividade/compulsividade); retornar ao jogo para recuperar perdas; mentir para esconder o envolvimento com o jogo; comprometer ou perder relacionamentos significativos, emprego, educação ou oportunidades profissionais por causa do jogo; e contar com outros para receber dinheiro para aliviar situações financeiras desesperadoras causadas pelo jogo (APA, 2022).

Os especificadores de diagnóstico permitem a identificação do transtorno como episódico (em que os sintomas ocorrem de forma episódica, com períodos de melhoria entre eventos) ou persistente (quando os sintomas são contínuos e não apresentam períodos significativos de remissão) (APA, 2022). Para além disso, a gravidade da perturbação de jogo é classificada

consoante o número de critérios cumpridos: leve (quatro a cinco critérios presentes), moderado (seis a sete critérios presentes) e grave (oito a nove critérios presentes) (APA, 2022).

Segundo o *browser* da CID-11 da OMS, a perturbação de jogo é "caracterizado por um padrão de comportamento persistente ou recorrente de jogar, que pode ser *online* (pela *internet*) ou *offline*, manifestado por: prejuízo do controlo sobre o jogo (por exemplo: início, frequência, intensidade, duração, término, contexto), prioridade crescente dada para o jogo, a ponto deste passar a ter precedência em relação a outros interesses da vida e atividades cotidianas, e continuação ou intensificação do jogo apesar da ocorrência de consequências negativas" (OMS, 2024a). São ainda identificados os especificadores "episódico" e "recorrente" para o diagnóstico e é mencionado o sofrimento ou prejuízo significativos nas diversas esferas da funcionalidade dos indivíduos durante um período de 12 meses para que seja feito o diagnóstico (OMS, 2024a).

A neurobiologia da adição dos CASS envolve uma série de processos cerebrais que se assemelham aos CACS, sendo explicada pelo sistema dopaminérgico que desempenha um papel importante associado à procura de recompensa, mas também pelas alterações ao nível da plasticidade sináptica que influenciam a impulsividade/compulsividade e o controlo (Ngetich, 2024; ICAD, 2017). Para além disso, algumas regiões cerebrais responsáveis pelas funções executivas também parecem estar implicadas no desenvolvimento CA pelo nível de desregulação que apresentam (ICAD, 2017; Wegmann et al., 2020).

A via mesocorticolímbica dopaminérgica tem um papel importante na sensação de recompensa aquando da realização de atividades básicas como "comer" e na motivação para manter esses comportamentos (Turton & Lingford-Hughes, 2020). A libertação de dopamina nesse circuito facilita a formação de associações entre o CA e a recompensa, dando a sensação de prazer e reforçando o comportamento (Warlow et al., 2023; Antons et al., 2020).

A plasticidade sináptica está presente no sistema nervoso central e baseia-se na comunicação entre neurónios e na forma como as conexões são modificadas de acordo com as experiências do indivíduo (Appelbaum et al., 2022). As alterações na plasticidade sináptica em áreas do circuito da recompensa são cruciais para o desenvolvimento da adição (Antons et al., 2020). Estão associadas à formação de memórias aditivas e à dificuldade em extinguir os comportamentos aprendidos, contribuindo para as recaídas (Antons et al., 2020).

A perturbação de jogo (a dinheiro) tem uma prevalência de 48,1% na população portuguesa (ICAD, 2019). O jogo mais prevalente é o "euromilhões" com uma taxa de 36,2%, seguindo-se a "raspadinha" com 30,8% (ICAD, 2019). Os indivíduos do sexo masculino apresentam uma maior prevalência do que os do sexo oposto em todos os tipos de jogo, exceto no jogo da "raspadinha" (ICAD, 2019). Cerca de metade dos jogadores em geral referem gastar menos de 5€ por dia; contudo, 13,2% afirmam que já apostaram mais do que pretendiam (ICAD, 2019). À aplicação de instrumentos de avaliação (como o *South Oaks Gambling Screen* - SOGS), identificam-se 155 pessoas como jogadores patológicos (0,027% da população) e 1440 pessoas como jogadores de

risco (ICAD, 2019).

Em termos de tratamento farmacológico, estudos mostraram que os antagonistas opioides (por exemplo, a Naltrexona) e os antipsicóticos atípicos (por exemplo, a Olanzapina) podem ser eficazes na redução da gravidade dos sintomas da perturbação de jogo (Dowling et al., 2022). Contudo, ainda nenhum fármaco foi aprovado especificamente para o tratamento destes transtornos (ICAD, 2017). Por outro lado, estratégias não farmacológicas (como a TCC, os GAM e a EM) têm sido consideradas de eleição no tratamento deste tipo de patologia (Moreira et al., 2024; Oliveira et al., 2022).

No âmbito da ESMP, as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais têm destaque (ICAD, 2017). A intervenção psicoterapêutica de Enfermagem consiste na “aplicação informada e intencional de técnicas de Psicoterapia e assenta nos seguintes princípios: é uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; realizada por um EEESMP (...); baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia; decorrente da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental; o utente apresenta um papel ativo e tem, necessariamente, alguma consciência de si; tem um número de sessões entre três e doze; tem, na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente; e tem como objetivo a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente” (Sampaio et al., 2018, p. 2).

A EM é uma abordagem terapêutica desenvolvida por Miller e Rollnick que se centra no utente e procura promover a mudança de comportamentos por meio da exploração e da resolução de problemas (Hetteema et al., 2005; Miller & Rollnick, 2023). Tem por base um estilo colaborativo com foco na motivação interna, permitindo uma mudança mais eficaz e duradoura (Miller & Rose, 2010; Miller & Rollnick, 2023). Implica a mobilização da escuta ativa e da empatia para compreender a perspetiva do utente e minimizar a sua resistência à mudança (Sampaio et al., 2023a; Nair, 2019).

A EM assenta em três aspetos principais: a colaboração entre o indivíduo e o profissional de saúde, a evocação das ideias e motivações internas da pessoa para a mudança e a autonomia da mesma para a tomada de decisão (Miller & Rollnick, 2023; Nair, 2019). Para além disso, quem a implementa deve fazer uso de algumas habilidades frequentemente referidas como OARS: fazer questões abertas para incentivar o indivíduo a explorar os seus sentimentos e pensamentos (“**O**pen questions”), reconhecer e realçar os esforços do outro (“**A**ffirmations”), mostrar empatia e compreensão (“**R**eflections”) e sintetizar as sessões de forma a reforçar os pontos-chave (“**S**ummaries”) (Nair, 2019). Vários estudos mostraram a eficácia da EM na perturbação de jogo (Milic et al., 2021; Di Nicola et al., 2019; Garcia-Caballero et al., 2018; Ribeiro et al., 2021).

### 3.2. Clientes

#### Cliente

Adulto | Idade: 58 anos | Feminino

### 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-09 11:00:00	Paracetamol 1gr PO SOS	
2024-10-09 11:00:00	Alprazolam 1mg PO 22h	
2024-10-09 11:00:00	Melatonina 6gts PO 22h	
2024-10-09 11:00:00	Atorvastatina 20mg PO 8h	
2024-10-09 11:00:00	Fluoxetina 60mg PO 8h	

#### 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Em 2003, a OMS definiu a adesão ao regime terapêutico como a medida em que o comportamento de um indivíduo vai de encontro às indicações dadas pelo profissional de saúde. A ICN (2019), em concordância com a OMS (2003), mostrou na sua classificação que a adesão ao regime terapêutico tem como "filhos" os regimes: dietético, de exercício, medicamentoso, entre outros.

A não adesão ao regime terapêutico mostrou ser um problema significativo que afeta negativamente os resultados de saúde (OMS, 2003). Em 2023, Laranjeira et al. mostraram que a adesão ao regime terapêutico das pessoas com doenças mentais é influenciada por vários fatores: crenças do utente, atitudes e aceitação da doença. A adesão é um processo complexo e a motivação do utente é de extrema importância para o seu sucesso (Camarneiro, 2021). A cooperação do profissional de saúde e a transmissão de informação de forma clara e acessível são fatores essenciais para uma adesão eficaz ao regime terapêutico (Esteves, 2023).

No que diz respeito ao regime medicamentoso, o profissional de Enfermagem tem como função a sua preparação e administração de terapêutica (OE, 2017). Deve ainda ser conhecedor da sua indicação, avaliar a eficácia e vigiar eventuais efeitos secundários (OE, 2017). Nesta utente em

concreto, o regime medicamentoso era constituído por alprazolam, melatonina, atorvastatina, fluoxetina e paracetamol.

O alprazolam é um medicamento da classe das benzodiazepinas e é principalmente usado para tratar perturbações da ansiedade (Infarmed, 2023). Atua no sistema nervoso central potenciando o efeito inibitório dos neurotransmissores GABA (Matos et al., 2024). Isto causa um efeito calmante, sedativo e ansiolítico (Matos et al., 2024). Como efeitos secundários mais comuns salientam-se a sonolência, o cansaço e depressão (Infarmed, 2023). Tem um efeito de tolerância e dependência com o seu uso prolongado, para além de provocar sintomas de abstinência se interrompida a sua toma de forma repentina (Infarmed, 2023). A sua toma não deve ser combinada com o consumo de álcool e outras substâncias com efeito depressor do sistema nervoso central (Infarmed, 2023). O alprazolam estaria a ser usado como indutor do sono. A sua toma também poderia estar a ser benéfica perante situações geradoras de ansiedade (por exemplo, os conflitos com a filha que a utente identificava). A perturbação do jogo pode desenvolver-se perante quadros de ansiedade (ICAD, 2017).

A melatonina é uma hormona produzida naturalmente pela glândula pineal (Vainer, 2021). Tem como função principal regular o ciclo do sono e o ritmo circadiano do corpo (Vainer, 2021). A sua produção aumenta à noite, em resposta à escuridão, e diminui durante o dia, quando há exposição à luz (Vainer, 2021). As suas formulações exógenas têm sido usadas no tratamento da insónia (Infarmed, 2023). A sonolência diurna tem sido descrita como o efeito secundário mais frequente (Santos et al., 2023). A melatonina estaria a ser usada nesta utente como indutor do sono.

A atorvastatina é um fármaco da classe das estatinas que é utilizado para reduzir os níveis de colesterol e prevenir as doenças cardiovasculares quando são identificados outros fatores de risco (Infarmed, 2023). Atua no fígado reduzindo a produção de colesterol, submetendo o organismo a utilizar o colesterol em circulação (Safapoor et al., 2020). Pode provocar alterações gastrointestinais e alterações hepáticas (Infarmed, 2023). A atorvastatina teria sido prescrita com o intuito de prevenir eventos cardiovasculares, uma vez que a utente apresentava pelo menos um fator de risco importante (tabagismo).

A fluoxetina é um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptção de serotonina, utilizado para tratar perturbações depressivas, de ansiedade e obsessivo-compulsivas (Infarmed, 2023). Impede a reabsorção da serotonina pelos neurónios, mantendo-a por mais tempo ativa no cérebro e, assim, melhorando o humor (Edinoff et al., 2021). Pode provocar diminuição do apetite, insónia, alterações gastrointestinais (Infarmed, 2023). De salientar ainda o risco de síndrome serotoninérgica (Scotton et al., 2019). A fluoxetina estaria prescrita para a utente no tratamento da depressão que foi diagnosticada e identificada como antecedente pessoal.

O paracetamol é um analgésico utilizado no alívio da dor (Infarmed, 2023). Atua no sistema

nervoso central ao nível de várias vias, bloqueando a produção de prostaglandinas envolvidas na fisiopatologia da dor (Cabral & Lavrador, 2023). É um fármaco seguro, mas em excesso pode provocar hepatotoxicidade (Infarmed, 2023). Deve evitar-se o seu uso prolongado e em combinação com álcool (Infarmed, 2023). O paracetamol era utilizado no alívio da dor provocada pelas patologias osteoarticulares da utente.

Durante a entrevista clínica, a utente mostrou conhecimento sobre os fármacos prescritos, nomeadamente, indicação e possíveis efeitos secundários. Mostra cumprir o horário da toma e a respetiva posologia. Assim, a utente tem uma adesão eficaz ao regime terapêutico.

### **3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**

#### **3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

Não foram identificados e/ou realizados procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

### **3.5. Domínios**

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
09-10-2024 11:00	Comportamento aditivo	
09-10-2024 11:00	Sensações somáticas	
09-10-2024 11:00	Autogestão do regime medicamentoso	

#### **3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico**

Os dados necessários ao desenvolvimento do processo de Enfermagem foram obtidos através da realização de uma entrevista clínica, da observação e da consulta do processo clínico. Foram ainda utilizados alguns instrumentos de avaliação. Perante a informação obtida, foram identificados domínios de atenção.

O "Comportamento Aditivo" foi o domínio ao qual foi dada prioridade no desenvolvimento deste estudo de caso, tendo em conta os antecedentes de consumo do utente e o motivo de

admissão. Foram recolhidos os seguintes dados sobre o CASS: avaliação em termos de frequência, duração e gastos, e referência da utente em não conseguir parar/cessar o comportamento. Foram usados também instrumentos de avaliação que permitiram avaliar o grau de severidade da perturbação do jogo (questionário SOGS - versão portuguesa) e a motivação para a mudança de comportamento (resultado NOC: "motivação" (1209)) (ICAD, 2017; Moorhead et al., 2020).

Foram obtidos os dados: "utente em acompanhamento na unidade por comportamento aditivo sem substâncias (perturbação do jogo - *gambling*) desde janeiro de 2024 com início há cerca de 3 anos e agravamento há 2", "terá voltado a comprar raspadinhas no último mês, diariamente (gasto total > 500€)" e "acho que nunca vou conseguir parar (sic)". Foram obtidos outros dados que potencialmente concorriam para este padrão de comportamento: conflitos com a filha e a desmotivação para a mudança (2 numa escala de 0-10, "estou desmotivada com isto tudo, com a vida (sic)).

À aplicação do questionário SOGS, obteve-se um *score* de 10 pontos que já indica um grau patológico de jogo. Foram avaliados alguns dos indicadores do resultado NOC: "motivação" (1209) (Moorhead et al., 2020) aos quais se obtiveram os seguintes *scores*:

- indicador (120901) "planeia o futuro": *score* 1;
- indicador (120902) "desenvolve um plano de ação": *score* 1;
- indicador (120904) "obtem suporte conforme necessário": *score* 2;
- indicador (120905) "auto inicia comportamentos direcionados aos objetivos": *score* 1;
- indicador (120906) "busca novas experiências": *score* 3;
- indicador (120910) "acredita na habilidade de realizar a ação": *score* 2.

O domínio "Sensações Somáticas" foi identificado, uma vez que a utente referia dor devido à patologia osteoarticular que tem diagnosticada. O domínio "Autogestão do Regime Medicamentoso" foi assinalado, uma vez que a utente apresentava uma série de fármacos prescritos que devia cumprir no domicílio. Isto implicava que fosse capaz de identificá-los, saber qual a sua indicação e possíveis efeitos secundários. Para além disso, deve ser cumpridora da dose e dosagem prescritas e dos horários de administração. A utente mostrou ser capaz de cumprir de forma eficaz a gestão deste regime.

### 3.6. Conceção de Cuidados

#### Sensações somáticas

09-10-2024 11:00

09-10-2024 11:00 - Manifesta dor.

**09-10-2024 11:00 - Dor**

- 09-10-2024 11:00 - Localização da dor
- 09-10-2024 11:00 - Ombro Direita(o)
- 09-10-2024 11:00 - Intensidade da dor - 5.
- 09-10-2024 11:00 - frequência da dor - contínua.
- 09-10-2024 11:00 - duração da dor - crónica.
- 09-10-2024 11:00 - dor de tipo - moedeira.

**09-10-2024 11:00 - Determinar evolução da dor**

- 09-10-2024 11:00 - Avaliar evolução da dor
- 09-10-2024 11:00 - Referenciar ao médico [FIM] 08-11-2024 11:00

**09-10-2024 11:00 - Promover autocontrolo: dor [FIM] 08-11-2024 11:00**

- 09-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador.
- 09-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.
- 09-10-2024 11:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.
- 09-10-2024 11:00 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora.
- 09-10-2024 11:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

08-11-2024 11:00

- 08-11-2024 11:00 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

**Autogestão do regime medicamentoso**

09-10-2024 11:00

- 09-10-2024 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário
- 09-10-2024 11:00 - Organiza a medicação conforme horário.
- 09-10-2024 11:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose
- 09-10-2024 11:00 - Prepara a medicação conforme a dose.
- 09-10-2024 11:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada
- 09-10-2024 11:00 - Administra a medicação pela via adequada.
- 09-10-2024 11:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância
- 09-10-2024 11:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.
- 09-10-2024 11:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas
- 09-10-2024 11:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

08-11-2024 11:00

- 08-11-2024 11:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário
- 08-11-2024 11:00 - Organiza a medicação conforme horário.
- 08-11-2024 11:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose
- 08-11-2024 11:00 - Prepara a medicação conforme a dose.
- 08-11-2024 11:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada
- 08-11-2024 11:00 - Administra a medicação pela via adequada.
- 08-11-2024 11:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância
- 08-11-2024 11:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.
- 08-11-2024 11:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

08-11-2024 11:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

### **Comportamento aditivo**

09-10-2024 11:00

09-10-2024 11:00 - Uso de álcool: sem uso de álcool .

09-10-2024 11:00 - Uso de tabaco: sem uso de tabaco .

09-10-2024 11:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

09-10-2024 11:00 - Tipo de comportamento aditivo sem substâncias- Perturbação do Jogo.

### **09-10-2024 11:00 - Comportamento aditivo sem substâncias**

#### **09-10-2024 11:00 - Determinar evolução do comportamento aditivo sem substâncias**

*09-10-2024 11:00 - Avaliar evolução do comportamento aditivo sem substâncias*

#### **09-10-2024 11:00 - Promover mudança comportamental face ao comportamento aditivo sem substâncias**

*09-10-2024 11:00 - Executar técnica de entrevista motivacional (anexo 2)*

08-11-2024 11:00

08-11-2024 11:00 - Uso de álcool: sem uso de álcool [MANTEVE].

08-11-2024 11:00 - Uso de tabaco: sem uso de tabaco [MANTEVE].

08-11-2024 11:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas [MANTEVE].

08-11-2024 11:00 - Tipo de comportamento aditivo sem substâncias- Perturbação do Jogo.

## **3.7. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução da dor

- Aplicar escala numérica de avaliação da dor (Butcher et al., 2020);
- Avaliar fácies de dor (Butcher et al., 2020);
- Avaliar comportamento (Butcher et al., 2020).

Avaliar evolução do comportamento aditivo sem substâncias

- Aplicar instrumento de avaliação: questionário SOGS - versão portuguesa;
- Monitorizar comportamento aditivo sem substâncias.

Executar técnica de entrevista motivacional (anexo 2)

- Sessão 01: explicar setting da intervenção e o que esperar da mesma; informar sobre duração e número aproximado das sessões; explicar o papel do EEESMP e clarificar o da utente; validar a opinião da utente sobre a intervenção; fazer perguntas abertas (consequências do comportamento, tentativas e razões para a mudança, outcomes da mudança de comportamento, barreiras encontradas, expectativas para o futuro, pessoas significativas); avaliar a motivação para a mudança; negociar a tarefa a realizar até à sessão seguinte e explicar o seu funcionamento (balança de decisão);
- Sessão 02: avaliar o humor da utente; analisar a tarefa negociada na sessão anterior; avaliar o compromisso da utente para a mudança; questionar sobre estratégias para a mudança de comportamento; negociar possíveis mudanças até à próxima sessão;

- Sessão 03: avaliar o humor da utente; validar as mudanças propostas na sessão anterior; avaliar as dificuldades para a mudança; questionar sobre possibilidade de mudança; validar os benefícios da mudança de comportamento;
- Sessão 04: avaliar o humor da utente; validar as estratégias de mudança de comportamento; auxiliar no plano para as próximas mudanças de comportamento; informar sobre a possibilidade de recaída;
- Sessão 05: avaliar o humor da utente; fazer um resumo do percurso e valorizá-lo; destacar a importância da motivação para a mudança de comportamento; reforçar as vantagens da mudança comportamental; alertar para a possibilidade de oscilações na motivação; aplicação de instrumentos de avaliação: questionário SOGS (versão portuguesa) e resultado NOC: “motivação” (1209).

### 3.8. Síntese relativa ao caso

A utente tinha identificado o diagnóstico de perturbação do jogo e baixa motivação para a mudança comportamental. O domínio "Comportamento Aditivo" foi considerado como prioritário e foram estabelecidos os objetivos: promover a mudança comportamental face ao CASS e determinar a sua evolução. Foram ainda definidos os seguintes critérios de resultados:

- Questionário SOGS, versão portuguesa:
  - Reduzir o *score* de 10 para 5 pontos;
- Resultado NOC: “motivação” (1209):
  - Aumentar o *score* do indicador (120901) “planeia o futuro” de 1 para 3;
  - Aumentar o *score* do indicador (120902) “desenvolve um plano de ação de 1 para 3;
  - Aumentar o *score* do indicador (120904) “obtem suporte conforme necessário” de 2 para 3;
  - Aumentar o *score* do indicador (120905) “autoinicia comportamentos direcionados aos objetivos” de 1 para 4;
  - Aumentar o *score* do indicador (120906) “busca novas experiências” de 3 para 4;
  - Aumentar o *score* do indicador (120910) “acredita na habilidade de realizar a ação” de 2 para 4.

A mudança comportamental tem por base a motivação (Michaelsen & Esch, 2023). Perante um diagnóstico de perturbação do jogo e a ausência de motivação para a mudança do comportamento, a evidência mostra que a entrevista motivacional tem bons resultados (Yakovenko et al., 2015; Milic et al., 2021; Ribeiro et al., 2021). Por isso, foi realizada a intervenção "executar entrevista motivacional" (anexo 2). A avaliação da eficácia da intervenção e dos resultados obtidos com a mesma seria feita através da aplicação de instrumentos de avaliação. Contudo, uma vez que a utente faltou à última sessão, não foi possível aplicá-los. No entanto, ao longo das sessões realizadas, a utente tinha sido capaz de

evoluir ao longo das diferentes fases da mudança comportamental até à fase de ação. Isto mostra a importância da entrevista motivacional para a mudança de comportamento. A aplicação dos instrumentos de avaliação ficou agendada para um momento posterior ao término do estágio e seria realizada pela enfermeira supervisora.



## 4. COMPORTAMENTO ADITIVO SEM SUBSTÂNCIAS: UM ESTUDO DE CASO CONTEXTO DE COMUNIDADE

Uma turma do 7º ano de escolaridade do ensino regular que era constituída por 20 estudantes sem necessidades educativas especiais identificadas.

### 4.1. Enquadramento teórico

O avanço da tecnologia digital e a disseminação da *internet* trouxeram inúmeros benefícios para a sociedade, mas também originaram desafios, entre eles o uso problemático da *internet* (UPI) (Chang & Hung, 2020). Este fenómeno tem vindo a ser estudado dado o seu impacto no bem-estar dos indivíduos (Fernandes et al., 2019). Embora ainda não exista consenso sobre a sua classificação como transtorno/perturbação, alguns investigadores associam o UPI a CA e compulsivos (Chang & Hung, 2020). Young e Griffiths foram pioneiros no estudo desta problemática (Young, 1998; Young, 2004; Griffiths, 1995).

Young, em 1998, estudou a existência da adição à *internet* e os problemas decorrentes do seu uso excessivo. Utilizando critérios adaptados do DSM-IV para a perturbação do jogo para esta adição, a autora desenvolveu o "questionário de adição à *internet*" e identificou diferenças significativas no comportamento e no uso da *internet* entre os indivíduos considerados dependentes e não dependentes (Young, 1998). Os seus resultados sugeriram que a adição à *internet* pode levar a prejuízos académicos, sociais e ocupacionais (Young, 1998). No entanto, destacou a necessidade de outras pesquisas e intervenções clínicas para abordar esta questão. Mais tarde, em 2004, a mesma autora explorou as principais consequências associadas à adição à *internet*, incluindo os seus efeitos no humor e nos desempenhos académico, social e laboral (Young, 2004). Young também discutiu os fatores de risco e algumas estratégias de intervenção para lidar com esta questão (Young, 2004).

Em 1995, Griffiths explorou o conceito das dependências tecnológicas e definiu-as como sendo comportamentos não químicos que envolvem a interação com dispositivos tecnológicos e que compartilham características das dependências químicas (por exemplo, a tolerância, os sintomas de abstinência e a recaída). Griffiths argumentou que estas dependências podem ser tão prejudiciais quanto as químicas e que afetam negativamente a vida dos indivíduos nas suas diversas esferas: saúde mental, relações sociais e desempenho laboral (Griffiths, 1995). O autor discutiu ainda a necessidade de critérios diagnósticos específicos para este tipo de

dependências e de abordagens terapêuticas (Griffiths, 1995).

Outros conceitos semelhantes incluem a "dependência da *internet*", o "uso compulsivo da *internet*" e o "uso patológico da *internet*" (Fernandes et al., 2019). Contudo, Beard e Wolf (2001, p. 378) introduziram o conceito "uso problemático da *internet*" e definiram-no como o "uso da *internet* que causa dificuldades psicológicas, sociais, académicas e laborais na vida dos indivíduos". Para além disso, propuseram modificações nos critérios de diagnóstico para esta problemática para uma melhor compreensão e identificação deste comportamento (Beard & Wolf, 2001).

Em 2001, Davis propôs um modelo cognitivo-comportamental para explicar o UPI. O autor distinguiu entre UPI generalizado (caracterizado por um uso excessivo e não específico da *internet*) e específico (relacionado a atividades *online* particulares, como jogos ou redes sociais) (Davis, 2001). O seu modelo sugere ainda que fatores cognitivos, como as crenças disfuncionais sobre a *internet*, e comportamentais, como as estratégias de *coping* inadequadas, contribuem para o desenvolvimento e manutenção do UPI (Davis, 2001). Para além disso, Davis enfatizou a importância de se abordar estes fatores nas intervenções terapêuticas do tratamento do UPI (Davis, 2001).

O UPI parece partilhar algumas semelhanças com a neurobiologia dos CACS e pode desenvolver-se pela interação entre fatores genéticos, ambientais e comportamentais (Werling & Grünblatt, 2022; Haghighatfard et al., 2023; Rył et al., 2024; Chung et al., 2019; Yu et al., 2024; Garza et al., 2024; Pettorruso et al., 2020).

Em Portugal, um estudo de 2022 mostrou que a prevalência de utilização de *internet* nos últimos 12 meses era de 79,6% na população geral, sendo que a faixa etária dos 15 aos 24 anos era a maior utilizadora desta ferramenta (Balsa et al., 2023). Este número era superior ao encontrado num estudo de 2016 (Balsa et al., 2023). Através do questionário de adição à *internet* de Young (1998) validado para Portugal por Pontes et al. (2014), o mesmo estudo avaliou a dependência da *internet*. Este mostrou que 0,7% da população geral apresentava uma dependência moderada e não foram identificados casos de dependência severa (Balsa et al., 2023). Os mais jovens e a população masculina apresentavam graus de dependência mais elevados (Balsa et al., 2023).

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a vida adulta e compreende o período dos 10 aos 19 anos (Papalia & Feldman, 2013; OMS, 2023). É caracterizada por mudanças físicas, cognitivas e psicossociais (Papalia & Feldman, 2013). O cérebro ainda não está totalmente desenvolvido, tornando os julgamentos dos adolescentes menos precisos e racionais (Papalia & Feldman, 2013; Loureiro, 2020; Diekema, 2020). Os sistemas cerebrais relacionados com a motivação e a impulsividade também estão imaturos, o que pode explicar a maior propensão dos adolescentes a comportamentos de risco (Papalia & Feldman, 2013; Rosenbaum & Hartley, 2018).

O UPI começa a desenvolver-se na fase mais precoce da adolescência, sendo evidente o aumento de tempo dispendido na *internet* na procura de novas experiências e sensações (Liu et al., 2022; Odgers & Jensen, 2020). Em fases mais tardias, o adolescente procura a socialização e pode ser influenciado pelos pares, e o UPI é evidenciado por alterações nos hábitos de sono e sintomas depressivos (Liu et al., 2022; Brown & Anistranski, 2020; Özparlak et al., 2023).

A promoção da saúde e a prevenção da doença nas faixas etárias mais prematuras é crucial para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis (Vidal & Meshi, 2023). Através da promoção da literacia em saúde mental, os jovens desenvolvem a sua capacitação (Sampaio et al., 2023b). Serão capazes de tomar decisões conscientes e informadas para a adoção de comportamentos saudáveis (DGS, 2023; Sampaio et al., 2023b). Para isso, o EEESMP pode implementar intervenções da área de especialidade como a intervenção psicoeducacional (Sampaio et al., 2023b). A psicoeducação tem-se mostrado eficaz na prevenção de CASS, nomeadamente, ao nível do uso da *internet* (Martínez-Hernández & Lloret-Irles, 2023; Cañas & Estévez, 2021). Esta abordagem permite sensibilizar e consciencializar sobre os riscos destes comportamentos desajustados (Cañas & Estévez, 2021).

## 4.2. Clientes

### Cliente

Comunidade

## 4.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
10-12-2024 14:15	Comportamento aditivo	04-02-2025 15:30

### 4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A instituição de ensino tinha já mostrado interesse e solicitado a realização de uma intervenção pela EE sobre os CASS e a evidência disponível mostrava que esta temática era vista como um

problema significativo na população jovem. Foi, por isso, identificado o domínio "Comportamento Aditivo".

Foi planeado um primeiro contacto para avaliação de necessidades sobre o CASS. Foram aplicados dois instrumentos de avaliação distintos: a escala de adição à internet (Pontes et al., 2014) e um questionário de avaliação de conhecimento sobre os CASS.

Relativamente ao primeiro instrumento de avaliação, foi possível identificar um aluno com dependência severa e três com dependência moderada (anexo 3). À aplicação do questionário, verificou-se um défice de conhecimento generalizado sobre a temática (anexo 4).

Considerando o défice de conhecimento existente, tornou-se relevante averiguar a motivação para aprender sobre o tema e a integridade da cognição (Inott & Kennedy, 2011; Kennedy & Parish, 2021). A motivação é crucial para a aprendizagem, pois determina o nível de esforço e o envolvimento do indivíduo (Inott & Kennedy, 2011; Kennedy & Parish, 2021). A cognição é essencial no processo de aprendizagem na medida em que influencia a aquisição, organização e utilização da informação transmitida (Inott & Kennedy, 2011; Kennedy & Parish, 2021). Ambos os critérios foram cumpridos, uma vez que não existiam alunos na turma com necessidades educativas especiais e todos verbalizaram querer saber mais sobre os CASS.

#### 4.4. Conceção de Cuidados

##### Comportamento aditivo

10-12-2024 14:15

10-12-2024 14:15 - Comportamento aditivo sem substâncias - Uso problemático da Internet

**10-12-2024 14:15 - Determinar evolução do comportamento aditivo sem substâncias** [FIM] 04-02-2025 15:30

**10-12-2024 14:15 - Comportamento aditivo sem substâncias** [RESOLVIDO]

04-02-2025 15:30

*10-12-2024 14:15 - Avaliar evolução do comportamento aditivo sem substâncias*

*10-12-2024 14:15 - Referenciar indivíduos para Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

**10-12-2024 14:15 - Promover autocontrolo: comportamento aditivo sem substâncias** [FIM] 04-02-2025 15:30

10-12-2024 14:15 - Conhecimento sobre comportamento aditivo sem substâncias: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**10-12-2024 14:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre comportamento aditivo sem substâncias** [RESOLVIDO] 04-02-2025 15:30

*10-12-2024 14:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre comportamento aditivo sem substâncias*

10-12-2024 14:15 - Executar intervenção psicoeducacional (anexo 5)

#### 4.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do comportamento aditivo sem substâncias

- Aplicar instrumento de avaliação: escala de adição à internet.

Avaliar evolução do conhecimento sobre comportamento aditivo sem substâncias

- Aplicar questionário sobre comportamentos aditivos sem substâncias.

Executar intervenção psicoeducacional (anexo 5)

- Sessão 01: apresentar o conceito de comportamentos aditivos sem substâncias, promover a reflexão sobre o impacto destes na vida quotidiana (anexo 6);
- Sessão 02: ensinar sobre as causas e consequências dos comportamentos aditivos sem substâncias (anexo 7);
- Sessão 03: ensinar sobre o impacto dos comportamentos aditivos sem substâncias no sono, identificar estratégias para melhorar os hábitos de sono (anexo 8);
- Sessão 04: ensinar sobre o impacto dos comportamentos aditivos sem substâncias nas emoções e nas relações e formas de prevenção (anexo 9);
- Sessão 05: avaliar o conhecimento adquirido sobre comportamentos aditivos sem substâncias, avaliar eficácia da intervenção, fornecer materiais extra de consolidação de conhecimentos (anexo 10).

#### 4.6. Síntese relativa ao caso

Foi abordada uma turma do 7º ano de escolaridade inserida no PNSE. Na aplicação dos instrumentos de avaliação, foram identificados casos de dependência à internet e défice de conhecimento sobre CASS.

Para os casos de dependência identificados, foi realizada a sua referenciação para o EE. A intervenção, nestes casos, seria a título individual e não em contexto de grupo. A resposta seria mais individualizada e adequada às necessidades de cada pessoa.

O défice de conhecimento generalizado identificado na turma foi trabalhado através de uma intervenção psicoeducacional em grupo. A avaliação dos resultados obtidos foi realizada através da realização de um novo questionário. Obteve-se um aumento generalizado do conhecimento sobre os CASS, o que mostrou a eficácia da intervenção realizada (anexo 11).

A adequação das sessões em termos de duração foi um obstáculo, uma vez que era apenas disponibilizado um tempo letivo e a participação ativa da turma condicionava, por vezes, o

desenrolar da sessão. Para além disso, a necessidade de ajustar a linguagem, tornando-a mais acessível e adequada às características da população-alvo foi desafiante.

## 5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As competências são consideradas como um processo dinâmico de integração de conhecimento, comportamentos, julgamento clínico, habilidades, valores e atitudes com o objetivo de prestar cuidados efetivos, seguros e de qualidade (Mrayyan et al., 2023; Rahmah et al., 2022). Alguns autores classificam-nas como *hard skills* (competências técnicas) ou *soft skills* (competências socioemocionais) (Rosa et al., 2022). É através da sua aquisição que o profissional de Enfermagem presta cuidados com segurança e eficazes no seu contexto laboral específico (Moyo et al., 2022).

Através do seu Modelo de Aquisição de Competências (MAC), Patricia Benner (1982; 2004) mostrou que o profissional de Enfermagem desenvolve as suas competências ao longo do tempo (tanto através da experiência como da aquisição de conhecimento). À medida que as vai adquirindo, evolui ao longo de cinco categorias distintas (desde “novato” até “perito”) (Benner, 1982; Benner, 2004). No primeiro estadio (“novato”), o enfermeiro inicia a sua prática clínica, não tem ainda experiência clínica, o seu conhecimento é superficial e teórico, e a sua capacidade de lidar com o imprevisível é reduzida (Benner, 1982; Benner, 2004). Quando já tem alguma experiência prática (cerca de um a dois anos - estadio “iniciante avançado”), o enfermeiro desenvolve a sua aprendizagem através de situações específicas, mas ainda é muito dependente de regras e indicações (Benner, 1982; Benner, 2004). No estadio “competente” (dois a três anos de experiência), o enfermeiro desenvolve o seu senso de responsabilidade e autonomia, toma decisões de forma mais eficiente e desenvolve a sua capacidade de avaliar e priorizar tarefas (Benner, 1982; Benner, 2004). O enfermeiro com mais de três anos de experiência (estadio “proficiente”) vê as situações de forma holística, antecipa problemas e reconhece padrões mais complexos (Benner, 1982; Benner, 2004). No último estadio (“perito”), o enfermeiro já tem uma vasta experiência clínica, age de forma intuitiva, é capaz de lidar com situações complexas e imprevisíveis, e toma decisões com base no seu vasto conhecimento e experiência (Benner, 1982; Benner, 2004).

A crescente complexidade dos cuidados de enfermagem, resultante da evolução do conhecimento científico, do avanço tecnológico e da diversificação das necessidades em saúde, tem exigido dos profissionais uma preparação mais aprofundada (Regulamento n.º 140/2019; Teixeira, 2022). A diferenciação e a especialização surgem como elementos fundamentais para garantir a qualidade, a segurança e a eficácia das intervenções de Enfermagem (Regulamento n.º 140/2019; Teixeira, 2022). Ao EE são reconhecidas competências ao nível científico, técnico e humano, essenciais para a prestação de cuidados de Enfermagem especializados (Regulamento n.º 140/2019). Neste sentido, o EEESMP detém um conjunto de competências

comuns (partilhadas pelos EE de todas as áreas de especialidade) e específicas (representativas da área da saúde mental e psiquiátrica) (Regulamento n.º 140/2019). O desenvolvimento deste leque de competências é essencial para que o EE seja capaz de intervir eficazmente nas problemáticas aditivas e ambos os contextos de estágio proporcionaram momentos de aprendizagem essenciais para este processo.

## **5.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

As competências comuns do EE referem-se às capacidades que todo o EE deve possuir, independentemente da sua área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019). Estão organizadas em quatro domínios distintos que englobam o conhecimento técnico-científico, a gestão, a liderança e a ética (Regulamento n.º 140/2019). Estas competências garantem que o EE seja um profissional altamente qualificado, capaz de oferecer cuidados diferenciados e de liderar mudanças na prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

### **5.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal**

O primeiro domínio das competências comuns do EE refere-se ao seu compromisso em exercer a Enfermagem de uma forma segura, ética e em conformidade com as normas legais e deontológicas (Regulamento n.º 140/2019). Esse domínio inclui duas competências principais: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, e a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019). A prática de Enfermagem é regulamentada pelo REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) (OE, 2015a). O artigo 8.º do mesmo documento declara que "os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" (OE, 2015a, p. 101). O estatuto da OE abarca um conjunto de artigos que orientam a prática de Enfermagem (OE, 2015a).

Através dos artigos 99.º e 100.º do estatuto da OE, este determina a responsabilidade e o respeito pelos direitos humanos como princípios orientadores para a prática de Enfermagem e os deveres deontológicos que acompanham o profissional de Enfermagem (OE, 2015a). O seu artigo 105.º "dever de informação" estatui que o Enfermeiro deve "informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de Enfermagem" e "respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado" (OE, 2015a, p. 83). Também a lei n.º 35/2023 (p. 4), através do seu artigo 7.º (alíneas C e E), determina que "as pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental têm o direito de (...) decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, na medida da sua capacidade, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos (...) e sobre a sua participação em investigação e ensaios, estudos clínicos ou atividades de formação". O consentimento informado, esclarecido e livre é uma "manifestação do respeito

pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia" (DGS, 2015b, p. 9). Todas as intervenções desenvolvidas ao longo do processo de desenvolvimento de competências foram antecedidas por uma breve explicação das mesmas aos utentes e apresentados os seus objetivos. Após feita a proposta de intervenção, era obtido o consentimento verbal dos utentes. Para a realização dos estudos de caso, foi preenchido um consentimento escrito pelos utentes, permitindo o seu envolvimento no processo de prestação de cuidados (anexo 12 e 13). O artigo 106.º do estatuto da OE refere-se ao dever de sigilo. Este declara que o Enfermeiro deve assegurar a confidencialidade de toda a informação da pessoa alvo de cuidados e "manter o anonimato sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados" (OE, 2015a, p. 84). Durante a elaboração deste relatório e noutras oportunidades de exposição do trabalho desenvolvido durante o período de estágio, foi assegurada a anonimização dos utentes, certificando o cumprimento deste dever. Para além disso, a informação do utente era apenas partilhada com os elementos da equipa multidisciplinar que tinham uma intervenção direta no seu plano de cuidados. Do mesmo documento, o artigo 102.º diz que o enfermeiro deve "abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores" (OE, 2015a, p. 82). A neutralidade e a aceitação incondicional do próximo foram fundamentais para a construção de uma relação terapêutica eficaz. Alguns utentes referiam sentirem-se vulneráveis e escrutinados devido ao estigma associado à sua condição. Isto tinha impacto na sua autoestima e a forma como se relacionavam com os outros. Neste sentido, promoveu-se um ambiente seguro e livre de preconceitos onde não se sentissem constrangidos. Considerou-se que sem este aspeto, o estabelecimento da relação terapêutica fica comprometida e, conseqüentemente, o cumprimento dos objetivos estabelecidos para as intervenções realizadas. O artigo 104.º diz respeito ao dever do enfermeiro em "assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas" (OE, 2015a, p. 83). A formalização deste aspeto foi uma prática recorrente ao longo do estágio. Os registos de Enfermagem eram realizados atempadamente e de uma forma breve, mas objetiva. Uma vez que não era possível a presença diária no local de estágio, isto permitiu a continuidade de cuidados pelo EE supervisor.

Os princípios bioéticos e os direitos humanos estão profundamente interligados, pois ambos têm como base a dignidade, a liberdade e a igualdade dos indivíduos (Nações Unidas, 2015). Na Enfermagem, a prática profissional garante o respeito e a proteção dos direitos humanos dos utentes (ICN, 2011; Newham et al., 2020). Os direitos humanos garantem que todas as pessoas tenham liberdade de escolha sobre as suas vidas e os tratamentos que lhes são propostos e que tenham acesso a cuidados de saúde (Nações Unidas, 2015; Newham et al., 2020). O princípio bioético da autonomia assegura que os profissionais de saúde respeitem as decisões dos utentes, fornecendo informações claras para o consentimento informado (Varkey, 2020). Tal como já referido anteriormente, os utentes foram informados sobre o seu processo de cuidados,

tendo aceitado a realização das intervenções propostas. Foram utilizadas estratégias de comunicação para promover a compreensão da informação transmitida e a tomada de decisão informada. Para além disso, os utentes participaram ativamente na elaboração do seu plano de cuidados individualizado. Tiveram a oportunidade de expressar as suas preferências e os seus objetivos pessoais durante as consultas de Enfermagem, e foram envolvidos na identificação das suas necessidades, na definição dos resultados esperados e na escolha das intervenções mais adequadas. Isto promoveu a corresponsabilização e o *empowerment* ao longo de todo o processo terapêutico. O princípio da beneficência exige que os profissionais ajam para o bem-estar dos utentes, promovendo a saúde e minimizando o sofrimento (Varkey, 2020). O princípio da não maleficência reforça a obrigação de evitar danos desnecessários, protegendo os utentes de intervenções inadequadas ou abusivas (Varkey, 2020). Ambos os princípios sustentam o direito humano à saúde (Varkey, 2020). As intervenções planeadas e executadas ao longo do estágio tinham como objetivo promover o bem-estar psicológico e social e eram ajustadas às necessidades individuais do utente. A empatia e a disponibilidade demonstradas promoveram um ambiente seguro e humanizado. A bioética exige, ainda, que os cuidados de saúde sejam prestados de forma justa e equitativa, sem discriminação por raça, género, *status* socioeconómico ou qualquer outra condição (Varkey, 2020). Isso está alinhado com o direito à igualdade e à não discriminação, assegurando que todos tenham acesso ao tratamento necessário (Varkey, 2020). Ao longo do estágio, foi assegurado que todos os utentes eram recebidos de forma igualitária e que todos tinham acesso aos cuidados e intervenções adequados às suas necessidades.

A aplicação de princípios deontológicos e de normas legais na prática clínica permitiu o desenvolvimento das competências inerentes a este domínio das competências comuns do EE. A participação na tomada de decisão em equipa e a prestação de cuidados humanizados, com respeito pelos direitos dos utentes e a sua autonomia, permitiram a consolidação da capacidade de atuar de forma ética e responsável no exercício profissional. Este domínio das competências comuns do EE reforça o seu papel como um profissional que presta cuidados de saúde avançados e um defensor dos direitos dos utentes e do exercício profissional responsável.

### **5.1.2. Melhoria contínua da qualidade**

O domínio da melhoria contínua da qualidade foca-se na promoção de práticas seguras e eficazes na prestação de cuidados de Enfermagem, garantindo a otimização dos serviços de saúde (Regulamento n.º 140/2019). Inclui três competências principais: dinamizar iniciativas estratégicas institucionais na governação clínica, desenvolver práticas de qualidade e colaborar em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019). A melhoria contínua da qualidade influencia positivamente os cuidados prestados (Ramos et al., 2021).

A qualidade em saúde refere-se à prestação de cuidados acessíveis, equitativos e eficazes, ajustados às necessidades dos cidadãos e aos recursos disponíveis (Despacho n.º 5613/2015). Além de garantir a satisfação e adesão dos utentes, a qualidade exige eficiência e efetividade na prestação dos serviços (Despacho n.º 5613/2015). Também a OE (2001, p. 5-6) afirma que "criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária" para a "melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros". Na área de especialidade de ESMP, os padrões de qualidade foram definidos para serem utilizados como ferramenta de apoio à melhoria contínua dos cuidados especializados e como "referencial para a reflexão sobre a prática especializada em ESMP" (OE, 2011, p. 1). Neste sentido, o EE deve ter um papel ativo nesta área, participando em programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019).

Na UCC estavam já a ser implementados programas de melhoria contínua da qualidade, com foco na otimização dos cuidados prestados. Houve a oportunidade de participar ativamente na avaliação de necessidades através da aplicação de instrumentos de avaliação. Em oposição, na unidade do CRI não existiam programas de melhoria contínua desenvolvidos e/ou implementados. Por exemplo, na execução do processo de Enfermagem, não eram utilizados instrumentos de avaliação na identificação de diagnósticos. Deste modo, foi utilizado o ciclo PDCA (**P**lan, **D**o, **C**heck, **A**ct) para estruturar o processo de melhoria desta necessidade identificada (OE, 2013). Na primeira fase (**P**lan) foi identificado o problema e elaborado um algoritmo para orientar a seleção e aplicação das ferramentas mais adequados perante um determinado foco de atenção. Este algoritmo (anexo 14) estruturava o processo de seleção, garantindo a escolha de instrumentos validados e alinhados com as necessidades do utente, facilitando a tomada de decisão clínica e promovendo a uniformidade e qualidade dos cuidados prestados. Na segunda fase (**D**o), foi aplicado o algoritmo na prática clínica ao longo de todo o estágio. A avaliação da sua eficácia (**C**heck) e a necessidade de ajustamento (**A**ct) ficaram a cargo da EE supervisora, uma vez que essas atividades foram realizadas após o término do estágio. No entanto, ao longo da sua aplicação, foi possível perceber a sua mais-valia no processo de tomada de decisão.

Este domínio enfatiza ainda a importância do EE garantir um ambiente terapêutico e seguro para assegurar a "efetividade terapêutica e a prevenção de incidentes" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747). Esta competência foca ainda a importância do envolvimento da família no processo de transição saúde-doença do indivíduo, permitindo a recuperação, o bem-estar e a segurança dos utentes (Regulamento n.º 140/2019). Através do artigo 89.º da deontologia profissional de Enfermagem, o enfermeiro deve ainda "contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa", tornando-a o seu centro de ação (OE, 2015b, p. 98). A segurança e a qualidade dos cuidados são asseguradas através da implementação de dotações seguras, do nível de qualificação dos profissionais e do seu perfil de competências (Regulamento n.º 743/2019).

Ao longo do estágio e em todas as intervenções realizadas junto dos utentes, as suas várias

necessidades foram tidas em conta. Foi criado um ambiente seguro, através de práticas como a escuta ativa, a empatia e o respeito pela individualidade dos utentes. Isto contribuiu para o desenvolvimento de uma relação terapêutica sólida e com valorização das competências e recursos de cada indivíduo, promovendo a sua autonomia. Além disso, as atividades terapêuticas foram adaptadas às necessidades e escolhas dos utentes, proporcionando um espaço que favoreceu a expressão e o crescimento pessoal. A falta de recursos humanos nem sempre permitiu uma prestação de cuidados eficaz. Contudo, houve um contributo ativo para suprir estas lacunas através da adoção de medidas proativas e assumindo responsabilidades adicionais.

### **5.1.3. Gestão de cuidados**

O domínio da gestão de cuidados assegura o papel do EE na gestão qualidade dos cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). O profissional deve ser capaz de se articular com a restante equipa prestadora de cuidados para otimizar a sua resposta (Regulamento n.º 140/2019). Para além disso, a qualidade dos cuidados deve ser assegurada através da gestão de recursos e da adaptação da liderança (Regulamento n.º 140/2019).

O profissional de Enfermagem faz parte de uma equipa multidisciplinar que presta cuidados holísticos, contribuindo para os ganhos em saúde dos utentes e para a sua satisfação (Srinivas et al., 2023; Korylchuk et al., 2024). Neste sentido, o EE deve colaborar nas tomadas de decisão da equipa, otimizando o processo de cuidados (Regulamento n.º 140/2019). Para além disso, o EE deve ser capaz de reconhecer a necessidade de encaminhamento para outros prestadores de cuidados (Regulamento n.º 140/2019). Esta competência permite ainda ao EE delegar tarefas naqueles que lhes são funcionalmente dependentes (e com competências desenvolvidas) e desde que estejam asseguradas a segurança e a qualidade (Regulamento n.º 140/2019; OE, 2015a). No entanto, a responsabilidade por esses cuidados continua a ser do profissional de Enfermagem (OE, 2015a).

No contexto de respostas diferenciadas, houve a possibilidade de contribuir de forma significativa para a prestação de cuidados, participando ativamente no processo de tomada de decisão da equipa multidisciplinar. O plano de intervenção para cada utente era definido em conjunto pelos vários elementos da equipa, tendo havido a oportunidade de participar nessas reuniões e contribuir com sugestões. Eram assim definidos planos individuais de cuidados para os utentes de acordo com as suas necessidades. O desenvolvimento do processo de tomada de decisão pessoal foi possível através de avaliações de necessidades e respetivo planeamento de cuidados de acordo com a evidência científica disponível. Neste processo, quando foi identificada uma situação de incompatibilidade, o utente foi referenciado para outro EE. Foi o caso da impossibilidade de reunir condições em termos de horário entre o profissional de saúde e o utente para a implementação de uma intervenção no contexto da comunidade. Isto permitiu

a prestação de cuidados adequados e a continuidade dos mesmos. Em termos de delegação de tarefas, não houve a necessidade de o fazer em qualquer um dos contextos.

Ainda neste domínio, o EE deve adequar os recursos às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 140/2019). Isto implica adequar o estilo de liderança aos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019). Ao longo do estágio, não houve oportunidade de desenvolver esta competência. No entanto, esta poderia ser operacionalizada através da realização de avaliações sistemáticas das condições de saúde dos utentes e das dinâmicas da equipa para garantir a distribuição eficiente dos recursos. Para além disso, poderia ser ajustada a abordagem de liderança de acordo com as características da equipa e as exigências dos contextos. O estilo de liderança adotado poderia também fomentar o desenvolvimento profissional da equipa e promover um ambiente colaborativo.

#### **5.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O último domínio do regulamento de competências comuns do EE foca o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Estas implicam o desenvolvimento pelo profissional de Enfermagem do seu autoconhecimento e de competências de assertividade (Regulamento n.º 140/2019). Para além disso, está explícito que o EE deve utilizar a evidência científica como base para a sua prática clínica especializada (Regulamento n.º 140/2019).

O autoconhecimento, peça central na prática de Enfermagem, é a capacidade de compreender a própria identidade, emoções, pensamentos, valores e comportamentos (Younas et al., 2019; Regulamento n.º 140/2019). Envolve a reflexão sobre as nossas forças, limitações, motivações e reações diante das situações do dia a dia (Younas et al., 2019). Isto permite uma melhoria no processo de tomada de decisões e nas relações interpessoais, para além de favorecer o crescimento enquanto profissional (Younas et al., 2019).

A experiência de um dos contextos de estágio ter sido desenvolvido no âmbito da saúde escolar foi um desafio que contribuiu significativamente para o desenvolvimento pessoal e profissional. Este tipo de contexto tinha sido já identificado como um desafio pelo seu tipo de população, levando ao confronto de algumas inseguranças. No entanto, foi possível desenvolver o autoconhecimento através do reconhecimento de dificuldades, como a comunicação em público e a adaptação da linguagem à população-alvo *in loco*. Isto permitiu o desenvolvimento de competências comunicacionais (ex.: paralinguística e proxémica) e de técnicas de comunicação (ex.: orientação e silêncio) que contribuíram para a melhoria de abordagens futuras. Esta vivência permitiu reforçar a capacidade de lidar com desafios e de adaptação a diferentes contextos de atuação da Enfermagem. No contexto de respostas diferenciadas, o autoconhecimento desenvolveu-se ao nível da identificação de possíveis atitudes estigmatizantes para com os utentes com CA. A evidência mostrou que os profissionais de

saúde que apresentam estas atitudes contribuem para a ineficácia do tratamento (Avery, 2019; Hayek et al., 2024). A realização de uma reflexão pessoal diária sobre a prática clínica contribuiu para uma maior consciencialização sobre os preconceitos inconscientes e para um processo de desconstrução dessas perceções. Procurou-se ainda eliminar estas atitudes, promovendo uma intervenção mais humanizada e digna.

O EE deve ainda ser capaz de reconhecer e antecipar situações de conflito e utilizar técnicas para a sua resolução (Regulamento n.º 140/2019). Uma dessas técnicas é a assertividade (Souza et al., 2018). A assertividade permite expressar emoções, necessidades e opiniões, mantendo sempre o respeito pelo próximo (Awate & Rukumani, 2021). Na área de especialidade, a assertividade é essencial para o desenvolvimento da resiliência e confiança para lidar com situações de conflito (Laranjeira & Querido, 2020).

Ao longo do estágio de respostas diferenciadas, presenciaram-se algumas situações de discórdia e descontentamento por parte de alguns utentes para com a equipa de Enfermagem. Estas circunstâncias permitiram a gestão de desafios comunicacionais e o estabelecimento de limites de forma equilibrada e profissional com recurso a técnicas de comunicação assertiva. Foi exemplo a técnica do "disco riscado" (Sequeira, 2016). Numa situação de hostilidade em que um utente elevou o tom de voz e apresentou um comportamento desadequado e persistente, esta estratégia permitiu gerir a situação de forma calma, assertiva e profissional, evitando o escalamento do conflito. Para além disso, a comunicação assertiva permitiu o desenvolvimento de uma relação terapêutica baseada no respeito mútuo, essencial para prática de Enfermagem especializada e para a obtenção de ganhos em saúde.

Outra das competências deste domínio diz respeito ao processo de decisão nos cuidados de saúde com base em evidência científica, atual e pertinente (Regulamento n.º 140/2019). A prática baseada na evidência (PBE) é uma abordagem que combina três fatores: a melhor evidência científica disponível, a perícia/experiência clínica do profissional de saúde, e as preferências e valores do utente (Saraswati & Kumar, 2023). Permite melhorar o processo de tomada de decisão e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados, a segurança do utente, a autonomia do profissional e o seu raciocínio clínico (Silva et al., 2021; Saraswati & Kumar, 2023; Pinto & Mota, 2023). Isto contribuiu para o desenvolvimento da Enfermagem, promovendo uma prática mais fundamentada, segura e eficiente (Saraswati & Kumar, 2023).

O estágio clínico revelou-se uma oportunidade para desenvolver e consolidar estas competências de tomada de decisão fundamentadas na PBE. Permitiu a compreensão da importância de integrar a melhor evidência científica disponível, a experiência profissional em desenvolvimento e as preferências individuais dos indivíduos alvos de cuidados, garantindo uma abordagem de cuidados mais segura, eficaz e humanizada. Os diferentes contextos clínicos contribuíram para aprimorar o pensamento crítico e a capacidade de analisar e interpretar a evidência disponível, adaptando-a às necessidades específicas identificadas. A consulta de

artigos científicos e de protocolos institucionais foi essencial para fundamentar as intervenções desenvolvidas, promovendo maior confiança e autonomia na tomada de decisão. Esta experiência reforçou a importância da melhoria contínua da prática de enfermagem, assegurando cuidados mais qualificados e alinhados com os avanços científicos. Decorrente da análise de necessidades formativas em serviço no contexto de respostas diferenciadas, foram identificadas áreas que requeriam um reforço de competências e atualização de conhecimentos. São exemplos o controlo de infeção e gestão do *stress* em contexto laboral. Contudo, apesar de o reconhecimento da sua importância para a qualificação da equipa e para a melhoria da prática clínica, e de ter sido proposta a realização destas ações formativas, não foi possível desenvolver as mesmas devido a diversos constrangimentos inerentes aos contextos. Alguns fatores como as limitações de tempo, a carga assistencial elevada e as restrições organizacionais impediram a concretização das iniciativas planeadas.

## **5.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**

As competências específicas do EEESMP são “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). A especialização em ESMP tem como objetivo promover a saúde mental, e prevenir, diagnosticar e intervir em situações de sofrimento, alteração ou perturbação mental (Regulamento n.º 515/2018). O EEESMP possui competências que permitem uma abordagem diferenciada na sua prática clínica (Regulamento n.º 515/2018). As suas intervenções visam ajudar as pessoas a recuperar a saúde mental, otimizar as respostas à doença e evitar a exclusão social (Regulamento n.º 515/2018). Para tal, o EEESMP mobiliza conhecimentos científicos, técnicos e humanos, assegurando um julgamento clínico especializado e promovendo relações terapêuticas eficazes (Regulamento n.º 515/2018).

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

O primeiro domínio das competências específicas do EEESMP foca os processos de autoconhecimento e de desenvolvimento profissional, essenciais na prática especializada de ESMP (Regulamento n.º 515/2018). A capacidade de estabelecer uma relação terapêutica e executar as intervenções inerentes à área de especialidade, fundamentais para a obtenção de ganhos em saúde, é influenciada pelos níveis de autoconhecimento dos profissionais

(Regulamento n.º 515/2018). A existência de lacunas no processo de conhecimento de si mesmo pode condicionar os resultados do processo terapêutico (Regulamento n.º 515/2018).

A relação terapêutica em Enfermagem é um processo dinâmico entre o indivíduo objeto de cuidados e o profissional de Enfermagem (OE, 2011). O seu objetivo é pôr em prática o projeto de saúde do utente (OE, 2011; Townsend & Morgan, 2018a). A comunicação é um elemento fundamental para estabelecer uma relação terapêutica eficaz (Portela et al., 2020). Favorece a compreensão mútua, fortalece o vínculo entre o profissional e o utente, e contribui para a obtenção de resultados positivos no processo de cuidar (Portela et al., 2020; Rasheed et al., 2019). A autoconsciência é outro elemento essencial para a construção da relação terapêutica saudável, no desenvolvimento do juízo crítico de profissional de Enfermagem e no processo de tomada de decisão (Rasheed et al., 2019). É um processo dinâmico que tem por base o autoconhecimento de emoções, sentimentos, valores e limitações (Rasheed et al., 2019). Permite ainda identificar situações de transferência e contratransferência na relação terapêutica (Rasheed et al., 2019).

O contacto com os utentes ao longo do estágio permitiu uma reflexão contínua sobre emoções, valores e comportamentos que o profissional de Enfermagem pode ter perante diferentes contextos. A utilização de ferramentas de autoavaliação da relação terapêutica e da comunicação interpessoal em momentos distintos do estágio foi fundamental para identificar alguns aspetos a melhorar (Coelho et al., 2021; Lopes et al., 2013). Por exemplo, reconheceu-se a importância de oferecer *feedback* ao utente sobre os resultados do processo de Enfermagem e de auxiliá-lo na identificação de estratégias/no uso dos seus recursos internos para alcançar os seus objetivos. Foi possível fazer uma monitorização destes domínios e aperfeiçoá-los ao longo dos momentos de contacto com os utentes. A experiência de lidar com situações de grande carga emocional e comportamentos desafiantes contribuiu para um maior autocontrolo e para o desenvolvimento de estratégias que favoreceram a adaptação a cada contexto clínico. A regulação emocional através da escrita e da autorreflexão, e a realização de pausas para relaxamento foram algumas estratégias adotadas, que se mostraram importantes e eficazes. A autoconsciência demonstrou-se fundamental na construção de relações terapêuticas sólidas, através de uma comunicação empática e ajustada às necessidades individuais de cada pessoa. A adoção de técnicas de comunicação assertiva, como a técnica dos cinco eu's, foram importantes para a promoção da empatia na relação com o utente (Sequeira, 2016). Para além disso, a escuta ativa revelou-se fulcral na validação dos sentimentos dos utentes. Eles referiam sentir-se ouvidos e compreendidos. A reflexão individual e com os EE supervisores em reuniões de avaliação intercalares e finais sobre as interações e as decisões tomadas ao longo do percurso de estágio contribuíram para uma maior capacidade de adaptação. Isto permitiu atuar com mais segurança, adequação e responsabilidade. A prática clínica e a autoavaliação/autorreflexão mostraram-se fundamentais para o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência. Estes aspetos indispensáveis para a atuação do EEESMP

permitiram fortalecer a identidade profissional e contribuir para uma Enfermagem mais consciente e centrada no outro.

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

O segundo domínio das competências específicas do EEESMP foca a otimização da saúde mental do indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, da família, de grupos ou de comunidades (Regulamento n.º 515/2018). Isto inclui a promoção e a proteção da saúde e a prevenção da doença mental (Regulamento n.º 515/2018). A avaliação de necessidades é essencial, sendo por meio de vários métodos: entrevista com recursos a competências de comunicação e sensibilidade cultural e linguística, observação e consulta de registos (Regulamento n.º 515/2018).

A saúde e o desenvolvimento de doenças mentais são influenciados pelos ambientes social, económico e físico onde vivem as pessoas (OMS, 2014; Oliveros et al., 2022; Arango et al., 2021). É importante a avaliação destes fatores para agir antecipadamente e prevenir o desenvolvimento de perturbações mentais (OMS, 2014). Esta avaliação é feita durante a primeira etapa do processo de Enfermagem, através de diferentes técnicas e métodos, como a entrevista e a observação (Oliveira et al., 2023; Townsend & Morgan, 2018b). Enquanto a entrevista permite a recolha de dados subjetivos, a observação possibilita ao Enfermeiro a colheita de dados objetivos (Oliveira et al., 2023; Townsend & Morgan, 2018b). Ambas as formas de avaliação são importantes e permitem a identificação de diagnósticos de Enfermagem após a sua análise (Oliveira et al., 2023). Num paralelo com a TRI de Peplau, é possível reconhecer que é na fase de orientação que esta avaliação ocorre (Peplau, 1991). O Enfermeiro acolhe ao utente e recolhe informação, identificando as suas necessidades (Peplau, 1991; Howk, 2004).

Ao longo do estágio, houve a oportunidade de realização de consultas de Enfermagem, com a aplicação da técnica de entrevista e da observação para a colheita de dados (anexo 1). A condução de entrevistas permitiu aprimorar a capacidade de recolha de informação essencial, adotando uma comunicação estruturada e empática. Isto garantiu um ambiente de confiança e facilidade na expressão de preocupações e necessidades por parte dos utentes. Paralelamente, a observação clínica revelou-se uma ferramenta indispensável para complementar a informação verbalmente fornecida, permitindo a identificação de sinais e sintomas que poderiam não ser espontaneamente relatados pelo utente. Este contacto direto com a prática possibilitou uma maior sensibilidade para uma avaliação minuciosa, consolidando a capacidade de avaliação e de tomada de decisão. A experiência adquirida foi determinante para o reforço da competência na recolha e interpretação de dados, contribuindo para uma intervenção mais assertiva e adequada às necessidades individuais de cada utente.

Diversos fatores e experiências que diferem de pessoa para pessoa influenciam a saúde mental e podem despoletar o aparecimento de doenças mentais (OMS, 2012). A adoção de estratégias que permitam ao indivíduo trabalhar os seus fatores protetores é essencial (OMS, 2012). A promoção da saúde mental é essencial para a prevenção da doença mental, gerando ganhos em saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Singh et al., 2022). De todos os níveis de prevenção, a promoção da saúde é vista como um tipo de prevenção primária (Singh et al., 2022). Foca os indivíduos vulneráveis ao desenvolvimento de doença mental e as suas intervenções podem ser direcionadas a indivíduos específicos ou a grupos (Singh et al., 2022). Dá relevo aos fatores protetores da saúde mental e minimiza os fatores de risco da doença mental (Singh et al., 2022). A promoção da saúde é conseguida através do desenvolvimento da literacia em saúde mental, por meio de intervenções de educação para a saúde (Loureiro, 2024; OE, 2023a). A intervenção psicoeducacional é uma intervenção específica no âmbito da educação para a saúde (OE, 2023a). Inclui, por exemplo, o ensino sobre causas e fatores de risco para a doença mental e formas de ajuda disponível, tornando-se essencial para a capacitação dos indivíduos (Conselho Nacional de Saúde, 2019; OE, 2023a).

Relativamente aos projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, não houve oportunidade de desenvolver um projeto de raiz. Contudo, foi possível participar nos projetos já em curso na UCC e desenvolver uma intervenção psicoeducacional no âmbito da saúde escolar (estudo de caso apresentado no capítulo anterior - anexo 5). Esta intervenção teve como objetivo aumentar a literacia em saúde mental de um grupo de risco ao desenvolvimento de CASS. Contribuiu para a promoção da saúde mental através da partilha de conhecimentos e do desenvolvimento de competências para a adoção de comportamentos saudáveis.

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

Este domínio das competências do EEESMP foca o processo de Enfermagem (Regulamento n.º 515/2018). É realçada a importância da utilização de evidência científica no planeamento de cuidados para a recuperação da saúde mental (Regulamento n.º 515/2018). O indivíduo alvo de cuidados deve ter um papel ativo no desenvolvimento deste processo para a obtenção de melhores resultados (Regulamento n.º 515/2018).

O processo de Enfermagem é o método científico dinâmico utilizado pelos seus profissionais na prestação de cuidados que facilita o processo de tomada de decisão (Townsend & Morgan, 2018). É constituído por várias etapas: avaliação inicial do utente, diagnóstico de necessidades, identificação de resultados, planeamento de intervenções e a sua implementação, e avaliação dos resultados obtidos (Townsend & Morgan, 2018a). É um processo que tem como objetivo a

prestação de cuidados de qualidade (Townsend & Morgan, 2018b).

Ao longo do estágio, houve a oportunidade de aplicar o processo de Enfermagem em diferentes alvos, desde o indivíduo ao grupo. A nível individual, no contexto de respostas diferenciadas, para além do estudo de caso desenvolvido e apresentado neste relatório, foram realizadas outras consultas de Enfermagem onde foi aplicado o processo de Enfermagem de forma sistemática e estruturada. Estes contactos permitiram uma avaliação abrangente das necessidades dos utentes com CA com e sem substâncias. Foi realizada uma avaliação inicial do utente e, com base nas informações obtidas, foi possível identificar os diagnósticos de Enfermagem. Foram definidos os resultados esperados e planeadas as intervenções da área de especialidade (como a EM). A avaliação das intervenções permitiu avaliar a sua eficácia, assegurando a qualidade dos cuidados prestados. A nível grupal, no contexto de comunidade, seguiram-se as mesmas etapas do processo de Enfermagem. No entanto, teve-se especial atenção à estruturação e implementação das sessões de psicoeducação, ajustadas às características dos participantes. A adaptação da linguagem e das estratégias pedagógicas foram indispensáveis, dado tratar-se de uma faixa etária mais jovem. Estas sessões permitiram promover a literacia em saúde mental, melhorar a gestão emocional e contribuir para a prevenção de comportamentos de risco. A prestação dos cuidados foi conduzida de acordo com a evidência científica disponível. A experiência dos diferentes contextos clínicos permitiu ampliar a capacidade de adaptação e reforçar a importância de ajustar o processo de enfermagem às especificidades de cada grupo-alvo, refletindo-se nos estudos de caso apresentados. O primeiro teve como foco a intervenção individual, com ênfase na personalização dos cuidados e na avaliação contínua do utente. O segundo foi direcionado à intervenção em grupo. Estes mostraram a intervenção do EEESMP junto da pessoa ao longo do seu ciclo de vida, desde a pessoa como ser único e individual até à sua integração num grupo/comunidade.

A metodologia de gestão de caso é uma abordagem estruturada de prestação de cuidados de saúde que tem como objetivo principal garantir que os utentes recebam os cuidados mais apropriados, no momento certo e da forma mais eficiente possível (Mokhtari et al., 2023). A avaliação de necessidades do utente, planeamento dos cuidados e execução das intervenções de Enfermagem foram aspetos realizados ao longo do estágio. No entanto, a metodologia de gestão de caso implica também a monitorização e avaliação contínua do utente, e a articulação com outros serviços de saúde (quando necessário). Estes aspetos não foram passíveis de serem desenvolvidos ao longo do estágio. As questões de incompatibilidade de horário foram o fator mais preponderante.

#### **5.2.4. 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**

O último domínio das competências específicas do EEESMP foca os diferentes tipos de intervenções que este pode executar (Regulamento n.º 515/2018). Podem ser do âmbito psicoterapêutico, psicoeducacional, psicossocial ou sócio terapêutico (Regulamento n.º 515/2018). Têm como objetivo auxiliar o utente na promoção do seu bem-estar mental, na sua melhoria ou apoiando-o na aceitação da sua condição (Regulamento n.º 515/2018).

A prática clínica proporcionou a oportunidade de implementar as diversas intervenções com o objetivo de manter, melhorar e recuperar a saúde mental dos utentes, mobilizando os seus recursos individuais, familiares e comunitários. Um dos estabelecimentos de ensino sob a alçada da EE supervisora no contexto de comunidade identificou uma necessidade no âmbito dos CASS (conforme apresentado no estudo de caso). Foi desenvolvida a intervenção psicoeducacional para lhe dar resposta (anexo 5). Esta intervenção permitiu a capacitação dos utentes para a prevenção de CA e na procura de ajuda na presença de uma adição. Isto foi ao encontro do papel de recurso do EE na relação terapêutica ao transmitir informação clara e acessível, promovendo a literacia em saúde e dando resposta às necessidades (Peplau, 1991; Howk, 2004). No âmbito da intervenção psicoterapêutica, foi possível desenvolver abordagens centradas na promoção do *insight* e na mudança de comportamento. A execução da EM (anexo 2) permitiu identificar ambivalências, promover a autorreflexão e incentivar a tomada de decisões mais conscientes e alinhadas com os objetivos pessoais de cada utente. No contexto de respostas diferenciadas, outras intervenções psicoterapêuticas (como a TMC) poderiam ter sido realizadas. Contudo, não surgiu a oportunidade de o fazer por não terem sido identificados utentes com critérios para a sua realização. Não obstante, foi elaborado um fluxograma que auxilia o processo de tomada de decisão na identificação da intervenção psicoterapêutica de Enfermagem mais adequada a cada indivíduo (anexo 14). Em contexto de comunidade, foi identificado um aluno com perturbação de ansiedade exacerbada por um processo de doença grave no contexto familiar. Foi implementada a intervenção "Relação de Ajuda" pela EE supervisora, uma vez que não houve a oportunidade de a realizar por constrangimentos de horário.

Ao longo do estágio, foi possível desenvolver competências junto de utentes, a nível individual e em grupo. A abordagem individual permitiu a personalização dos cuidados, respeitando as particularidades de cada utente e adaptando as intervenções às suas necessidades. A intervenção em grupo possibilitou o desenvolvimento de competências para a gestão das dinâmicas grupais, como a comunicação e o uso de metodologias que permitiam a participação ativa. Além disso, a experiência dos diferentes contextos permitiu compreender e atuar em diferentes fases do ciclo de vida, desde a adolescência até a idade adulta, garantindo uma resposta ajustada às particularidades de cada faixa etária.

Este domínio dá realce ao papel de líder e conselheiro do EE ao ajudar o utente a definir objetivos terapêuticos e a alcançá-los, e a refletir sobre os seus comportamentos (Peplau, 1991; Howk, 2004). O estágio representou uma oportunidade essencial para a consolidação desta competência. Permitiu a aplicação prática de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de uma abordagem terapêutica estruturada, centrada no utente e orientada para a obtenção de ganhos efetivos em saúde mental.

Outras intervenções, como as sócio terapêuticas e as psicossociais, são intervenção do âmbito da especialidade (Regulamento n.º 515/2018). A intervenção sócio terapêutica é um processo que foca o utente no seu contexto social (OE, 2023b; Cavanagh, 2021). Tem como objetivo trabalhar as interações dentro do grupo, refletindo sobre relações familiares e sociais (OE, 2023b; Cavanagh, 2021). Esta intervenção é realizada, por exemplo, no âmbito das comunidades terapêuticas (OE, 2023b). Uma vez que os contextos de estágio não se enquadravam nos parâmetros anteriores, não foi possível desenvolver este tipo de intervenção. As intervenções psicossociais estão inseridas no âmbito da reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, ajudando-a a ultrapassar as limitações causadas pela doença (Regulamento n.º 515/2018; Oliveira & Filipe, 2009). Tem como objetivo promover o *empowerment* e desenvolver competências pessoais e sociais e orientação vocacional (Oliveira & Filipe, 2009). Requerem um acompanhamento prolongado e uma abordagem estruturada direcionada à reintegração social e funcional dos utentes (Oliveira & Filipe, 2009; Yildiz, 2021). Durante o estágio, não foi possível implementar este tipo de intervenções. Tendo em conta os contextos de estágio, a abordagem assistencial privilegiava o tratamento e/ou a promoção da saúde mental. Por isso, a prioridade foi dada a medidas imediatas de prestação de cuidados e de psicoeducação.



## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O EEESMP desempenha um papel essencial na prevenção, tratamento e reabilitação de indivíduos com CA, através de uma abordagem estruturada, baseada na evidência e centrada na pessoa. A complexidade das dependências exige uma intervenção especializada, que vá além do controlo dos sintomas e que promova uma mudança significativa na vida dos utentes. O EEESMP assume múltiplas funções, combinando competências psicoterapêuticas e psicoeducacionais para atuar nos diferentes domínios dos CA.

A EM, enquanto técnica baseada na evidência, mostrou-se uma ferramenta indispensável para melhorar a motivação interna dos indivíduos para a mudança. Permitiu que estes refletissem sobre os seus comportamentos e mobilizassem recursos para a mudança comportamental. A intervenção psicoeducacional teve um impacto positivo na literacia em saúde mental e na capacitação dos indivíduos. Permitiu a partilha de conhecimentos e a aquisição de estratégias importantes para a adoção de comportamentos saudáveis. A relação terapêutica estabelecida pelo EE é um dos pilares da prestação de cuidados e é fundamental para construir um ambiente de confiança, aceitação e respeito. A escuta ativa, a empatia e a adaptação da comunicação às necessidades individuais são elementos que potenciam a eficácia das intervenções. Permitem que o EE tenha um papel facilitador na mudança comportamental e, assim, potenciar a obtenção de ganhos em saúde mental.

Ao longo da prática clínica, a aquisição de competências da área de especialidade exigiu a aplicação contínua do pensamento crítico para avaliar as necessidades dos utentes, definir as prioridades e selecionar as intervenções adequadas. A necessidade de adaptação revelou-se fundamental perante a diversidade de contextos e perfis dos utentes, ajustando as abordagens terapêuticas e as estratégias comunicacionais. Para além disso, o processo de tomada de decisão foi constantemente mobilizado, garantindo que cada intervenção fosse baseada em evidência científica e adaptada às particularidades de cada utente. O EE não intervém apenas nas áreas de intervenção diretamente relacionadas com os CA. Ele ajuda também o indivíduo a reconstruir a sua identidade e autonomia.

Tendo em conta os desafios contínuos na área dos CA, destacam-se algumas necessidades para a melhoria dos cuidados prestados: a formação contínua das equipas, a investigação e a presença de EEESMP nos contextos específicos dos CA. A formação contínua, como o processo de especialização, é essencial para a prestação de cuidados adequados e de qualidade através do desenvolvimento pessoal e profissional do Enfermeiro. A investigação, como o desenvolvimento de estudos de caso, permite a produção de conhecimento científico essencial

para o desenvolvimento da Enfermagem e da prática baseada na evidência. A integração de EEESMP nas equipas terapêuticas permite uma intervenção especializada, facilitando o processo de transição do utente e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Este relatório evidencia a importância do EE na abordagem dos CA. As intervenções estruturadas e baseadas na evidência têm um impacto positivo na prevenção dos CA, na recuperação dos utentes e na sua qualidade de vida. O papel do EEESMP é, portanto, indispensável para a prestação de cuidados de saúde mental mais acessíveis, inclusivos e eficazes.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, L. Y. (2017). Peplau's contributions to psychiatric and nursing knowledge. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 1(1), e10–e18. <https://doi.org/10.22374/jmhan.v1i1.3>

Agência da União Europeia sobre Drogas. (2024). *Relatório Europeu Sobre Drogas 2024 – Tendências e Desenvolvimentos*. <https://www.euda.europa.eu/system/files/documents/2024-06/edr-2024-compiled-pdf-14.06.2024v2.pdf>

Alves, G. C., Peres, F. S., Silva, C. M., Friedrich, J. de C. P., Zucco, J. V. G., Macuch, R. da S., & Milani, R. G. (2024). Psicoeducação em contextos de saúde mental: uma revisão sistemática. *Arquivos De Ciências Da Saúde Da UNIPAR*, 28(1), 577–592. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i1.2024-10906>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. (5ª edição, texto revisto). American Psychiatric Association Publishing.

Amoah, V. M. K., Anokye, R., Boakye, D. S., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Okyere, E., Kumi-Boateng, G., Yeboah, C., & Afriyie, J. O. (2019). A qualitative assessment of perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients. *BMC Nursing*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0>

Antons, S., Brand, M., & Potenza, M. N. (2020). Neurobiology of cue-reactivity, craving, and inhibitory control in non-substance addictive behaviors. *Journal of the Neurological Sciences*, 415, 116952. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116952>

Appelbaum, L. G., Shenasa, M. A., Stolz, L., & Daskalakis, Z. (2022). Synaptic plasticity and mental health: methods, challenges and opportunities. *Neuropsychopharmacology*, 48(1), 113–120. <https://doi.org/10.1038/s41386-022-01370-w>

Arango, C., Dragioti, E., Solmi, M., Cortese, S., Domschke, K., Murray, R. M., Jones, P. B., Uher, R., Carvalho, A. F., Reichenberg, A., Shin, J. I., Andreassen, O. A., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2021). Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry*, 20(3), 417–436. <https://doi.org/10.1002/wps.20894>

Avery, J. D. (2019). The stigma of addiction in the medical community. In Avery, J. D., & Avery, J. J. (Eds). *The stigma of addiction: an essential guide* (p. 81-92). Springer Cham.

Awate, S. K., & Rukumani, J. (2021). Assertiveness in nursing. *International Journal of Advanced Psychiatric Nursing*, 3(2), 20–23. <https://www.psychiatricjournal.net/article/view/58/3-2-3>

Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2023). *V inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2022: Relatório final*. ICAD. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/51029/1/INPG2022.pdf>

Bandhu, D., Mohan, M. M., Nittala, N. a. P., Jadhav, P., Bhadauria, A., & Saxena, K. K. (2024). Theories of motivation: A comprehensive analysis of human behavior drivers. *Acta Psychologica*, 244, 104177. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104177>

Barroso, T. (2022). Entrevista motivacional. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (p. 97-101). Lidel.

Beard, K. W., & Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 4(3), 377-383. <https://doi.org/10.1089/109493101300210286>

Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407. <https://doi.org/10.2307/3462928>

Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science Technology & Society*, 24(3), 188-199. <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>

Bonnet, U., Specka, M., Soyka, M., Alberti, T., Bender, S., Grigoleit, T., Hermle, L., Hilger, J., Hillemacher, T., Kuhlmann, T., Kuhn, J., Luckhaus, C., Lüdecke, C., Reimer, J., Schneider, U., Schroeder, W., Stuppe, M., Wiesbeck, G. A., Wodarz, N., McAnally, H. & Scherbaum, N. (2020). Ranking the Harm of Psychoactive drugs including Prescription Analgesics to Users and Others—A perspective of German Addiction Medicine Experts. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.592199>

Brown, B. B., & Anistranski, J. A. (2020). Peer influence in adolescence. *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*, 1-11. <https://doi.org/10.1002/9781119171492.wecad398>

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2020). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Guanabara Koogan.

Cabral, A., & Lavrador, M. (2023). Revisão sobre a utilização de anti-inflamatórios não esteroides. *Boletim do CIM - Ordem dos Farmacêuticos*. [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/boletim\\_abr\\_jun\\_2023\\_108215684264bfe3d89c5d9.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/boletim_abr_jun_2023_108215684264bfe3d89c5d9.pdf)

Camarneiro, A. P. F. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(7), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20145>

Cañas, E., & Estévez, E. (2021). Intervention Programs for the Problematic Use of the Internet and Technological Devices: A Systematic Review. *Electronics*, 10(23), 2923.

<https://doi.org/10.3390/electronics10232923>

Carbonell, X., Carmona, A., & Rabadan, J. L. (2023). Nosología de las adicciones comportamentales, características clínicas fundamentales: estado actual del tema. In Socidrogalcohol (Ed.), *Guía clínica sobre adicciones comportamentales basada en la evidencia* (p. 13-38). Maquetación: Martín Gràfic. [https://socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2024/02/Guia\\_Adicciones\\_Comportamentales\\_completa-1.pdf](https://socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2024/02/Guia_Adicciones_Comportamentales_completa-1.pdf)

Carvalho, Á. C., Matos, C., Minderico, C., De Almeida, C. T., Abrantes, E., Mota, E. A., Nunes, E., Von Amann, G. P., Lopes, I., Bettencourt, J., Ribeiro, J. P., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, M., Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R., & Lima, R. M. (2017). *Referencial de educação para a saúde*. [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial\\_educacao\\_saude\\_novo.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_novo.pdf)

Cavanagh, S. L. (2021). Sociotherapy in the Time of COVID-19: A Critical position paper on the importance of Sociology. *Journal of Applied Social Science*, 15(2), 211-225. <https://doi.org/10.1177/1936724421998275>

Chang, J. P., & Hung, C. (2020). Problematic internet use. In Rey, J. M., & Martin, A. (Eds). *JM Rey's IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. [https://iacapap.org/\\_Resources/Persistent/4faedf368bd64f98816116bc138897b5f7be1465/H.6-INTERNET-ADDICTION-072012.pdf](https://iacapap.org/_Resources/Persistent/4faedf368bd64f98816116bc138897b5f7be1465/H.6-INTERNET-ADDICTION-072012.pdf)

Chung, S., Lee, J., & Lee, H. K. (2019). Personal factors, internet characteristics, and environmental factors contributing to adolescent internet addiction: a public health perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4635. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234635>

Coelho, J. C. F., Sampaio, F. M. C., Nogueira, M. J. C., Da Cruz Sequeira, C. A., Del Mar Lleixà Fortuño, M., & Merino, J. R. (2021). Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), 981-994. <https://doi.org/10.1111/jpm.12796>

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

Crits-Christoph, P., Rieger, A., Gaines, A., & Gibbons, M. B. C. (2019). Trust and respect in the patient-clinician relationship: preliminary development of a new scale. *BMC Psychology*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0347-3>

Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187-195. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(00\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(00)00041-8)

Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: Série I, nº 38. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>

Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Diário da República: 1ª Série, nº 150. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>

Demetrovics, Z., Van Den Brink, W., Paksi, B., Horváth, Z., & Maraz, A. (2022). Relating Compulsivity and Impulsivity with Severity of Behavioral Addictions: A Dynamic Interpretation of Large Scale Cross-Sectional Findings. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.831992>

Despacho nº 10143/2009 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. (2009). Diário da República: Série II, nº 74. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>

Despacho nº 2976/2014 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Diário da República: Série II, nº 37. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/02/037000000/0540205403.pdf>

Despacho nº 5613/2015 do Ministro da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Diário da República: Série II, nº 102. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Di Nicola, M., De Crescenzo, F., D'Alò, G. L., Remondi, C., Panaccione, I., Moccia, L., Molinaro, M., Dattoli, L., Lauriola, A., Martinelli, S., Giuseppin, G., Maisto, F., Crosta, M. L., Di Pietro, S., Amato, L., & Janiri, L. (2019). Pharmacological and Psychosocial Treatment of Adults with Gambling Disorder: A Meta-Review. *Journal of Addiction Medicine*, 14(4), e15-e23. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000574>

Diekema, D. S. (2020). Adolescent brain development and medical decision-making. *Pediatrics*, 146(1), S18-S24. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0818f>

Dinis-Oliveira, R. J., & Magalhães, T. (2020). Abuse of licit and illicit psychoactive substances in the workplace: medical, toxicological, and forensic aspects. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 770. <https://doi.org/10.3390/jcm9030770>

Direção Geral da Saúde. (2015a). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. [https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa\\_NSE\\_2015.pdf](https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2015b). *Norma nº 015/2013*. [https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS\\_atualizado%204Nov2015.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf)

Direção Geral da Saúde. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030 — Plano estratégico*.

<https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COM-PORTAMENTAIS-23-30.pdf>

Dowling, N., Merkouris, S., Lubman, D., Thomas, S., Bowden-Jones, H., & Cowlshaw, S. (2022). Pharmacological interventions for the treatment of disordered and problem gambling. *Cochrane Library*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008936.pub2>

Edinoff, A. N., Akuly, H. A., Hanna, T. A., Ochoa, C. O., Patti, S. J., Ghaffar, Y. A., Kaye, A. D., Viswanath, O., Urits, I., Boyer, A. G., Cornett, E. M., & Kaye, A. M. (2021). Selective serotonin reuptake inhibitors and adverse effects: a narrative review. *Neurology international*, 13(3), 387–401. <https://doi.org/10.3390/neurolint13030038>

Esteves, S. L. (2023). A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: Um instrumento facilitador à adesão do medicamento. *Revista Portuguesa de Literacia em Saúde*, 1. <https://splspportugal.com/wp-content/uploads/2023/11/98.pdf>

Fernandes, B., Maia, B. R., & Pontes, H. M. (2019). Adição à internet ou uso problemático da internet? Qual dos termos usar? *Psicologia USP*, 30. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190020>

Ferrer-Pérez, C., Montagud-Romero, S., & Blanco-Gandía, M. C. (2024). Neurobiological Theories of Addiction: A Comprehensive Review. *Psychoactives*, 3(1), 35–47. <https://doi.org/10.3390/psychoactives3010003>

Fullard, D. A. (2018). Teaching the importance of developing the therapeutic relationship. In MacMillan, T. & Sisselman-Borgia, A. (Eds). *New directions in treatment, education, and outreach for mental health and addiction*. Springer.

Gabellini, E., Lucchini, F., & Gattoni, M.E. (2023). Prevalence of Problem Gambling: A Meta-analysis of Recent Empirical Research (2016–2022). *Journal of Gambling Studies*, 39, 1027–1057. <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10180-0>

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. *American Journal of Medical and Clinical Research & Reviews*, 2(12), 1–10. <https://ajmccr.com/index.php/pub/article/view/113/111>

Garaigordobil, M. (2023). Educational psychology: the key to prevention and child-adolescent mental health. *Psicothema*, 35(4), 327–339. <https://doi.org/10.7334/psicothema2023.1>

Gardner, E. L. (2021). Animal models of addiction. In El-Guebaly, N., Carrà, G., Galanter, M., & Baldacchino, A. M. (Eds). *Textbook of addiction treatment: International perspectives*. (p. 911–927). Springer.

Garcia-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V., & Aragay, N. (2018). Eficacia de la intervención Motivacional y la Terapia Cognitivo-conductual para el

tratamiento del Juego Patológico. *Adicciones*, 30(3), 219.  
<https://doi.org/10.20882/adicciones.965>

Garza, S. a. C., Aguilar, R. J., & Chow, Á. a. R. (2022). Problematic internet use and personality traits: results in working age adults. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 53(2), 142-148.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.03.002>

Griffiths, M. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum*, 1(76), 14-19.  
<https://doi.org/10.53841/bpscpf.1995.1.76.14>

Gullo, M. J., Wood, A. P., & Saunders, J. B. (2022). Criteria for the establishment of a new behavioural addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 191-198.  
<https://doi.org/10.1556/2006.2022.00031>

Haghighatfard, A., Ghaderi, A. H., Mostajabi, P., Kashfi, S. S., Somehsarayee, H. M., Shahrani, M., Mehrasa, M., Haghighat, S., Farhadi, M., Sefat, M. M., Shir Yazdi, A. A., Ezzati, N., Qazvini, M. G., Alizadenik, A., & Moghadam, E. R. (2023). The first genome-wide association study of internet addiction; Revealed substantial shared risk factors with neurodevelopmental psychiatric disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 133, 104393.  
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104393>

Harada, T., Aikawa, Y., Takahama, M., Yumoto, Y., Umeno, M., Hasegawa, Y., Ohsawa, S., & Asukai, N. (2022). A 12-session relapse prevention program vs psychoeducation in the treatment of Japanese alcoholic patients: a randomized controlled trial. *Neuropsychopharmacology Reports*, 42(2), 205-212. <https://doi.org/10.1002/npr2.12248>

Harris, B., & Panozzo, G. (2019). Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: attitudes and perceptions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1220-1227. <https://doi.org/10.1111/inm.12611>

Hayek, S. E., Foad, W., Filippis, R., Ghosh, A., Koukach, N., Khier, A. M. M., Pant, S. B., Padilla, V., Ramalho, R., Tolba, H., & Shalbafan, M. (2024). Stigma toward substance use disorders: a multinational perspective and call for action. *Frontiers in Psychiatry*, 15.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1295818>

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 91-111. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>

Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau: enfermagem psicodinâmica. In Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de Enfermagem*. Lusodidacta.

Infarmed. (2023). *Infomed - Base de dados de medicamentos de uso humano*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml>

Inott, T., & Kennedy, B. B. (2011). Assessing learning styles: practical tips for patient education. *Nursing Clinics of North America*, 46(3), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2011.05.006>

International Council of Nurses. (2006). *Dotações seguras salvam vidas: instrumentos de informação e ação*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf)

International Council of Nurses. (2011). *Nurses and human rights*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E10\\_Nurses\\_Human\\_Rights%281%29.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E10_Nurses_Human_Rights%281%29.pdf)

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

International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2013a). *Linhas de orientação para a intervenção em dissuasão*. [https://sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Linhas\\_de\\_Orientacao\\_para\\_a\\_Intervencao\\_em\\_Dissuasao.pdf.pdf](https://sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Linhas_de_Orientacao_para_a_Intervencao_em_Dissuasao.pdf.pdf)

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2013b). *Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. [https://sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/Documents/Rede\\_de\\_Referenciacao\\_17\\_03\\_2014.pdf](https://sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/Documents/Rede_de_Referenciacao_17_03_2014.pdf)

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2017). *Linhas de orientação técnica para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências sem substância: a perturbação de jogo*. <https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?key=&doc=130542&img=16028&save=true>

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2019). *Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos - Dossier Temático*. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/51132/1/Jogo%20Internet%20e%20outros%20comportamentos%20aditivos.pdf>

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2021). *Enquadramento epidemiológico: uma breve perspetiva da situação atual*. <https://sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/Documents/2021/EnquadramentoEpidemiologicoPN2021.pdf>

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2023a). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências — PNRCAD 2030*. [https://www.consultalex.gov.pt/ConsultaPublica\\_Detail.aspx?Consulta\\_Id=241](https://www.consultalex.gov.pt/ConsultaPublica_Detail.aspx?Consulta_Id=241)

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2023b). *Relatório Anual 2022 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=604&languageId=1>

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2023c). *Relatório Anual 2022 – A Situação do País em Matéria de Álcool*. <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=608&languageId=1>

Kennedy, M. B., & Parish, A. L. (2021). Educational theory and cognitive science. *Nursing Clinics of North America*, 56(3), 401–412. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.04.006>

Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2021). The transdiagnostic mechanisms of behavioral addictions and their treatment. In El-Guebaly, N., Carrà, G., Galanter, M. & Baldacchino, A. M. (Eds). *Textbook of addiction treatment: International perspectives*. (p. 911-927). Springer.

Korylchuk, N., Pelykh, V., Nemyrovych, Y., Didyk, N., & Martsyniak, S. (2024). Challenges and benefits of a multidisciplinary approach to treatment in clinical medicine. *Journal of Pioneering Medical Science*, 13(3), 1–9. <https://doi.org/10.61091/jpms202413301>

Laranjeira, C. A., & Querido, A. I. (2020). Assertiveness training of novice psychiatric nurses: a necessary approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(7), 699–701. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1838008>

Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O., Moutinho, L., Morgado, T., Tomás, C., Gomes, J., & Querido, A. (2023). Therapeutic adherence of people with mental disorders: an evolutionary concept analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3869. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053869>

Lei nº30/2000 da Assembleia da República (2000). Diário da República: 1ª série - A, nº 276. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2000/11/276a00/68296833.pdf>

Lei nº35/2023 da Assembleia da República (2023). Diário da República: 1ª série, nº 141. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>

Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas Em Psicologia*, 25(1), 17–28. <https://doi.org/10.9788/tp2017.1-02>

Liu, S., Xu, B., Zhang, D., Tian, Y., & Wu, X. (2021). Core symptoms and symptom relationships of problematic internet use across early, middle, and late adolescence: A network analysis. *Computers in Human Behavior*, 128, 107090. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.107090>

Lopes, R. C. C., Azeredo, Z. A. S., & Rodrigues, R. M. C. (2013). Interpersonal communication assessment scale: psychometric study of the Portuguese version. *Journal of Professional Nursing*, 29(1), 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.04.010>

Loureiro, R. J. (2020). Decision making in adolescents: a multifaceted construct. *Journal of*

*Human Growth and Development*, 30(2), 160–163. <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10362>

Loureiro, L. (2024). Acerca dessa coisa a que chamamos literacia em saúde mental. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(3), 1–8. <https://doi.org/10.12707/RVI24.19.34548>

Magill, M., Martino, S., & Wampold, B. (2021). The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: A review and brief guide. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 126, 108442. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108442>

Martínez-Hernández, N., & Lloret-Irles, D. (2023). Are School-Based Interventions effective in Preventing Internet misuse? A systematic review. *Journal of Prevention*, 45(2), 193–212. <https://doi.org/10.1007/s10935-023-00757-9>

Mastropietro, S., Favieri, F., Forte, G., Locuratolo, N., Mannarelli, D., Pauletti, C., Fattapposta, F., & Casagrande, M. (2022). Behavioral Addictions Questionnaire (BAQ): Validation of a new tool for the screening of multiple addictive behaviors in the Italian population. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00906-x>

Matone, A., Gandin, C., Ghirini, S., & Scafato, E. (2022). Alcohol and substance use disorders diagnostic criteria changes and innovations in ICD-11: An overview. *Clinical Psychology in Europe*, 4(Special Issue). <https://doi.org/10.32872/cpe.9539>

Matos, G. P. da S. M., dos Santos, A. F., Acioli, D. M. S., da Silva, E. F., & Guerra Junior, J. I. (2024). Benzodiazepínicos: uma revisão de literatura sobre uso indiscriminado, dependência e efeitos colaterais. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(2), e67735. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-007>

Melo-Dias, C., & Silva, C. (2019). Teoria da aprendizagem social de bandura na formação de habilidades de conversação. *Psicologia, Saúde & Doença*, 20(1), 101–111. <https://doi.org/10.15309/19psd200108>

Mersha, A., Abera, A., Tesfaye, T., Abera, T., Belay, A., Melaku, T., Shiferaw, M., Shibiru, S., Estifanos, W., & Wake, S. K. (2023). Therapeutic communication and its associated factors among nurses working in public hospitals of Gamo zone, southern Ethiopia: application of Hildegard Peplau's nursing theory of interpersonal relations. *BMC Nursing*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01526-z>

Michaelsen, M. M., & Esch, T. (2023). Understanding health behavior change by motivation and reward mechanisms: a review of the literature. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 17. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1151918>

Milic, J., Lohan, A., Petch, J., Turner, W., & Casey, L. (2021). The effectiveness of a motivational interviewing treatment for Help-Seeking Problem Gamblers in a community organization. *Journal of Gambling Studies*, 38(2), 607–626. <https://doi.org/10.1007/s10899-021-10045-y>

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow*. Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527-537. <https://doi.org/10.1037/a0016830>
- Miranda, M. B. S. (2021). Desvelando conceitos: a questão das substâncias psicoativas. *Journal of Dentistry & Public Health*, 12(2), 77-80. <https://doi.org/10.17267/2596-3368dentistry.v12i2.4209>
- Mokhtari, S., Khezri, A., Oskuei, S. D., Gharekhani, M., Jannati, A., & Gholizadeh, M. (2023). Evaluating case management models in healthcare: a systematic review. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences*. [https://www.cjmb.org/uploads/pdf/pdf\\_CJMB\\_609.pdf](https://www.cjmb.org/uploads/pdf/pdf_CJMB_609.pdf)
- Moorhead, S., Johnson, M., & Swanson, E. (2020). *NOC - Classificação dos resultados de Enfermagem*. Guanabara Koogan.
- Moreira, D. F. N., Santos, I. L., Azevedo, B. M. E. P., De Araújo, D. D., & Gusmão, R. O. M. (2020). Diagnósticos de enfermagem identificados em usuários de álcool e outras drogas. *Enfermagem Em Foco*, 10(5). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n5.2623>
- Moreira, D., Dias, P., Azeredo, A., Rodrigues, A., & Leite, Â. (2024). A Systematic Review on Intervention Treatment in Pathological Gambling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(3), 346. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030346>
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J. M., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Roldán-Merino, J. F., Lluch-Canut, T., & Montesó-Curto, P. (2017). Implementation of evidence on the nurse patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: Study protocol. *BMC Nursing*, 16(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0197-8>
- Morgado, T. M. M., Loureiro, L. M. J., & Rebelo Botelho, M. A. (2022). Acceptability and Feasibility of the ProLiSMental Psychoeducational Intervention to Promote Adolescents' Mental Health Literacy on Anxiety in a School Context. *Issues in mental health nursing*, 43(6), 532-542. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1999541>
- Moury, C., & Escada, M. (2022). Understanding successful policy innovation: the case of Portuguese drug policy. *Addiction*, 118(5), 967-978. <https://doi.org/10.1111/add.16099>
- Moyo, N., Jones, M., & Gray, R. (2022). What are the core competencies of a mental health nurse? A concept mapping study involving five stakeholder groups. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(4), 933-951. <https://doi.org/10.1111/inm.13003>
- Mrayyan, M. T., Abunab, H. Y., Khait, A. A., Rababa, M. J., Al-Rawashdeh, S., Algunmeeyn, A., & Saraya, A. A. (2023). Competency in nursing practice: a concept analysis. *BMJ Open*, 13(6),

e067352. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352>

Nações Unidas. (2015). *Universal declaration of human rights*. [https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr\\_booklet\\_en\\_web.pdf](https://www.un.org/en/udhrbook/pdf/udhr_booklet_en_web.pdf)

Nair, L. (2019). Solution, motivation and inspiration: a brief understanding of motivational interviewing (MI). *International Journal of Indian Psychology*, 7(3). <https://doi.org/10.25215/0703.018>

Neves, T. M. A., Parreira, P. M. S. D., Rodrigues, V. J. L., & Graveto, J. M. G. N. (2021). Impact of safe nurse staffing on the quality of care in Portuguese public hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1246–1255. <https://doi.org/10.1111/jonm.13263>

Newham, R., Hewison, A., Graves, J., & Boyal, A. (2020). Human rights education in patient care: A literature review and critical discussion. *Nursing Ethics*, 28(2), 190–209. <https://doi.org/10.1177/0969733020921512>

Ngetich, R., Villalba-García, C., Soborun, Y., Vékony, T., Czakó, A., Demetrovics, Z., & Németh, D. (2024). Learning and memory processes in behavioural addiction: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 163, 105747. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105747>

Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 336–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13190>

Oliveira, C. T., & Dias, A. C. G. (2023). How can psychoeducation help in the treatment of mental disorders? *Estudos de Psicologia*, 40, e190183. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e190183>

Oliveira, S., & Filipe, C. (2009). *Guia de recursos de reabilitação psicossocial para a saúde mental*. Centro de educação especial Rainha Dona Leonor.

Oliveira, M. P. M. T., De Castro, J. S., De Oliveira Braga, E., & Raszeja, B. C. (2022). Transtorno de Jogo: contribuição da abordagem psicodinâmica no tratamento. *Psicologia USP*, 33. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e210007>

Oliveira, M. A. N., Fontoura, E. G., Silva, R. S., & Sousa, A. R. (2023). Processo de Enfermagem e sistematização da assistência de Enfermagem: marco sócio-histórico na Bahia. In Almeida, D. B., Leal, J. A. L., Carvalho, R. C., Souza, S. L., Araújo, F. G., Silva, H. S., Amaral, J. M., & Ramos, N. N. (Eds). *Processo de enfermagem e sistematização da assistência: possibilidades e perspectivas de qualificação do cuidado* (p. 15-33). Editora da Universidade Federal da Bahia.

Oliveros, B., Agulló-Tomás, E., & Márquez-Álvarez, L. J. (2022). Risk and protective factors of mental health conditions: impact of employment, deprivation and social relationships.

*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6781.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19116781>

Onnela, A., Hurtig, T., & Ebeling, H. (2021). A psychoeducational mental health promotion intervention in a comprehensive schools: recognising problems and reducing stigma. *Health Education Journal*, 80(5), 554-566. <https://doi.org/10.1177/0017896921994134>

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

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde mental*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia profissional de Enfermagem*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer CJ 64/2017*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/CJ\\_Parecer%2064\\_2017\\_DisponibilizacaolindicacaoMedicacao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2064_2017_DisponibilizacaolindicacaoMedicacao.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2023a). *Parecer nº 04/2023*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30413/parecer-mceesmp-n%C2%BA-04-2023-distinc-a-o-entre-as-int-de-enfermagem-executar-e-executar\\_anonimizado-2.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30413/parecer-mceesmp-n%C2%BA-04-2023-distinc-a-o-entre-as-int-de-enfermagem-executar-e-executar_anonimizado-2.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2023b). *Parecer nº 47/2023*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp\\_47-2023\\_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp\\_iniciativa-da-mceesmp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp_47-2023_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp_iniciativa-da-mceesmp.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (n.d.). *Adolescent health*.  
<https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and*

*risk*

*factors*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/risks\\_to\\_mental\\_health\\_en\\_27\\_08\\_12.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/risks_to_mental_health_en_27_08_12.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2014). *Social determinants of mental health*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2024a). *Classificação Internacional de Doenças-11*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt>

Organização Mundial de Saúde (2024b). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://iris.who.int/handle/10665/377960>

Özparlak, A., Karakaya, D., Önder, A., & Günbayı, İ. (2023). Problematic internet use in adolescents: A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(4), 731–742. <https://doi.org/10.1111/jpm.12900>

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2013). *Experience human development*. McGraw-Hill.

Park, J. J., King, D. L., Wilkinson-Meyers, L., & Rodda, S. N. (2022). Content and Effectiveness of Web-Based Treatments for Online Behavioral Addictions: Systematic review. *JMIR Mental Health*, 9(9), e36662. <https://doi.org/10.2196/36662>

Pavlova, S. (2024). Therapeutic communication in clinical practice. *Journal of IMAB*, 30(2), 5509–5512. <https://doi.org/10.5272/jimab.2024302.5509>

Pederson, S. D., Curley, E. J., & Collins, C. J. (2021). A Systematic Review of Motivational Interviewing to Address Substance Use with Justice-Involved Adults. *Substance Use & Misuse*, 56(5), 639–649. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1887247>

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.

Pettorruso, M., Valle, S., Cavic, E., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & Grant, J. E. (2020). Problematic Internet use (PIU), personality profiles and emotion dysregulation in a cohort of young adults: trajectories from risky behaviors to addiction. *Psychiatry Research*, 289, 113036. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113036>

Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de scoping review. *RevSALUS*, 5(1), <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>

Pontes, H. M., Patrão, I. M., & Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107–114. <https://doi.org/10.1556/jba.3.2014.2.4>

- Portela, G., Pinheiro, H. V. S., Moura, J. M. V. D., Gurgel, M. J. P., Burgo, N. O., & Correia, P. F. O. (2020). Percepções da Enfermagem acerca da comunicação terapêutica em saúde mental: uma revisão da literatura. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 7, 289-303. [https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\\_28/Trabalho\\_22\\_2020.pdf](https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_28/Trabalho_22_2020.pdf)
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 762-774. <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>
- Rahmah, N. M., Hariyati, R. T. S., & Sahar, J. (2021). Nurses' efforts to Maintain Competence: A Qualitative study. *Journal of Public Health Research*, 11(2). <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2736>
- Ramos, M., Brandão, A. L., Graever, L., & Campos, C. E. A. (2021). Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 16(43), 2736. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2736](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2736)
- Rêgo, X., Oliveira, M. J., Lameira, C., & Cruz, O. S. (2021). 20 years of Portuguese drug policy - developments, challenges and the quest for human rights. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00394-7>
- Regulamento nº 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: 2ª série, nº 122. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2ª série, nº 151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: 2ª série, nº 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: 2ª série, nº 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ribeiro, E. O., Afonso, N. H., & Morgado, P. (2021). Non-pharmacological treatment of gambling disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03097-2>
- Rosa, C. S. R., Carvalho, A. G. F., & Barja, P. R. (2022). Soft skills: desenvolvimento das competências do enfermeiro. *Revista Univap*, 28(57).

<https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v28i57.2592>

Rosenbaum, G. M., & Hartley, C. A. (2018). Developmental perspectives on risky and impulsive choice. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 374(1766), 20180133. <https://doi.org/10.1098/rstb.2018.0133>

Rył, A., Tomska, N., Jakubowska, A., Ogrodniczak, A., Palma, J., & Rotter, I. (2024). Genetic aspects of problematic and risky internet use in young men—Analysis of ANKK1, DRD2 and NTRK3 gene polymorphism. *Genes*, 15(2), 169. <https://doi.org/10.3390/genes15020169>

Safapoor, S., Yazdani, H., & Shahabi, P. (2020). A review on synthesis and applications of statin family drugs as a new generation of anti-blood medicines. *Journal of Chemical Reviews*, 2(1), 1-27. [https://www.jchemrev.com/article\\_96089\\_aec531950d67eb6acc736fdf29902dd1.pdf](https://www.jchemrev.com/article_96089_aec531950d67eb6acc736fdf29902dd1.pdf)

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0205>

Sampaio, F., Martins, A., Marques, J., Barreto, M., Seabra, P., & Lopes, S. (2023a). *Guia Orientador de Boas Práticas de intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp\\_intervencaoopsicoterapeutica\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf)

Sampaio, F. M. C., Pereira, P. F., Castro, S. A. P., Morgado, T. M. M., & Lourenço, T. M. G. (2023b). *Guia orientador de boas práticas de promoção da literacia em saúde mental*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30916/gobp\\_literaciasaudemental\\_v3ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30916/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf)

Santangelo, O. E., Provenzano, S., & Firenze, A. (2022). Risk Factors for Addictive Behaviors: A General Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6583. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116583>

Santo, A. E., Fernandes, L. G. D., Nunes, L. V. P., & Parreira, V. M. A. S. (2023). *Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf>

Santos, I. M. de P., Silva, I. Z., Toledo, A. J. F. de, Marciano, B. R., Duarte, G. G. de M., Soares, E. A., Gomes, F. S., Santos, T. de S., Martins, J. de O., & Zanetti, G. T. (2023). Insomnia: use of exogenous melatonina and its implications. *Research, Society and Development*, 12(3), e19212339010. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.39010>

Saraswati, P., & Kumar, S. (2023). A review on evidence based practice. *Mathews Journal of Nursing and Health Care*, 5(6). <https://doi.org/10.30654/MJNH.100033>

- Sassen, B. (2018). *Nursing: health education and improving patient self-management* (1ª ed). Springer.
- Scotton, W. J., Hill, L. J., Williams, A. C., & Barnes, N. M. (2019). Serotonin syndrome: pathophysiology, clinical features, management, and potential future directions. *International Journal of Tryptophan Research*, 12. <https://doi.org/10.1177/1178646919873925>
- Seabra, P. & Sequeira, C. (2022). Comportamento aditivo e abuso de substâncias (drogas, álcool e tabaco). In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (p. 136-140). Lidel.
- Seabra, P., Simões, A., Sequeira, A., Amaral, P., Filipe, F., & Sequeira, R. (2021). Caracterização do cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento para os comportamentos aditivos e dependências. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Saúde Mental*, 26, 75-91. <https://doi.org/10.19131/rpesm.311>
- Seabra, P., Nunes, I., Sequeira, R., Sequeira, A., Simões, A., Filipe, F., Amaral, P., Abram, M., & Sequeira, C. (2023). Designing a Nurse-Led Program for Self-Management of Substance Addiction Consequences: A Modified e-Delphi study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2137. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032137>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2022a). Modificação do comportamento. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (p. 193-195). Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2022b). Intervenção psicoeducacional. In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds). *Enfermagem em saúde mental - Diagnósticos e intervenções* (p. 174-176). Lidel.
- Sheikhbahaeddinzadeh, E., Ashktorab, T., & Ebadi, A. (2023). The clinical competency in post graduate psychiatric nursing students: a qualitative study. *Journal of Psychiatric Nursing*, 14(3), 232-239. <https://doi.org/10.14744/phd.2022.37132>.
- Silva, W. D. S. (2024). Neurobiologia do condicionamento pavloviano e condicionamento operante - Revisão narrativa. *Research Society and Development*, 13(11). <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i11.47523>
- Silva, J. de O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Lopes Neto, A., Melo, L. S. de, & Silva, F. J. C. P. (2021). Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros no serviço hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>
- Silva, E. M. V. B., Silva, D., Aparício, G., Bica, I., Albuquerque, C., & Cunha, M. (2020). Promoção da saúde mental das crianças: contributos dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-7. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0254>

- Silvestre, A. R. O. (2020). *Fármacos usados no tratamento da dependência de opioides*. [Tese de Mestrado, Universidade de Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9316/1/PPG\\_30979.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9316/1/PPG_30979.pdf)
- Singh, V., Kumar, A., & Gupta, S. (2022). Mental health prevention and promotion—a narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.898009>
- Souza, A. C. D., Silva, F. S., Espindola, J. S., Moreira, N. L., & Draganov, P. B. (2018). Atuação do Enfermeiro nas estratégias para resolução de conflitos. *Revista De Administração Em Saúde*, 18(73). <http://dx.doi.org/10.23973/ras.73.142>
- Srinivas, V., Choubey, U., Motwani, J., Anamika, F., Chennupati, C., Garg, N., Gupta, V., & Jain, R. (2023). Synergistic strategies: Optimizing outcomes through a multidisciplinary approach to clinical rounds. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 37(1), 144–150. <https://doi.org/10.1080/08998280.2023.2274230>
- Sussman, S., Galimov, A., Ayala, N., & Sinclair, D. L. (2022). Web-based evidence on the treatment of behavioral addictions in United States model treatment centers. *Evaluation & the Health Professions*, 46(1), 23–29. <https://doi.org/10.1177/01632787221130543>
- Tanşu, A., & Ünsal, G. (2023). Effectiveness of cognitive-behavioral-based psychoeducation in university students with smartphone addiction. *Journal of Psychiatric Nursing*, 14(2), 165–174. <https://doi.org/10.14744/phd.2022.05902>
- Teixeira, A. I. C. (2022). In Sequeira, C., & Sampaio, F. (Eds). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (p. 102–107). Lidel.
- Teodoro, T. (2022). Aspectos gerais na abordagem farmacológica das perturbações de uso do álcool. *Revista Portuguesa de Alcoologia*, 3(2), 27–45. [https://spalcoologia.pt/wp-content/uploads/2022/09/SPA\\_REVISTA\\_V3N2\\_20220929.pdf](https://spalcoologia.pt/wp-content/uploads/2022/09/SPA_REVISTA_V3N2_20220929.pdf)
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018a). *Pocket guide to psychiatric nursing* (10<sup>a</sup> ed). F. A. Davis Company.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2018b). *Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice* (9<sup>a</sup> ed). F.A. Davis Company.
- Turton, S., & Lingford-Hughes, A. (2020). Neurobiology and principles of addiction and tolerance. *Medicine*, 48(12), 749–753. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.09.012>
- Urbanoski, K. A., Kelly, J. F., Hoepfner, B. B., & Slaymaker, V. (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.013>
- Vainer, A. M., Rocha, V. S., & Juvenale, M. (2021). Melatonina e sistema imune: uma relação com duas vias regulatórias/ Melatonin and the immune system: a two-way relationship regulatory.

*Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 2906–2929. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-234>

Valentim, O., Laranjeira, C., & Querido, A. (2019). *Comportamentos aditivos*. <https://iconline.ipleiria.pt/entities/publication/4fe53021-eb07-49ab-b121-12c39d059cfd>

Varkey, B. (2020). Principles of clinical ethics and their application to practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>

Vidal, C., & Meshi, D. (2022). Behavioral addictive disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(5), 512–514. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.819>

Warlow, S. M., Singhal, S. M., Hollon, N. G., Faget, L., Dowlath, D. S., Zell, V., Hunker, A. C., Zweifel, L. S., & Hnasko, T. S. (2023). Mesoaccumbal glutamate neurons drive reward via glutamate release but aversion via dopamine co-release. *Neuron*, 112(3), 488–499. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2023.11.002>

Wason, K., Potter, A., Alves, J., Loukas, V. L., Lastimoso, C., Sodder, S., Caputo, A., & LaBelle, C. T. (2021). Addiction Nursing Competencies: A Comprehensive Toolkit for the Addictions Nurse. *The Journal of Nursing Administration*, 51(9), 424–429. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001041>

Wegmann, E., Müller, S. M., Turel, O., & Brand, M. (2020). Interactions of impulsivity, general executive functions, and specific inhibitory control explain symptoms of social-networks-use disorder: An experimental study. *Scientific Reports*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-60819-4>

Werling, A. M., & Grünblatt, E. (2022). A review of the genetic basis of problematic Internet use. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 46, 101149. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101149>

Wilmots, E., Midgley, N., Thackeray, L., Reynolds, S., & Loades, M. (2019). The therapeutic relationship in cognitive behaviour therapy with depressed adolescents: a qualitative study of good-outcome cases. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(2), 276–291. <https://doi.org/10.1111/papt.12232>

Xue, W., & Heffernan, C. (2021). Therapeutic communication within the nurse–patient relationship: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 27(6). <https://doi.org/10.1111/ijn.12938>

Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B. R., Hodgins, D. C., & Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addictive behaviors*, 43, 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.011>

Yildiz M. (2021). Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and

- bipolar disorder. *Noro psikiyatri arsivi*, 58(Suppl 1), S77-S82. <https://doi.org/10.29399/npa.27430>
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2019). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 22(2), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>
- Young, K. S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237-244. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
- Young, K. S. (2004). Internet addiction. *American Behavioral Scientist*, 48(4), 402-415. <https://doi.org/10.1177/0002764204270278>
- Yu, Y., Wu, Y., Chen, P., Min, H., & Sun, X. (2024). Associations between personality and problematic internet use among Chinese adolescents and young adults: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 365, 501-508. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.069>
- Zhan, T., Wang, L., Wang, N. Y., & Sun, C. (2023). Master of nursing specialist experiences of an internship through the use of written reflections: a qualitative research study. *Heliyon*, 9(2), e13299. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13299>
- Zhou, R., Morita, N., Ogai, Y., Saito, T., Zhang, X., Yang, W., & Yang, F. (2024). Meta-Analysis of Internet Gaming Disorder Prevalence: Assessing the impacts of DSM-5 and ICD-11 diagnostic criteria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 700. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060700>



## **8. ANEXOS**



**Anexo I**



### ENTREVISTA CLÍNICA (09 OUTUBRO 2024)

Utente de 58 anos que se encontra a ser acompanhada na unidade por comportamento aditivo sem substâncias (perturbação de jogo – *gambling*) desde janeiro de 2024. Viúva há cerca de 12 anos: o marido tinha diagnóstico de comportamento aditivo com substâncias. Tem 2 filhos: filho é acompanhado na unidade por comportamento aditivo com substâncias. Vive com a filha. Terminou 1.º ciclo de estudos, mas com várias retenções. Parou de estudar aos 13 anos para começar a trabalhar. Atualmente, trabalha na indústria têxtil.

**Antecedentes pessoais:** abuso do tabaco com seguimento na unidade para cessação em 2017, depressão (em seguimento por psicologia e medicada pelo médico de família), tendinite do ombro direito, patologia do cotovelo, punho e polegar direitos, patologia da anca e coluna.

**Antecedentes de consumos:** consumos tabágicos (~ 10 cgs/dia, com vários períodos de cessação – teste de Fagerström com *score* 3), consumo de cafeína (2 cafés por dia). Nega outros consumos.

**Antecedentes familiares:** filho com PHDA e em acompanhamento na unidade por comportamento aditivo com substâncias (álcool e cocaína). Filha com “esgotamento”, mas sem seguimento. Irmã “não podia estar em sítios fechados”. Tio-avô com perturbação do jogo.

**Medicação habitual:** Fluoxetina 60mg PO 8h, Alprazolam 1mg PO 22h, Melatonina 6gts PO 22h, Atorvastatina 20mg 8h, Paracetamol 1gr PO SOS.

**História clínica:** perturbação do jogo (raspadinhas) iniciou-se há cerca de 3 anos, com agravamento há 2 anos. Inicialmente, jogava 1 a 2 vezes por semana (raspadinhas de 1/2 €). Aumento progressivo, tanto na frequência como em quantidade de raspadinhas. Relato de ganhos precoces (o maior de ~ 1000 €). Desde há cerca de 1 ano, apostas diárias com gasto habitual de 20-30€ por dia. Chegou a gastar 70 € num só dia. Com situação de endividamento para com familiares e amigos. Refere “não sei como vou pagar tudo de volta” (sic). Perseguição de perdas. Dificuldades em controlar comportamento uma vez iniciado, principalmente se perder. *Craving* importante. Várias vezes levanta dinheiro para continuar a apostar.

Refere “consegui deixar de jogar tanto quanto jogava antes. E ainda foi durante um bom tempo. Mas depois tive uns problemas com a minha filha que me deixaram muito nervosa e tive uma recaída. Parece que agora

ainda é pior que antes” (sic). Conflitos com a filha. Sem pedidos de empréstimos, mas com impacto financeiro pessoal importante. Perdas de vida estimadas > 6000 €. Terá voltado a comprar raspadinhas no último mês, diariamente (gasto total > 500 €). Com sentimento de culpa. Não é capaz de identificar estratégias para a mudança do comportamento.

Em termos de motivação, numa escala de 0 – 10, diz estar num “2”: “estou desmotivada com isto tudo, com a vida. Acho que nunca vou conseguir parar” (sic). Foi proposta a execução da intervenção psicoterapêutica: entrevista motivacional que a utente aceita. **Fase de mudança** (segundo Prochaska): contemplação.

**Exame do estado mental:** aspeto cuidado, com idade aparente correspondente à idade física. Mantém contacto ocular durante a entrevista. Colaborante. Humor eufímico. Postura sintónica. Discurso espontâneo, fluente e coerente. Orientada no tempo, espaço e pessoa. Sem alterações do pensamento e/ou percepção evidentes. Sem evidência de ideação suicida. Memória e juízo crítico preservados.

**Exame físico:**

**Sinais vitais:** TA = 117/62 mmHg; FC = 58 bpm; SpO2 = 96% aa; Temp = 36,4°C; Dor = 5.

**Peso:** 60 kg; **Altura:** 169 cm; **IMC** = 21 kg/m<sup>2</sup>.

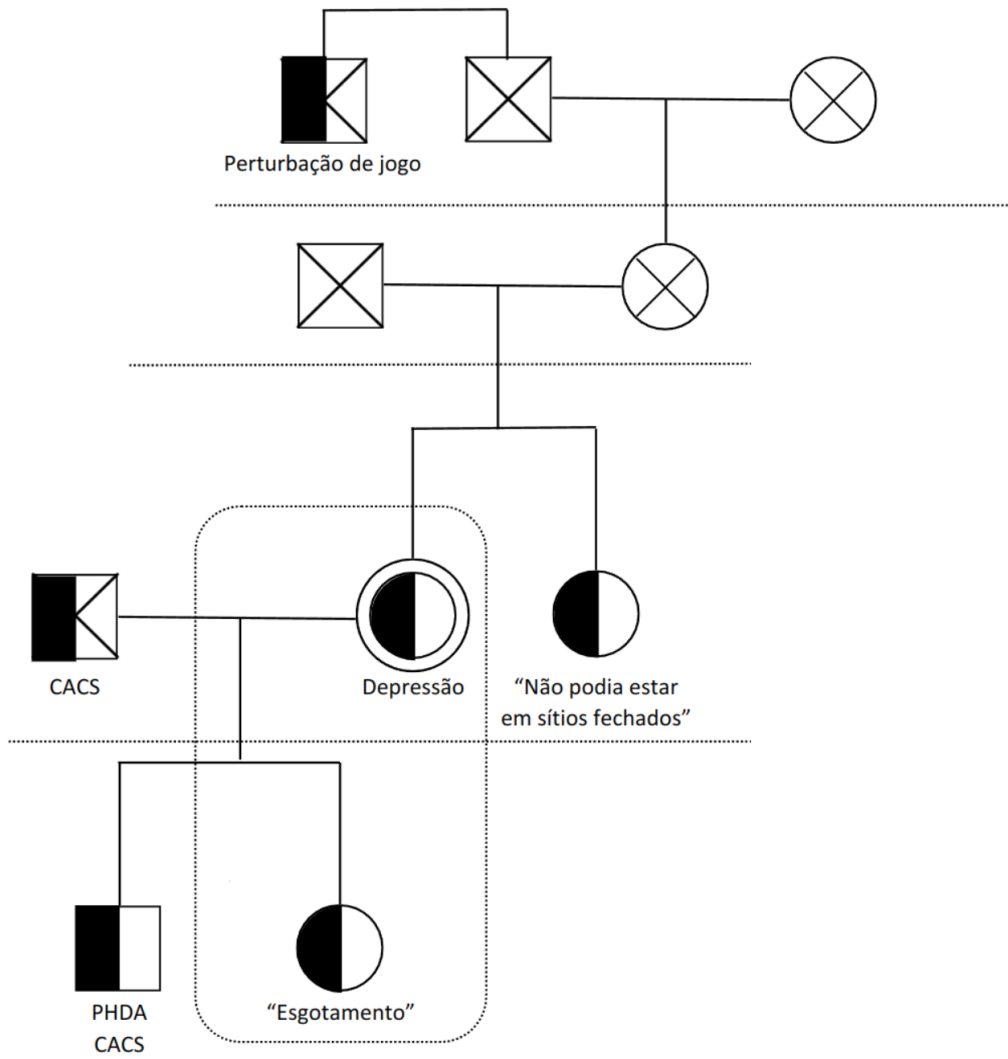
Sem alergias identificadas. Autocuidados preservados.

**Instrumentos de avaliação:**

- Questionário SOGS (versão portuguesa) – *score* 10 pontos;
- Teste de Fagerström – *score* 3 pontos;
- AUDIT – *score* 5 pontos;
- ASSIST – *score* 12 pontos para produtos do tabaco (risco moderado) e *score* 9 pontos para bebidas alcoólicas (risco moderado);
- Resultado NOC: “motivação”:
  - Indicador (120901) “planeia o futuro”: *score* 1;
  - Indicador (120902) “desenvolve um plano de ação”: *score* 1;
  - Indicador (120904) “obtém suporte conforme necessário”: *score* 2;
  - Indicador (120905) “auto inicia comportamentos direcionados aos objetivos”: *score* 1;
  - Indicador (120906) “busca novas experiências”: *score* 3;

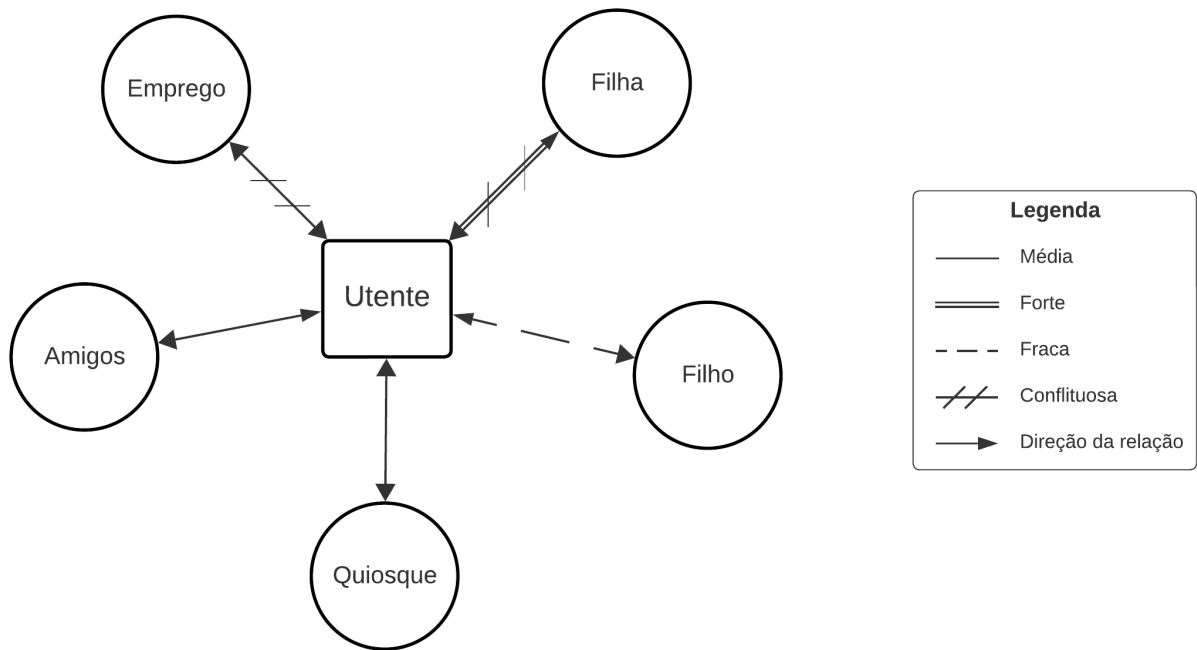
Indicador (120910) “acredita na habilidade de realizar a ação”: *score* 2.

# Genograma



Legenda			
⊙	Pessoa Índice	.....	Geração
□ ○	Homem/Mulher	—	Casamento
⊗ ⊗	Morte	├	Descendência
◼ ◐	Antecedentes	⋮	Agregado Familiar

# Ecomapa



## **Anexo II**





Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ano Letivo 2024/2025

2º Ano

Nome: Ana Cristina Ferreira Rodrigues

Nº aluno: 2023101042

UC: Estágio II – Contexto de Respostas Diferenciadas

### PLANEAMENTO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: ENTREVISTA MOTIVACIONAL

<b>Local</b>	Gabinete de Enfermagem.
<b>Data e hora</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sessão 01 – 16 de outubro de 2024 às 11h;</li><li>• Sessão 02 – 24 de outubro de 2024 às 11h;</li><li>• Sessão 03 – 31 de outubro de 2024 às 11h30;</li><li>• Sessão 04 – 08 de novembro de 2024 às 10h30;</li><li>• Sessão 05 – 15 de novembro de 2024 às 11h.</li></ul>
<b>Duração</b>	40 a 45 minutos.
<b>Utente</b>	L. J.
<b>Enfermeira</b>	Estudante de MESMP e Enfª orientadora.
<b>Objetivos</b>	Promover a motivação para a mudança de comportamento.
<b>Recursos (humanos e materiais)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeira(s);</li><li>• Gabinete de Enfermagem, mesa e cadeiras;</li><li>• Material de escrita, instrumentos de avaliação: questionário SOGS (versão portuguesa) e resultado NOC: “motivação” (1209).</li></ul>

Sessão 01 – 16 de outubro de 2024			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento da utente;</li> <li>• Obtenção de consentimento para a recolha e registo de dados;</li> <li>• Informar sobre sigilo e confidencialidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar <i>setting</i> da intervenção e o que esperar da mesma;</li> <li>• Informar sobre duração e número aproximado das sessões;</li> <li>• Explicar o papel do EEESMP e clarificar o da utente;</li> <li>• Validar a opinião da utente sobre a intervenção;</li> <li>• Fazer perguntas abertas sobre consequências do comportamento, tentativas e razões para a mudança, <i>outcomes</i> da mudança de comportamento, barreiras encontradas, expectativas para o futuro, pessoas significativas;</li> <li>• Avaliar a motivação para a mudança;</li> <li>• Negociar a tarefa a realizar até à sessão seguinte e explicar o seu funcionamento (balança de decisão).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar resumo da sessão;</li> <li>• Pedir <i>feedback</i> da sessão;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>• Agendamento da próxima sessão.</li> </ul>
<b>Método</b>	Expositivo, participativo, ativo, interrogativo.		
<b>Duração</b>	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

**Sessão 02 – 24 de outubro de 2024**

<b>Etapas</b>	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acolhimento da utente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o humor da utente;</li> <li>Analisar a tarefa negociada na sessão anterior;</li> <li>Avaliar o compromisso da utente para a mudança;</li> <li>Questionar sobre estratégias para a mudança de comportamento;</li> <li>Negociar possíveis mudanças até à próxima sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar resumo da sessão;</li> <li>Pedir <i>feedback</i> da sessão;</li> <li>Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>Agendamento da próxima sessão.</li> </ul>
<b>Método</b>	Expositivo, participativo, ativo, interrogativo.		
<b>Duração</b>	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

**Sessão 03 – 31 de outubro de 2024**

<b>Etapas</b>	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento da utente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o humor da utente;</li> <li>• Validar as mudanças propostas na sessão anterior;</li> <li>• Avaliar as dificuldades para a mudança;</li> <li>• Questionar sobre possibilidade de mudança;</li> <li>• Validar os benefícios da mudança de comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar resumo da sessão;</li> <li>• Pedir <i>feedback</i> da sessão;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>• Agendamento da próxima sessão.</li> </ul>
<b>Método</b>	Expositivo, participativo, ativo, interrogativo.		
<b>Duração</b>	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Sessão 04 – 08 de novembro de 2024

Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acolhimento da utente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o humor da utente;</li> <li>Validar as estratégias de mudança de comportamento;</li> <li>Auxiliar no plano para as próximas mudanças de comportamento;</li> <li>Informar sobre a possibilidade de recaída.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar resumo da sessão;</li> <li>Pedir <i>feedback</i> da sessão;</li> <li>Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>Agendamento da próxima sessão.</li> </ul>
<b>Método</b>	Expositivo, participativo, ativo, interrogativo.		
<b>Duração</b>	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

Sessão 05			
Etapas	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acolhimento da utente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar o humor da utente;</li> <li>Fazer um resumo do percurso e valorizá-lo;</li> <li>Destacar a importância da motivação para a mudança de comportamento;</li> <li>Reforçar as vantagens da mudança comportamental;</li> <li>Alertar para a possibilidade de oscilações na motivação;</li> <li>Aplicação de instrumentos de avaliação: questionário SOGS (versão portuguesa), resultado NOC: “motivação” (1209).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelecer momento e via da sessão de <i>follow-up</i>;</li> <li>Avaliar o curso e funcionamento das sessões;</li> <li>Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>
<b>Método</b>	Expositivo, participativo, ativo, interrogativo.		
<b>Duração</b>	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

## **Anexo III**



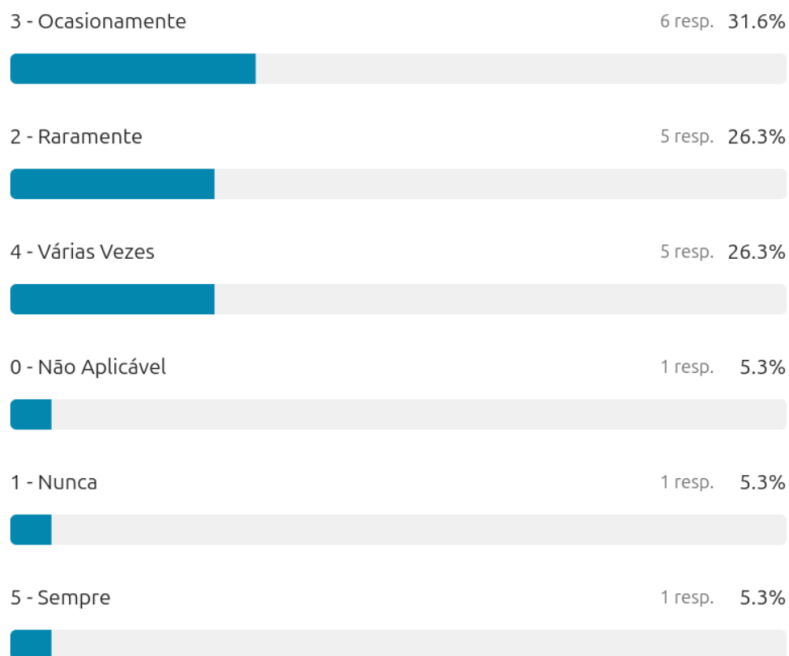
As perguntas que se seguem irão avaliar alguns dos teus hábitos em relação ao uso do computador, mais concretamente da *Internet*. 🖥️

Por isso, ao responder às perguntas debes ter em consideração **APENAS** o tempo que passas *online* por **MOTIVOS RECREACIONAIS** ou **DIVERSÃO**, e não o tempo gasto na Internet com trabalhos escolares. 🎮

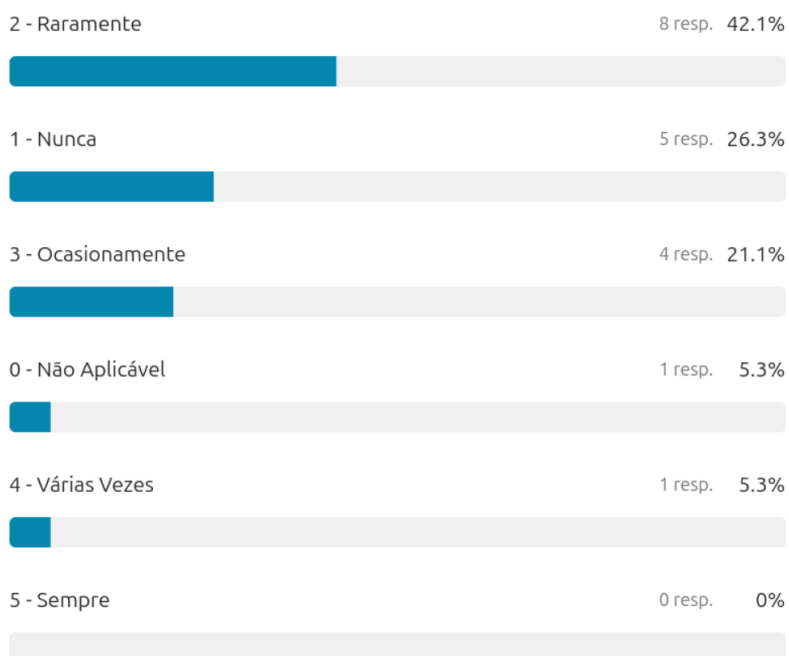
### Escala da Adição da Internet

(adaptado de Pontes et al., 2014)

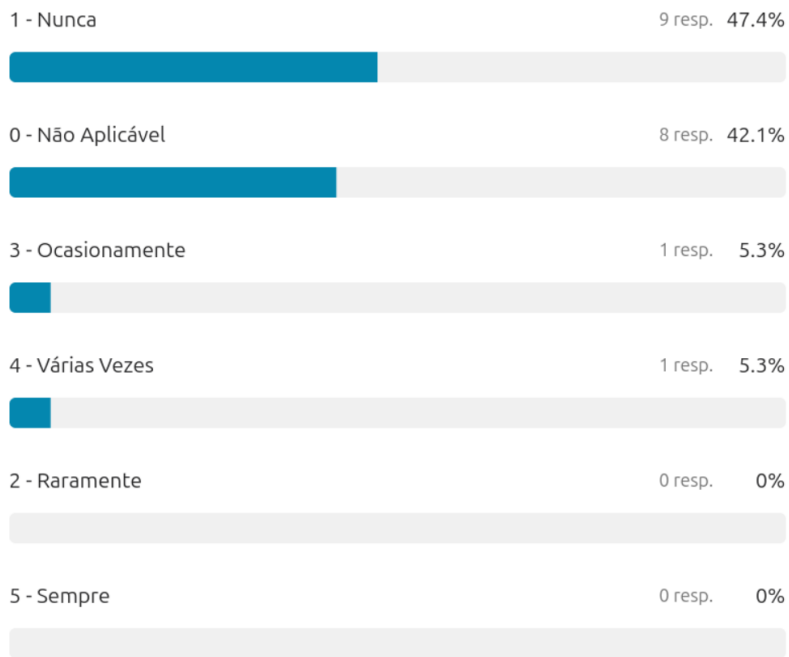
#### 01. Ficas *online* mais tempo do que pretendias?



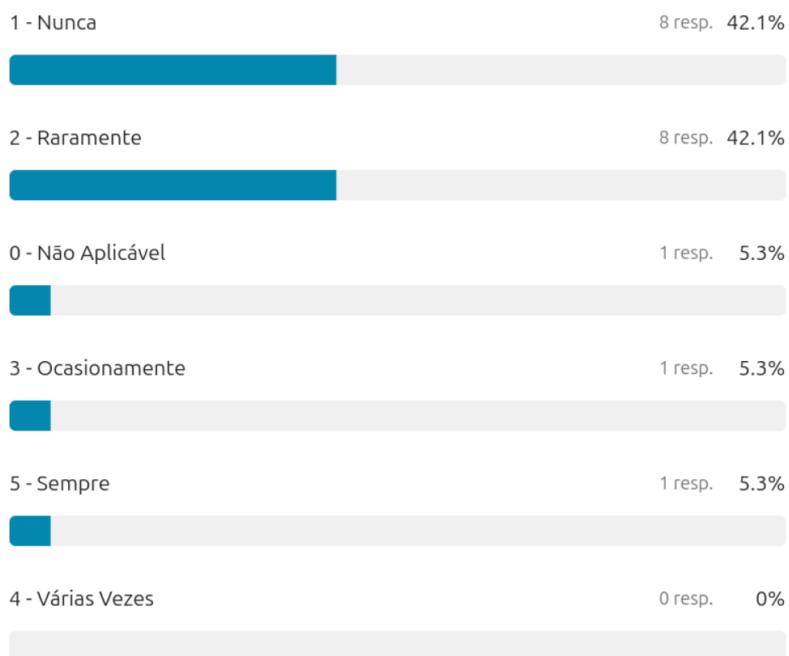
#### 02. Deixas de fazer as tarefas em casa para poderes ficar mais tempo *online*?



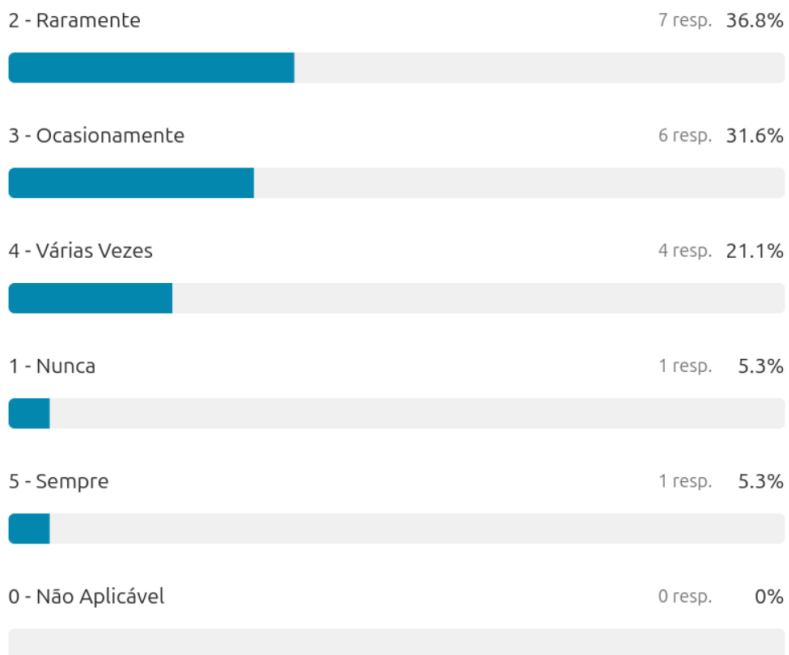
### 03. Preferes a excitação da Internet à intimidade com o teu(tua) namorado(a)?



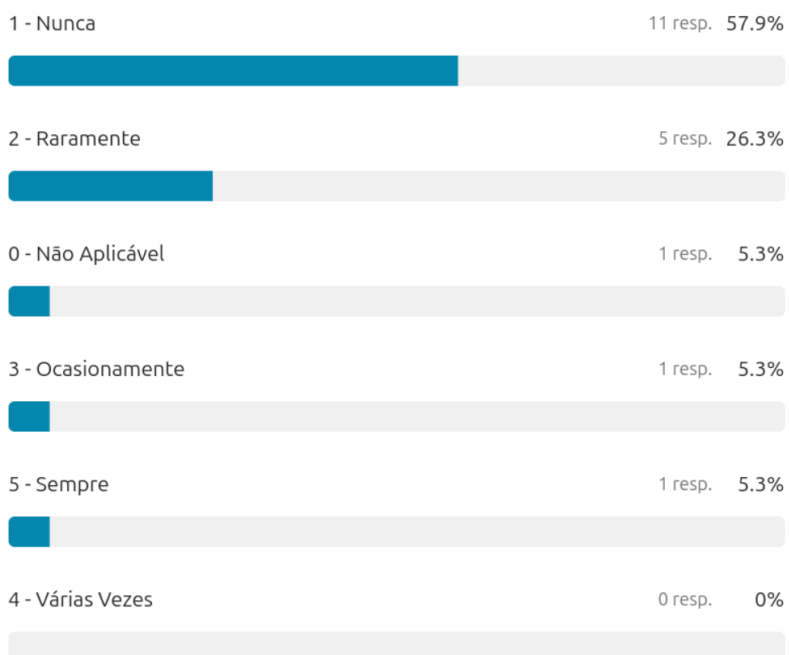
### 04. Crias novas relações com outros utilizadores *online*?



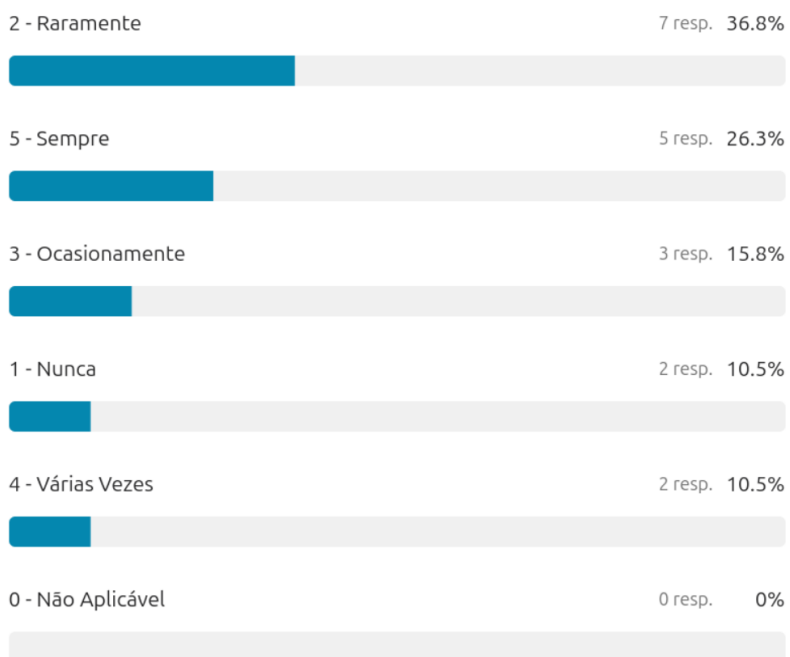
05. As outras pessoas queixam-se em relação à quantidade de tempo que passas *online*?



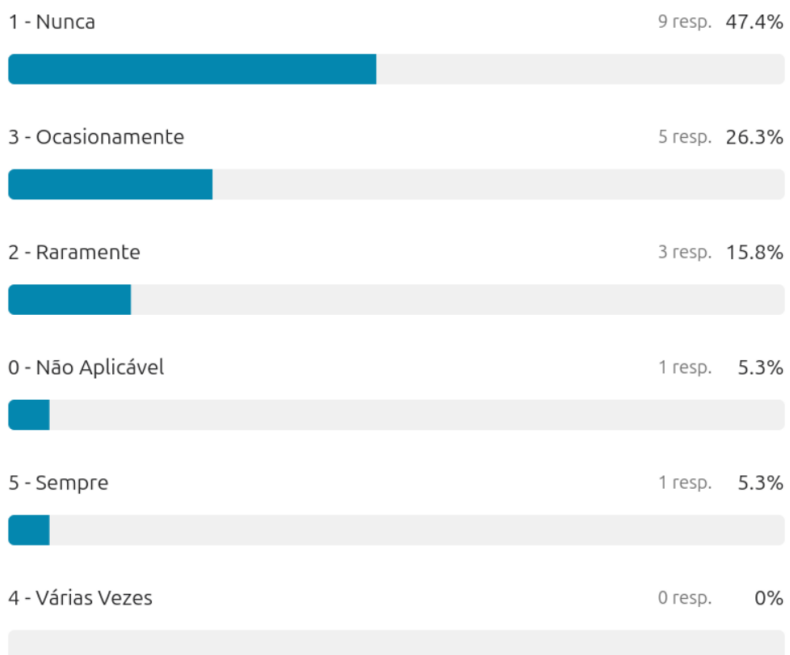
06. As tuas notas ou trabalhos escolares são prejudicados devido à quantidade de tempo que passas *online*?



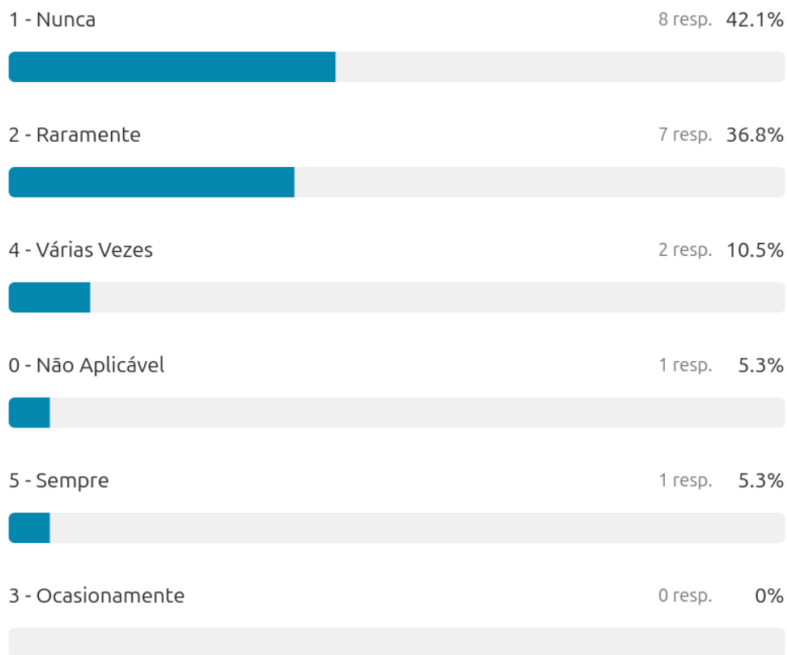
07. Verificas o teu *e-mail* (ou *sites* como o *facebook* ou *instagram*) antes de fazeres qualquer outra coisa que precisas?



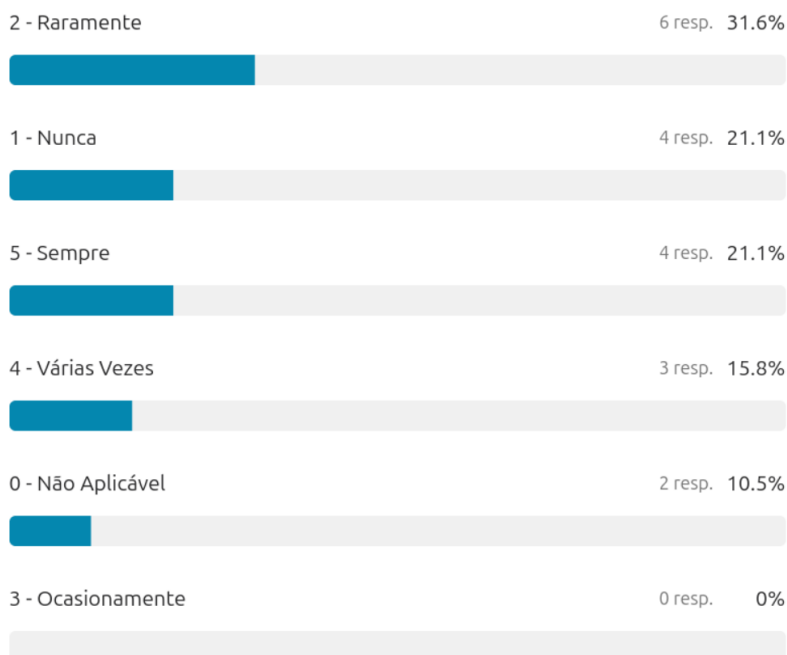
08. O teu desempenho ou produtividade no trabalho são prejudicados por causa da *Internet*?



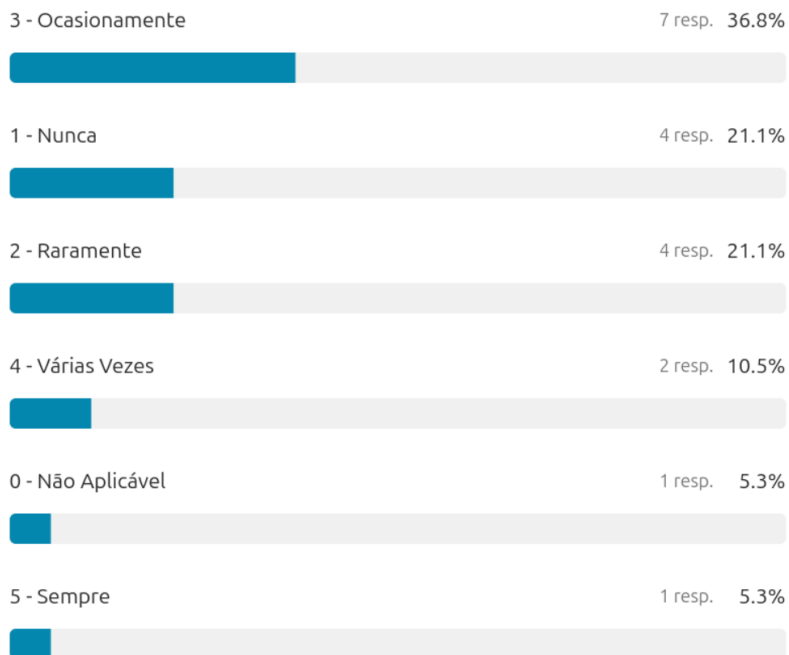
09. Tornas-te defensivo(a) ou guardas segredo quando alguém te pergunta o que estás a fazer *online*?



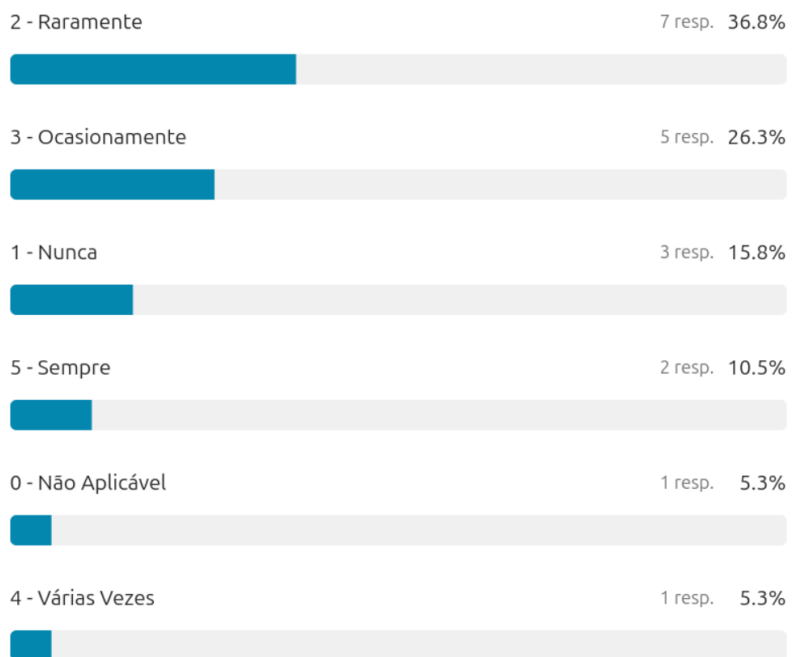
10. Bloqueias pensamentos perturbadores sobre a tua vida com pensamentos calmantes da *Internet*?



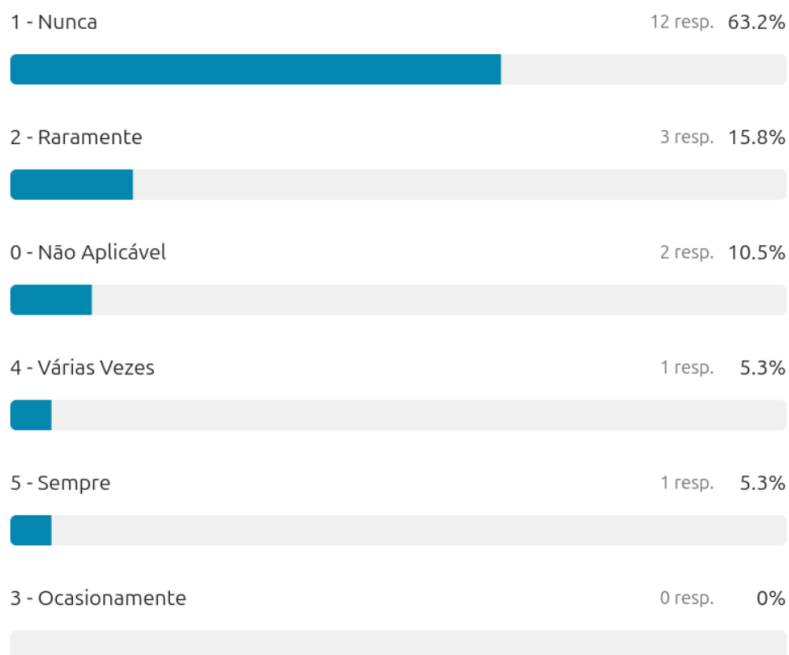
### 11. Dás por ti a pensar sobre quando irás estar *online* novamente?



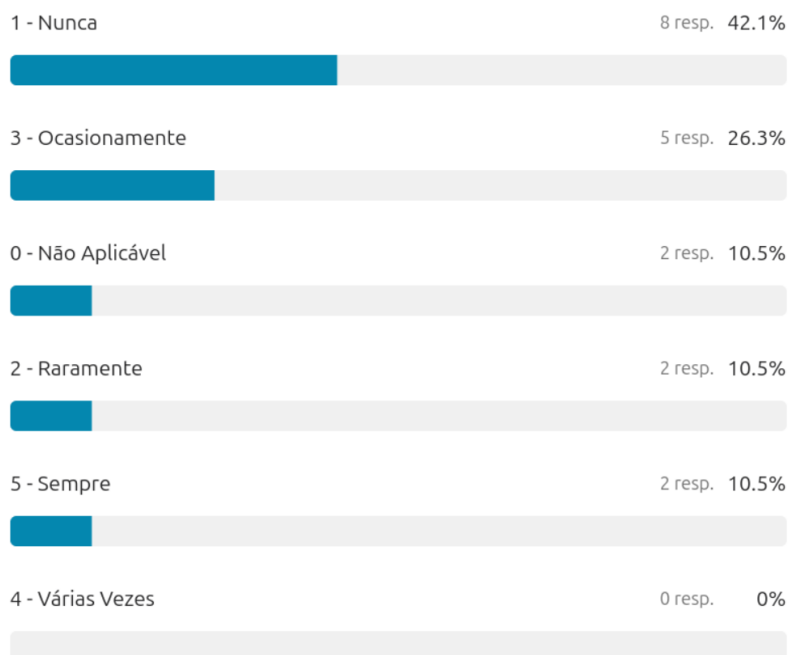
### 12. Receias que a vida sem *Internet* seria chata, vazia e sem graça?



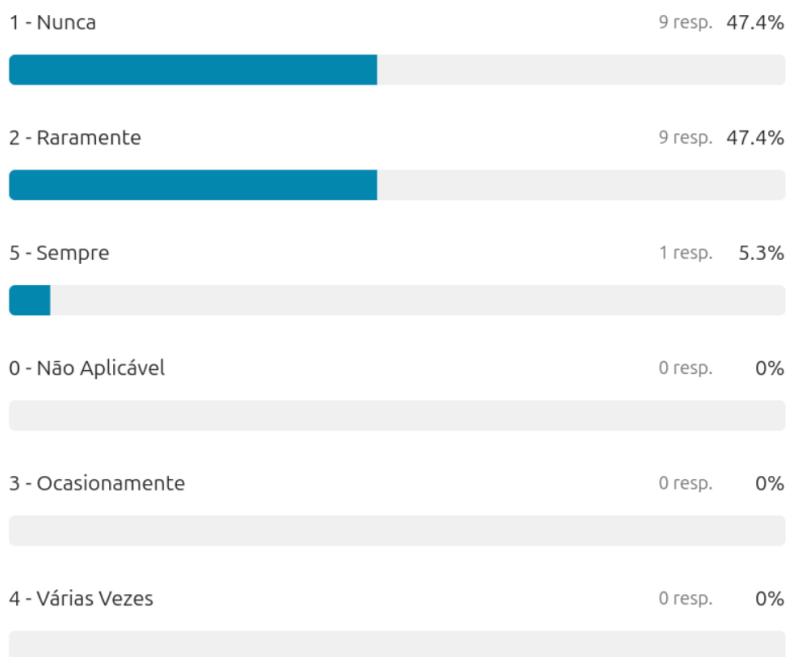
### 13. Explodes, gritas ou ficas irritado(a) quando alguém te incomoda quando estás *online*?



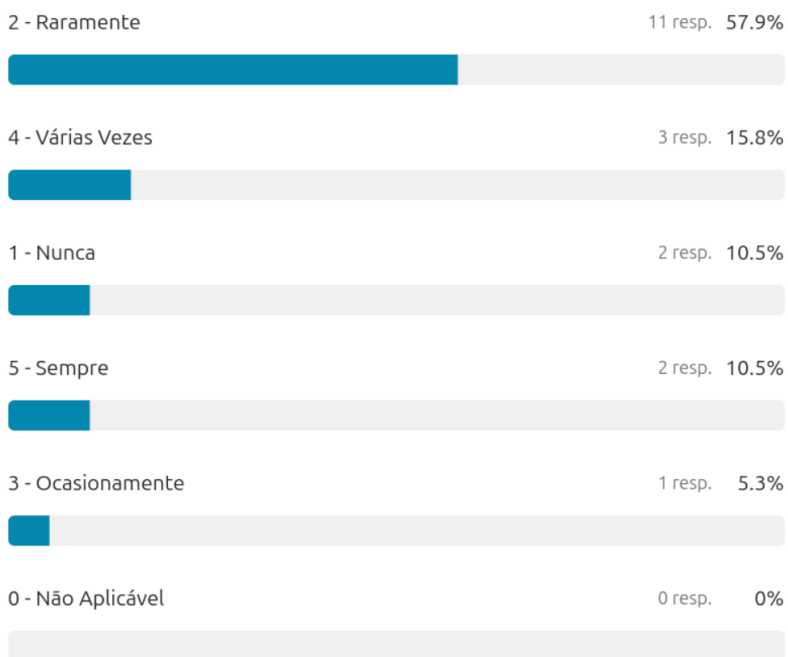
### 14. Perdes o sono por estares *online* até tarde durante a noite?



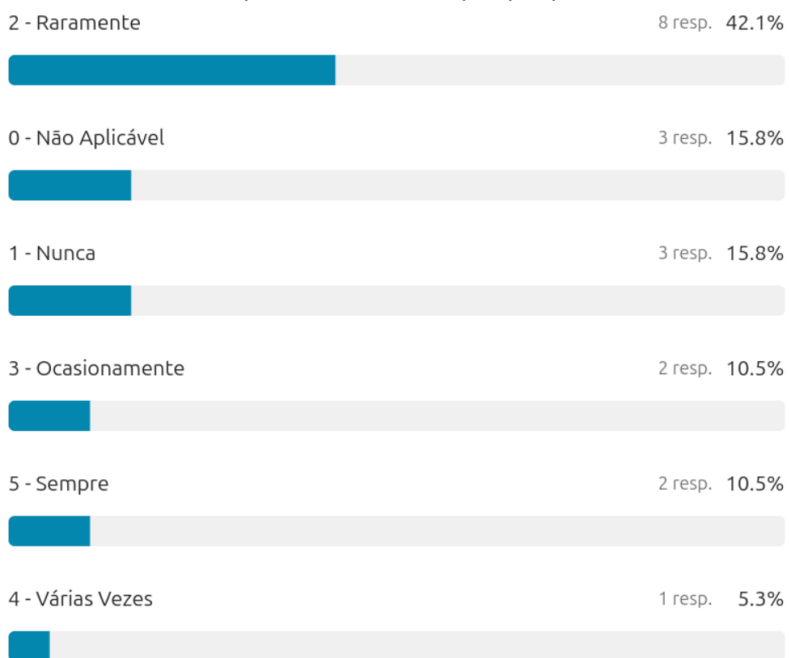
15. Sentes-te preocupado(a) com a *Internet* quando estás desconectado(a) ou fantasias estar *online*?



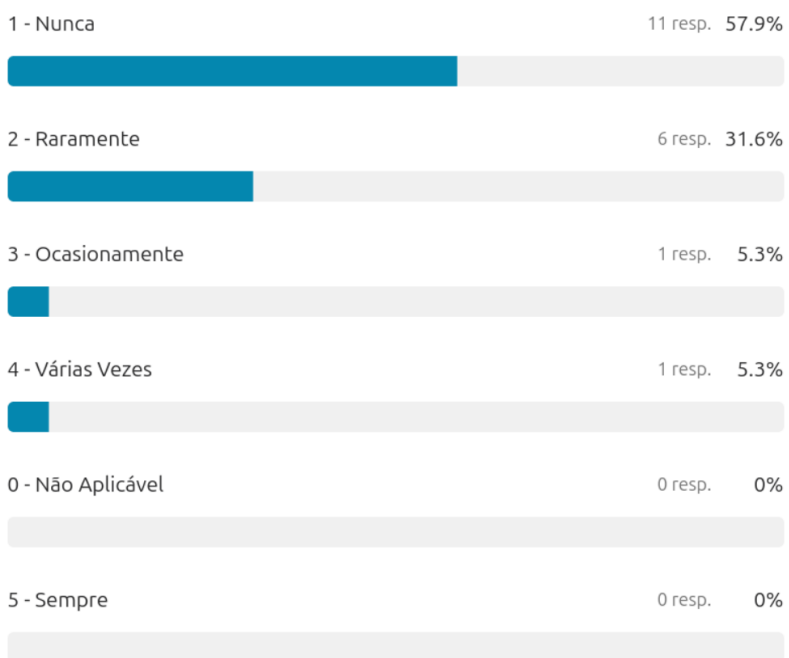
16. Dás por ti a dizer “só mais alguns minutos” quando estás *online*?



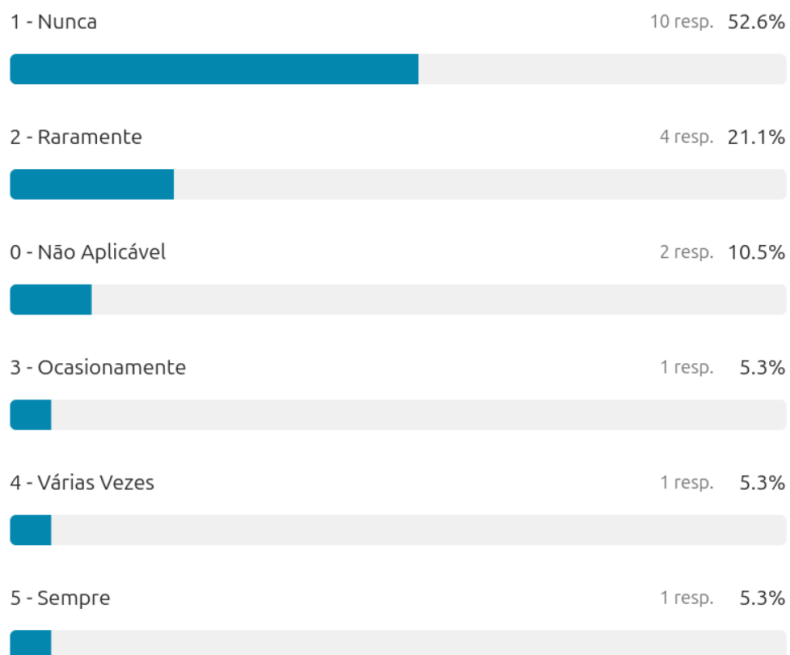
### 17. Tentas reduzir a quantidade de tempo que passas *online* e não consegues?



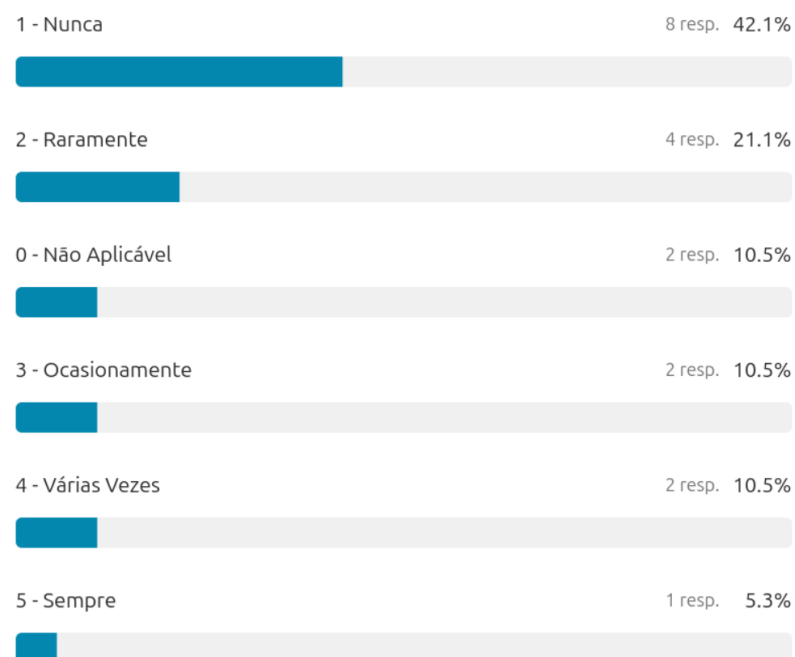
### 18. Tentas esconder a quantidade de tempo que passaste *online*?



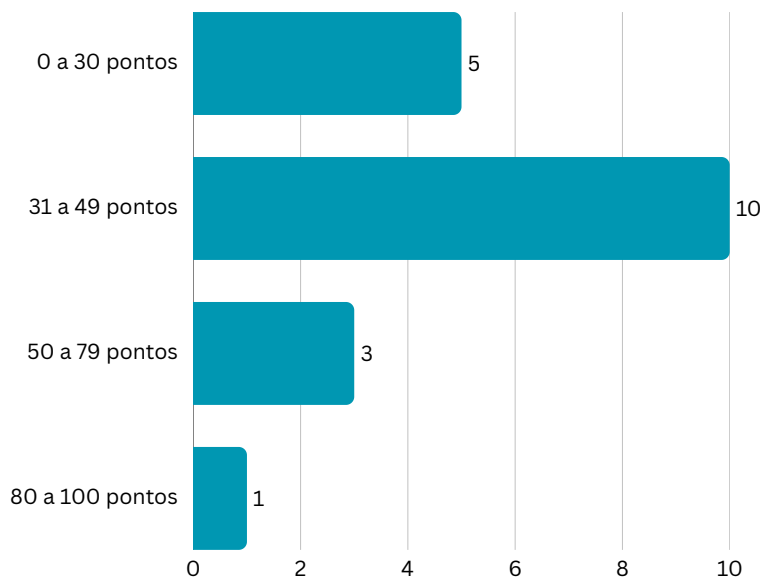
### 19. Preferes ficar mais tempo *online* do que ir sair com outras pessoas?



### 20. Sentes-te deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando estás desconectado(a) e, deixas de estar assim quando entras *online* novamente?



**Scores:** 0 a 30 pontos – uso normal; 31 a 49 pontos – dependência leve; 50 a 79 pontos – dependência moderada; 80 a 100 pontos – dependência severa





## **Anexo IV**



Olá! Bem-vindo/a à atividade de educação para a saúde "**Conexões Invisíveis**". 🙌

Este questionário foi feito para perceber de que forma entendes e lidas com os **comportamentos aditivos sem substâncias**. 📱

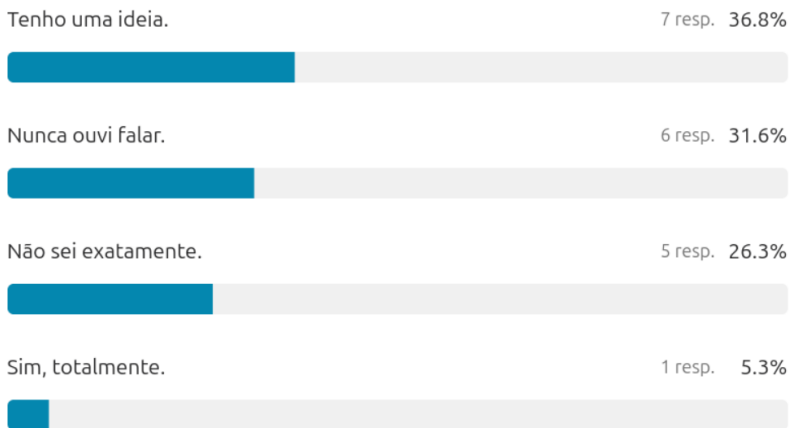
**Não é** um teste com respostas certas ou erradas! Todas elas serão completamente anónimas. 😊

O **objetivo** é ajudar-vos a perceber mais sobre o tema e a criar estratégias que vos façam sentido. 🚀

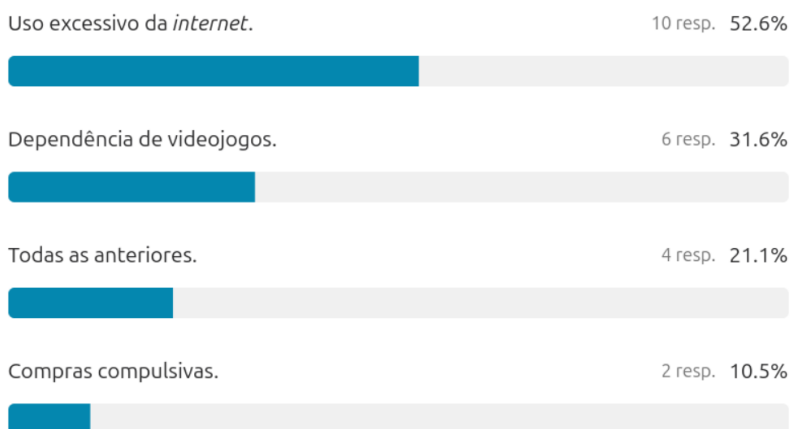
A tua participação é super importante! Vamos começar? 😊

### Avaliação do conhecimento sobre comportamentos aditivos

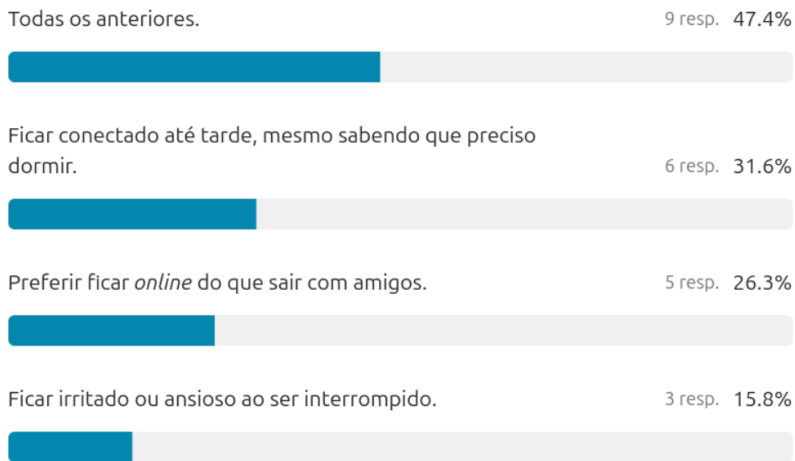
#### 1. Sabes o que são comportamentos aditivos sem substâncias?



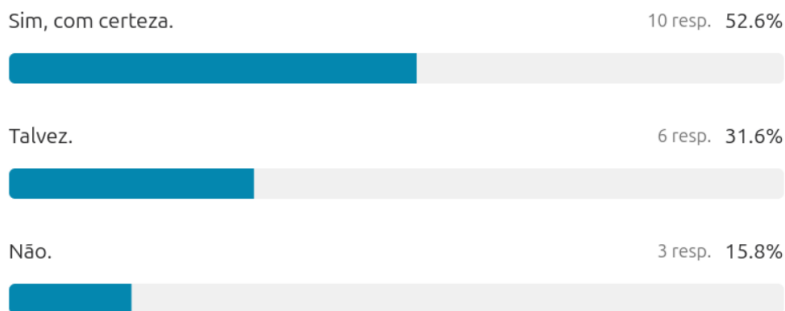
#### 2. Qual das opções abaixo descreve um comportamento aditivo sem substânciaa?



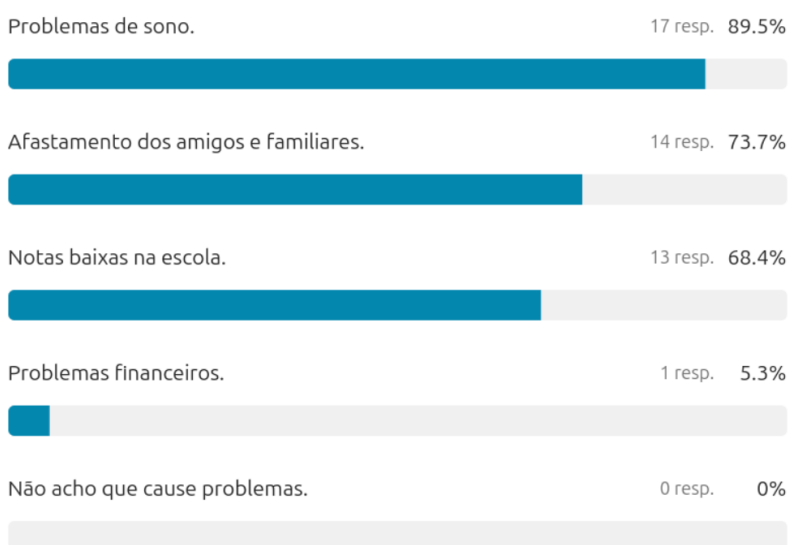
### 3. Quais dos seguintes comportamentos podem ser sinais de dependência de videogames ou *internet*?



### 4. Achas que passar mais de 6 horas por dia *online* pode ser um sinal de dependência?



### 5. Que problemas podem surgir de comportamentos aditivos sem substâncias? (Escolhe as opções que achas que podem acontecer).

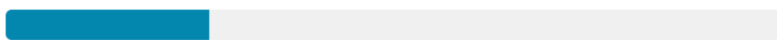


## 6. Sabes como comportamentos aditivos sem substâncias podem afetar a saúde mental?

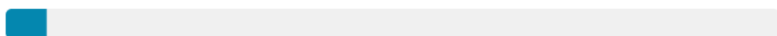
Sim, eles podem criar situações de ansiedade ou depressão. 14 resp. 73.7%



Não sei. 5 resp. 26.3%



Não acredito que afetem a saúde mental. 1 resp. 5.3%



## 7. O que achas que ajuda a evitar comportamentos aditivos sem substâncias? (Escolhe o que achas correto).

Fazer pausas regulares ao usar a *internet* ou jogar videojogos. 14 resp. 73.7%



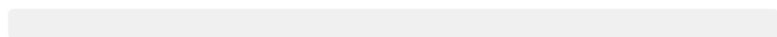
Definir horários específicos para o fazer. 12 resp. 63.2%



Participar em atividades *offline*, como praticar desporto ou *hobbies*. 11 resp. 57.9%



Não acho que é possível evitar. 0 resp. 0%



## 8. Se alguém tiver um comportamento aditivo, o que achas que pode ajudar?

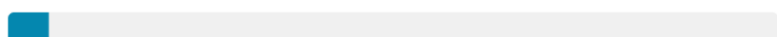
Conversar com os teus amigos ou familiares. 13 resp. 68.4%



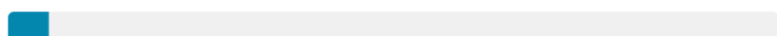
Procurar ajuda de um profissional de saúde. 12 resp. 63.2%



Não sei. 1 resp. 5.3%



Parar o comportamento de repente, sem ajuda. 1 resp. 5.3%



9. Acredita que os comportamentos aditivos sem substâncias são tão sérios quanto os causados por drogas ou álcool?

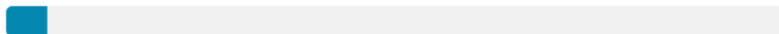
Sim, são igualmente sérios. 10 resp. 52.6%



São sérios, mas não tanto. 10 resp. 52.6%



Não acho que sejam sérios. 1 resp. 5.3%



10. Achas que as escolas deveriam falar mais sobre os comportamentos aditivos sem substâncias?

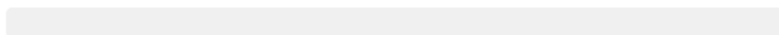
Sim, seria muito útil. 11 resp. 57.9%



Talvez, mas não é tão necessário. 9 resp. 47.4%



Não, isso não é importante. 0 resp. 0%



**Anexo V**





Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ano Letivo 2024/2025

2º Ano

Nome: Ana Cristina Ferreira Rodrigues

Nº aluno: 2023101042

UC: Estágio II – Contexto de Comunidade

## PLANEAMENTO DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL

<b>Local</b>	Sala de aulas.
<b>Data e hora</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sessão 01 – 07 de janeiro de 2025 às 14h20;</li><li>• Sessão 02 – 14 de janeiro de 2025 às 14h20;</li><li>• Sessão 03 – 21 de janeiro de 2025 às 14h20;</li><li>• Sessão 04 – 28 de janeiro de 2025 às 14h20;</li><li>• Sessão 05 – 04 de fevereiro de 2025 às 14h20.</li></ul>
<b>Duração</b>	40 a 45 minutos.
<b>Alvo/Cliente</b>	Turma do 7.º ano.
<b>Profissional</b>	Estudante de MESMP e Enfª orientadora.
<b>Objetivo</b>	Melhorar o conhecimento sobre os comportamentos aditivos sem substâncias.
<b>Recursos (humanos e materiais)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeira(s);</li><li>• Sala, mesas e cadeiras;</li><li>• Material de escrita, telemóvel com leitor de QR code, questionário de diagnóstico de conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substâncias em papel, instrumento de avaliação: escala de adição da internet (Pontes et al., 2014) em papel, materiais extra (certificados de participação e palavras-cruzadas);</li><li>• Material de apresentação: computador, projetor, apresentação PowerPoint.</li></ul>

**Sessão 01 – 07 janeiro 2025**

**Objetivo:** Apresentar o conceito de comportamentos aditivos sem substâncias e fazer uma reflexão sobre o impacto destes na vida quotidiana.

<b>Etapas</b>	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acolhimento;</li><li>• Apresentação dos intervenientes;</li><li>• Apresentação do projeto;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinâmica de grupo: “O que é ser saudável?”;</li><li>• Ensinar sobre CASS (ex.: jogo <i>online</i>, <i>internet</i>, etc.);</li><li>• Identificar exemplos do dia a dia e explorar experiências do grupo através de debate/discussão.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esclarecimento de dúvidas;</li></ul>
<b>Método</b>	Expositivo, participativo, ativo, interrogativo.		
<b>Duração</b>	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

**Sessão 02 – 14 janeiro 2025**

**Objetivo:** Identificar as causas e consequências dos comportamentos aditivos sem substâncias.

<b>Etapas</b>	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acolhimento;</li><li>• Apresentação dos intervenientes;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Construir um "mapa de causas e consequências" através de ferramenta Mentimeter;</li><li>• Ensinar sobre as causas e as consequências dos CASS.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esclarecimento de dúvidas;</li></ul>
<b>Método</b>	Expositivo, participativo, ativo, interrogativo.		
<b>Duração</b>	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

**Sessão 03 – 21 janeiro 2025****Objetivo:** Compreender o impacto dos comportamentos aditivos sem substâncias no sono e identificar estratégias para melhorar os hábitos de sono.

<b>Etapas</b>	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acolhimento;</li><li>• Apresentação dos intervenientes;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar sobre o impacto dos CASS no sono e consequências;</li><li>• Ensinar sobre estratégias para hábitos de sono saudáveis;</li><li>• Atividade de reflexão: "o que posso mudar hoje?".</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esclarecimento de dúvidas;</li></ul>
<b>Método</b>	Expositivo, participativo, ativo, interrogativo.		
<b>Duração</b>	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

**Sessão 04 – 28 janeiro 2025****Objetivo:** Compreender impacto dos comportamentos aditivos sem substâncias nas emoções e nas relações.

<b>Etapas</b>	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acolhimento;</li><li>• Apresentação dos intervenientes;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dinâmica "O círculo das emoções": uso de emojis como representação de emoções para descrever situações reais (ex.: "como te sentes quando passas muitas horas no Instagram?");</li><li>• Debate em grupo: propor cenários fictícios ou reais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esclarecimento de dúvidas;</li></ul>

		<p>(ex.: um amigo ignorado por estar sempre a jogar) e discutir de que forma as relações são afetadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre impacto dos CASS nas emoções;</li> <li>• Ensinar sobre impacto dos CASS nas relações;</li> <li>• Ensinar sobre prevenção;</li> <li>• Informar sobre recursos de ajuda disponíveis.</li> </ul>	
<b>Método</b>	Expositivo, participativo, ativo, interrogativo.		
<b>Duração</b>	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

<b>Sessão 05 – 04 fevereiro 2025</b>			
<b>Objetivo:</b> Avaliar o conhecimento adquirido sobre comportamentos aditivos sem substâncias, avaliar eficácia da intervenção psicoeducativa.			
<b>Etapas</b>	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>Conteúdo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento;</li> <li>• Apresentação dos intervenientes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de questionário de avaliação do conhecimento sobre os CASS.</li> <li>• Avaliação da intervenção: aspetos positivos, aspetos negativos e sugestões de melhoria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>
<b>Método</b>	Expositivo, participativo, ativo, interrogativo.		
<b>Duração</b>	5 minutos	30 minutos	5 a 10 minutos

## **Anexo VI**



# CONEXÕES INVISÍVEIS

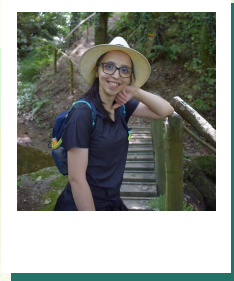
Cristina Rodrigues

## QUEM SOU EU?



Cristina Rodrigues, 30 anos  
Enfermeira

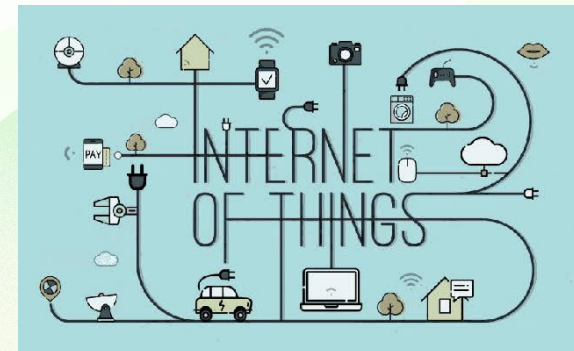
Dormir  
Natureza  
Música  
Natação  
Gatos



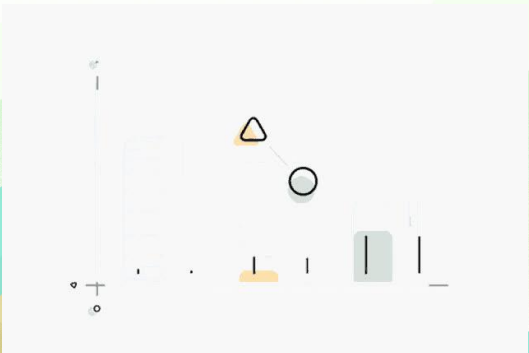
## O QUE VENHO FAZER?



## O QUE VENHO FAZER?



## MISSÃO 1



## O QUE É SER SAUDÁVEL?



## O QUE É SER SAUDÁVEL?

**Saúde:** “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1948).

Física



Give me five more! Five more!

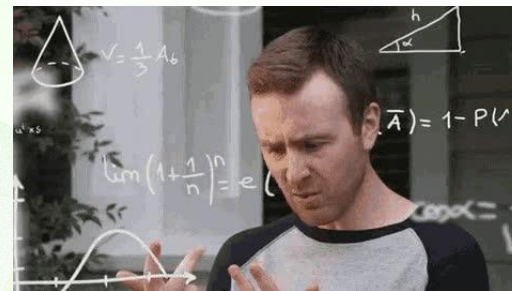
Mental



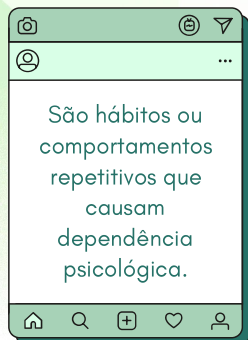
Social



## COMPORTAMENTOS ADITIVOS



## O QUE SÃO?



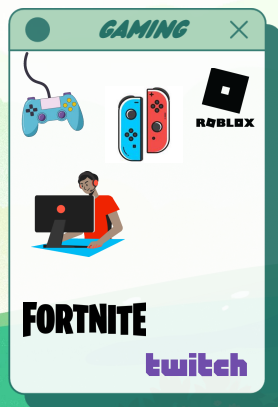
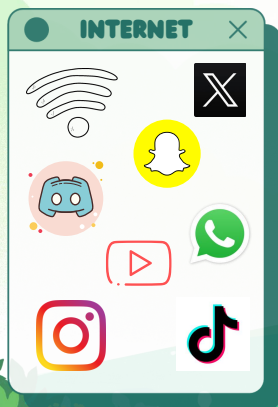
## COMPORTAMENTOS ADITIVOS

01 Com substâncias

02 Sem substâncias



## COMPORTAMENTOS ADITIVOS SEM SUBSTÂNCIAS



## COMPORTAMENTOS ADITIVOS SEM SUBSTÂNCIAS



A **adolescência** é um período vulnerável às dependências, tornando-vos um **grupo de risco**.

## SINAIS DE DEPENDÊNCIA



## SINAIS DE DEPENDÊNCIA

Perda de noção do tempo quando se está online



Perda de interesse em participar noutras atividades



Adiamento da hora de deitar



Comportamentos agressivos e/ou agitação quando é interrompida a ligação à internet



Uso da internet para aliviar estados de humor negativos



Incumprimento de limites impostos ao uso da internet



## MISSÃO 2

E no vosso dia a dia? Identificam alguma situação que se encaixe neste problema?





# OBRIGADA!

## REFERÊNCIAS

- Abreu, M. (2023). *Conceito de saúde e sua evolução*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://doi.org/10.48684/J2YM-BX26>
- Geisel, O., Lipinski, A., & Kaess, M. (2020). Non-Substance addiction in childhood and adolescence: the internet, computer games and social media. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.5238/arztebl.m2021.0002>
- Gladwin, T. E., Figner, B., Crone, E. A., & Wiers, R. W. (2011). Addiction, adolescence, and the integration of control and motivation. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 1(4), 364-376. <https://doi.org/10.1016/j.den.2011.06.008>
- Hammond, C. J., Mayes, L. C., & Potenza, M. N. (2014). Neurobiology of adolescent substance use and addictive behaviors: prevention and treatment Implications. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4446977/>
- Liu, Y., Li, L., Wang, Y., Ghahremani, D. G., Chen, J., Okita, K., Guo, W., & Liao, Y. (2021). Editorial: Neurobiological biomarkers for developing novel treatments of substance and non-substance addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.811032>
- Organização Mundial da Saúde. (1948). *Constitution of the world health organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Silva, M. J. S., Schraiber, L. B., & Mata, A. (2019). Das possibilidades de um conceito de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00193>
- Sovani, A. (2020). Nonsubstance or behavioral addictions: Neuropsychological underpinnings and psychosocial interventions. *Annals of Indian Psychiatry*, 4(1), 5. [https://doi.org/10.4103/aip.aip\\_17\\_20](https://doi.org/10.4103/aip.aip_17_20)



## **Anexo VII**

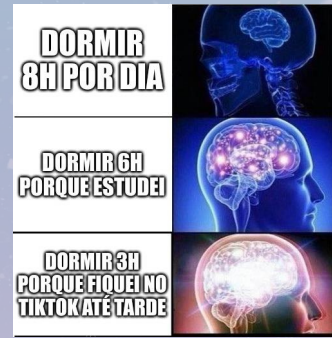




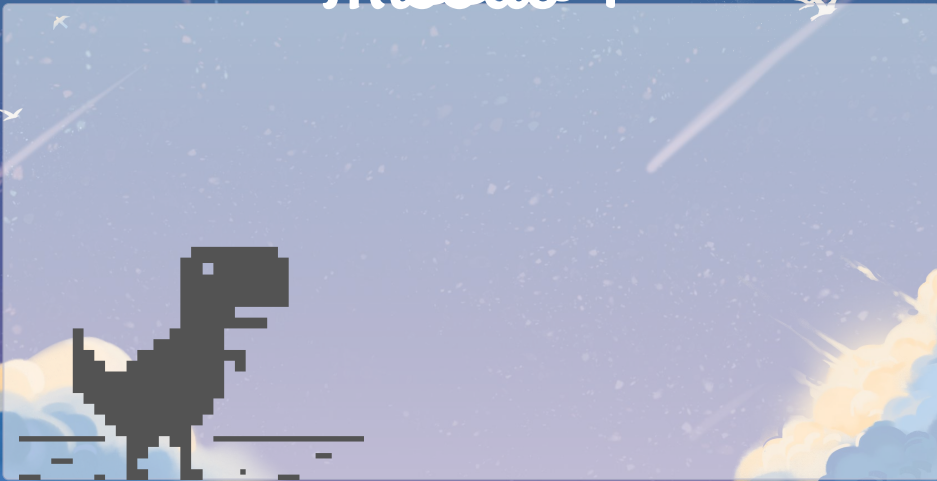


Dormir cedo para descansar

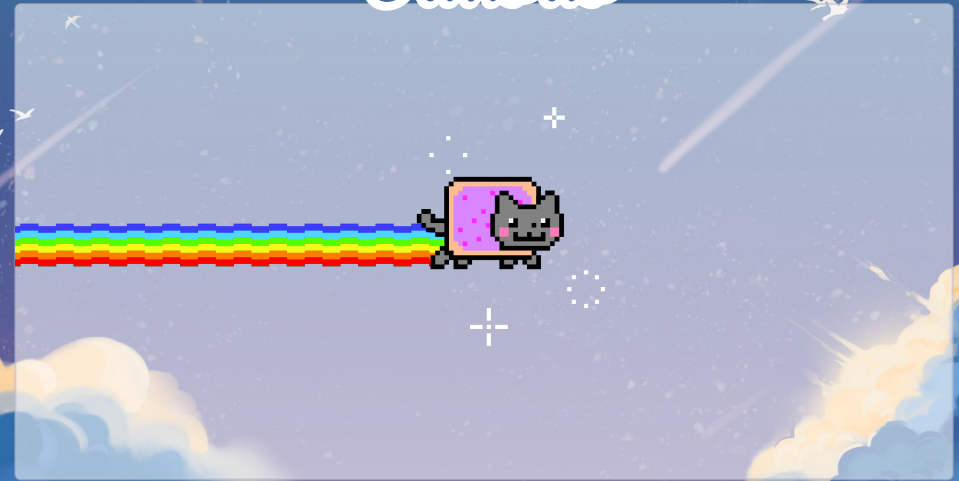
Ficar no TikTok até às 3 da manhã



# Missão 1

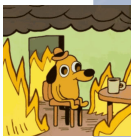


# Causas



# Causas

Necessidade de escapar ou relaxar (situações de ansiedade ou *stress*).



Influência social (amigos e/ou tendências *online*).

Recompensa imediata (*likes*, vitórias nos jogos).



Falta de limites ou desorganização da rotina.



# Consequências

# GAME OVER

# Consequências

## Saúde Física



Privação do sono, cansaço e dores de cabeça.

## Saúde Mental



Ansiedade, stress e sensação de vazio.

## Situação Social

Isolamento, conflitos com a família e amigos.

## Situação Acadêmica



Dificuldades de concentração e quebras no desempenho.

# Missão 2



# Porquê



# Porquê agir?

Evitar consequências negativas  
no futuro



Melhorar a qualidade de vida, as  
relações e o desempenho

Adotar hábitos mais saudáveis e  
equilibrados



# Obrigada!

# Referências

Bhatnagar, S., & Narayan, S. (2024). Causes and consequences of behavioral addiction: a systematic review. *The International Journal of Indian Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.25215/1201.218>

Fialho, J., Martins, I. C., Caraça, L., & Oliveira, A. (2023). *Scroll. Logo existo! : comportamentos aditivos no uso dos ecrãs*. <http://repositorio.ulsiada.pt/handle/11067/7244>

## **Anexo VIII**



# CONEXÕES INVISÍVEIS

🔍 Cristina Rodrigues

# Revisão




# Impacto dos comportamentos aditivos no sono







## Missão 1



Quantas horas dormiram na última noite?



O que estavam a fazer antes de dormir?



Existe alguma relação entre a atividade e as horas que dormiram?

## Principais fatores



## Principais fatores

01

Luz azul dos ecrãs - reduz a quantidade de melatonina, dificultando o sono.



02

Uso contínuo dos ecrãs - prolonga o tempo em que se está acordado, diminuindo as horas de descanso.

03

Estímulos emocionais dos ecrãs - aumento de quadros de ansiedade e/ou excitação devido às redes sociais e aos jogos.



# Privação de sono



# Privação de sono

## Físicos

- Dores de cabeça;
- Enfraquecimento da imunidade;
- Cansaço.



## Mentais

- Irritabilidade;
- Dificuldades de concentração;
- Enfraquecimento da memória.



## Sociais

- Isolamento;
- Menor investimento nas relações (com amigos, família, ...).



# Estratégias



# Estratégias

01

Criar uma rotina de sono fixa



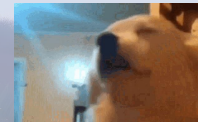
02

Evitar usar dispositivos pelo menos 1 hora antes de dormir



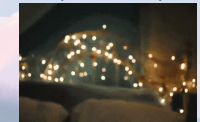
03

Substituir o telemóvel por uma leitura ou música calma



04

Criar um ambiente escuro e tranquilo no quarto



## Missão 2



O que podemos mudar na nossa rotina?



Qual estratégia é mais fácil de adotar?



Que mudanças adotariam para melhorar o sono?

## Não se esqueçam!

Pequenas mudanças na rotina ajudam a recuperar energia e a melhorar o humor.



# OBRIGADA!



## Referências

Alam, M., Abbas, K., Sharf, Y., & Khan, S. (2024). Impacts of blue light exposure from electronic devices on circadian rhythm and sleep disruption in adolescent and young adult students. *Chronobiology in Medicine*, 6(1), 10-14. <https://doi.org/10.33069/cim.2024.0004>

Alanazi, E. M., Alanazi, A. M. M., Albuhairey, A. H., & Alanazi, A. a. A. (2023). Sleep hygiene practices and its impact on mental health and functional performance among adults in Tabuk City: a cross-sectional study. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.36221>

Alnawwar, M. A., Alraddadi, M. I., Algethmi, R. A., Salem, G. A., Salem, M. A., & Alharbi, A. A. (2023). The effect of physical activity on sleep quality and sleep disorder: A systematic review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.43595>

Alshoaibi, Y., Bafil, W., & Rahim, M. (2023). The effect of screen use on sleep quality among adolescents in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(7), 1379-1388. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_159\\_23](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_159_23)

Arshad, D., Joyia, U. M., Fatima, S., Khalid, N., Rishi, A. I., Rahim, N. U. A., Bukhari, S. F., Shairwani, G. K., & Salmaan, A. (2021). The adverse impact of excessive smartphone screen-time on sleep quality among young adults: A prospective cohort. *Sleep Science*, 14(O4), 337-341. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20200114>

# Referências

Büyük, E. T., & Savaş, Z. Ö. (2022). Effect of internet addiction on the sleep quality of adolescents during COVID-19 pandemic duration period. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 9(3), 232-237. <https://doi.org/10.4274/jtsm.galenos.2022.42104>

Ferrari, G. J., Junior, Da Silva, A. B., Meneghetti, A., Leite, C. R., Brust, C., Moreira, G. C., & Felden, É. P. (2024). Relationships between internet addiction, quality of life and sleep problems: a structural equation modeling analysis. *Jornal De Pediatria*, 100(3), 283-288. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2023.09.015>

Grasaas, E., Hysing, M., & Sandbakk, Ø. (2024). The relationship between sleep duration and physical activity level among Norwegian adolescents: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1495826>

Moon, E., Kim, K., Partonen, T., & Linnaranta, O. (2022). Role of melatonin in the management of sleep and circadian disorders in the context of psychiatric illness. *Current Psychiatry Reports*, 24(11), 623-634. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01369-6>

Patel, A. K., Reddy, V., Shumway, K. R., & Araujo, J. F. (2024). Physiology, sleep stages. *StatPearls - NCBI Bookshelf*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526132/>

# Referências

Sá, S., Baião, A., Marques, H., Marques, M. D. C., Reis, M. J., Dias, S., & Catarino, M. (2023). The Influence of smartphones on adolescent Sleep: A aystematic literature review. *Nursing Reports*, 13(2), 612-621. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020054>

Singh, S., & Jain, S. (2019). Sleep and health - an introduction. *International Journal of Head and Neck Surgery*, 10(1), 1-3. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10001-1361>

Wang, F., & Boros, S. (2019). The effect of physical activity on sleep quality: a systematic review. *European Journal of Physiotherapy*, 23(1), 11-18. <https://doi.org/10.1080/21679169.2019.1623314>

Zisapel, N. (2018). New perspectives on the role of melatonin in human sleep, circadian rhythms and their regulation. *British Journal of Pharmacology*, 175(16), 3190-3199. <https://doi.org/10.1111/bph.14116>



## **Anexo IX**



# CONEXÕES INVISÍVEIS

Cristina Rodrigues

## Emoções e Relações

Impacto dos comportamentos aditivos sem substâncias

Como

me sinto

hoje?

O que são emoções?

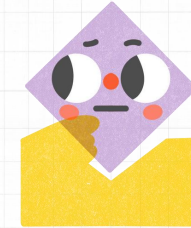
## O que são emoções?

São respostas automáticas e universais que os seres humanos têm em relação a estímulos internos ou externos.

Ou seja, é aquilo que nós sentimos perante o que acontece à nossa volta ou connosco.



## Emoções básicas



## Emoções básicas

Estão presentes em todas as culturas e são acompanhadas por expressões faciais específicas.



Alegria



Tristeza



Raiva



Medo



Nojo



Ansiedade

## Ansiedade

Ocorre como uma resposta natural e adaptativa ao perigo ou ameaça e ajuda na preparação para lidar com desafios.

Boca seca

Tremor

Enjoo / dor de estômago

Tensão muscular

Formigueiros

Falta de ar



## Ansiedade

Mas quando é excessiva ou persistente, pode ser disfuncional.

### Ansiedade Generalizada

Preocupação constante e desproporcional perante situações diversas

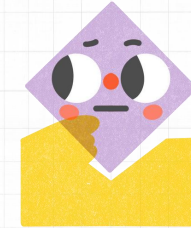
### Pert. Pânico

Crises de ansiedade com sintomas físicos intensos.

### Fobias

Aversão ou medo intenso e irracional a objetos ou situações.

## Para que servem?



## Para que servem?

As emoções têm funções adaptativas:

### Comunicação

A expressão de emoções ajuda na comunicação não verbal entre as pessoas e promove as interações sociais.

### Decisões

As emoções influenciam o nosso comportamento e ajudam a agir em situações críticas.

### Comportamento

As emoções ajudam-nos a analisar o que nos rodeia e a ajustar o nosso comportamento perante as situações.

## Impacto na Regulação Emocional

## Desregulação Emocional

### Sobrecarga de Estímulos

O cérebro é sobrecarregado com estímulos (ex.: notificações, redes sociais e jogos), o que dificulta o processamento das emoções.

### Escape

O escape de emoções negativas (ex.: ansiedade, tristeza ou tédio) impede o processamento e enfrentamento dessas emoções, podendo agravar problemas de saúde mental.

### Recompensa

A recompensa instantânea (ex.: "Likes", comentários ou níveis conquistados) estimula a liberação de dopamina criando um ciclo vicioso de dependência.

As emoções positivas passam a depender só de estímulos digitais.

## Impacto na Saúde Mental

## Impacto na Saúde Mental

### Ansiiedade e Depressão

Necessidade constante de estar conectado e o medo de perder algo.

### Baixa autoestima

Comparações negativas com os outros e dificuldade em lidar com as críticas.

### Frustração

Falhas em jogos ou baixa interação online e a dificuldade em se conectar.

## Impacto nas Relações



# Impacto nas Relações

## Isolamento Social

A substituição de interações presenciais por digitais dificulta o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais, como a empatia.

## Superficialização das Emoções

A comunicação online simplifica as expressões emocionais (ex.: emojis), levando a uma compreensão reduzida das emoções humanas reais e complexas.

## Prevenção

## Como podemos prevenir?

### Educação Emocional

Aprender a identificar e a regular as nossas emoções para reduzir o uso da internet e/ou das tecnologias como uma forma de escape.

### Limites e Rotina

Estabelecer limites no tempo que passamos conectados e promover um equilíbrio entre as atividades digitais e offline.

### Comunicação

Procurar ajuda quando sentimos que não conseguimos lidar com as nossas emoções da melhor forma.

## Obrigado!



## Referências

Adwas, A. A., Jbireal, J. M., & Azab, A. E. (2019). Anxiety: insights into signs, symptoms, etiology, pathophysiology, and treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, 2(10), 580-591. [https://www.easpublisher.com/media/articles/EASJMS\\_210\\_580-591\\_c\\_K5PvyV3.pdf](https://www.easpublisher.com/media/articles/EASJMS_210_580-591_c_K5PvyV3.pdf)

American Psychological Association. (s.d.). Social Media and Adolescents. <https://www.apaservices.org/advocacy/issues/children-youth-families/social-media-adolescents.pdf>

Dennison, J. (2023). Emotions: functions and significance for attitudes, behaviour, and communication. *Migration Studies*, 12(1), 1-20. <https://doi.org/10.1093/migration/mnad018>

Dalgleish, T., & Power, M. (1999) *Handbook of Cognition and Emotion*. John Wiley & Sons Ltd.

Fernandes, B., Maia, B. R., & Pontes, H. M. (2019). Adição à internet ou uso problemático da internet? Qual dos termos usar? *Psicologia USP*, 30. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190020>

Gandhi, M., & Singh, M. (2024). Internet Addiction, Perceived Stress and Emotional Regulation. *The International Journal of Indian Psychology*. <https://doi.org/10.25215/1202.159>

## Referências

Iannattone, S., Mezzalana, S., Bottesi, G., Gatta, M., & Miscioscia, M. (2024). Emotion dysregulation and psychopathological symptoms in non-clinical adolescents: The mediating role of boredom and social media use. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00700-0>

Kozubal, M., Szuster, A., & Wielgopalan, A. (2023). Emotional regulation strategies in daily life: the intensity of emotions and regulation choice. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1218694>

Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2015). *Internet Addiction in Adolescence: Education, Prevention, and Treatment*. Springer.

Luo, H., Gong, X., Chen, X., Hu, J., Wang, X., Sun, Y., Li, J., Lv, S., & Zhang, X. (2022). Exploring the links between alexithymia and cognitive emotion regulation strategies in internet addiction: A network analysis model. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.938116>

Matias, A., Soeiro, C., Almeida, I., Santos, R. P., Baúto, R. V., & Oliveira, S. (2023). Alexithymia, personality, internet addiction, and interpersonal relationships. *Medical Sciences Forum*, 22(1), 42. <https://doi.org/10.3390/msf2023022042>

## Referências

Metin-Orta, İ. (2020). Fear of missing out, internet addiction and their relationship to psychological symptoms. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 7(1), 67-73. <https://www.addicta.com.tr/Content/files/sayilar/22/67-73.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2014). Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices: Meeting report. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/184264/9789241509367\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/184264/9789241509367_eng.pdf?sequence=1)

Romero Saletti, S. M., Van den Broucke, S., & Chau, C. (2021). The effectiveness of prevention programs for problematic internet use in adolescents and youths: A systematic review and meta-analysis. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 15(2), Article 10. <https://doi.org/10.5817/CP2021-2-10>

Throuvala, M. A., Griffiths, M. D., Rennoldson, M., & Kuss, D. J. (2021). Policy recommendations for preventing problematic internet use in schools: A qualitative study of parental perspectives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4522. <https://doi.org/10.3390/ijerph1809452>

## Referências

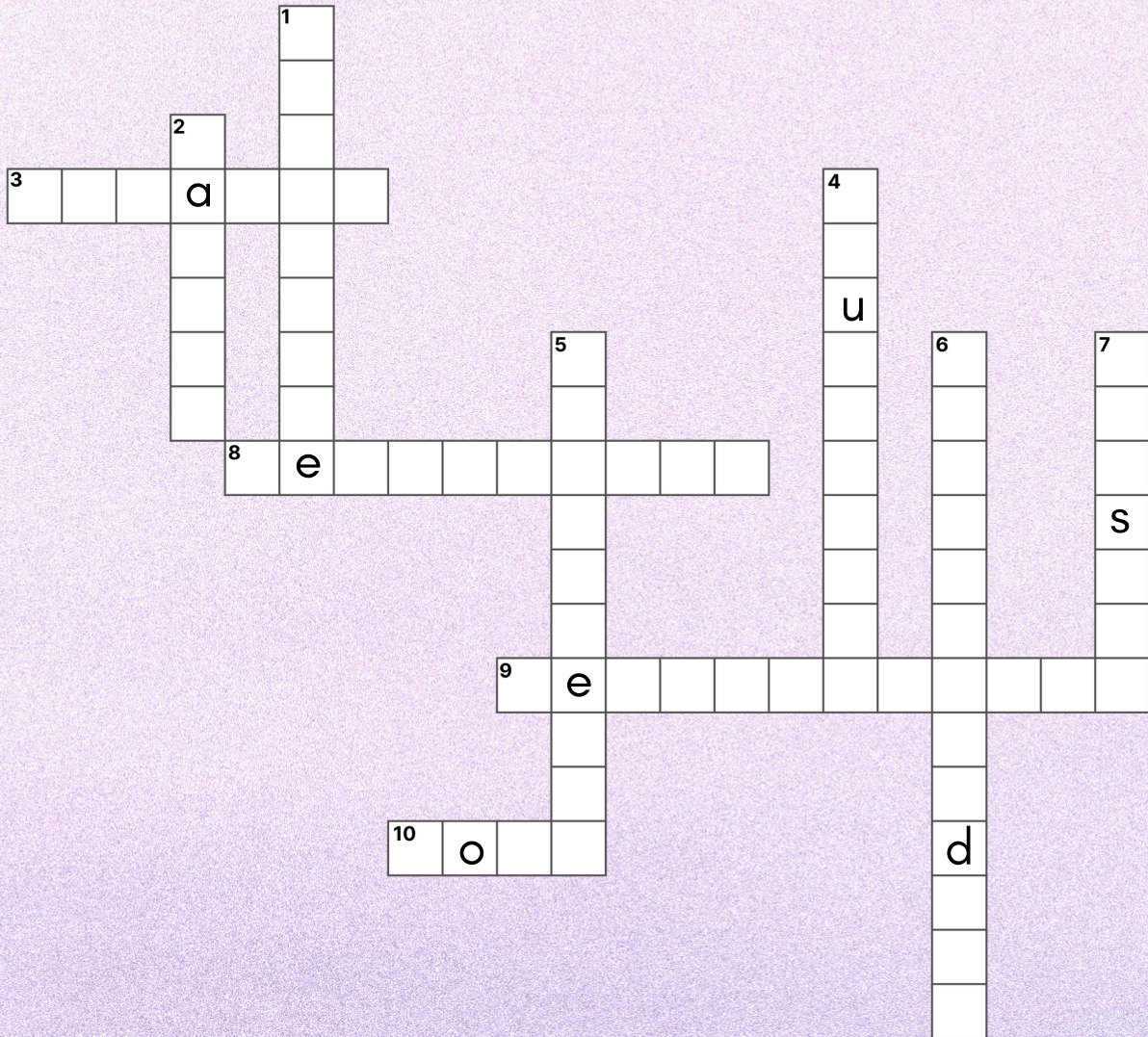
Yang, H., Wang, Z., Elhai, J. D., & Montag, C. (2022). The relationship between adolescent emotion dysregulation and problematic technology use: Systematic review of the empirical literature. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 290-304. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00038>

Young, K. S. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237-244. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>

## **Anexo X**



# CONEXÕES CRUZADAS



## Horizontal

3. Capacidade de te colocares no lugar do outro, que pode diminuir com a interação virtual.
8. Ferramenta digital, como telemóveis e computadores, que pode ser usada de forma excessiva.
9. Plataformas como *Instagram* e *TikTok* que podem levar ao seu uso excessivo.
10. Função biológica essencial que pode ser prejudicada pelos comportamentos aditivos.

## Vertical

1. Emoção frequentemente ligada ao uso excessivo de redes sociais e jogos.
2. Termo usado para descrever a prática de jogar videojogos.
4. Estado necessário para manter uma relação saudável com a tecnologia.
5. Consequência de passar muito tempo em atividades digitais, afastando-se de amigos e família.
6. Capacidade de realizar tarefas, muitas vezes afetada pelo uso excessivo da tecnologia.
7. Atividade de jogos de azar, como apostas online.



## **Anexo XI**



Olá, pessoal!

Bem-vindo/a ao **último desafio** desta atividade sobre comportamentos aditivos sem substâncias! 🎮📱

Hoje, vamos testar o que aprendemos de forma divertida e descontraída. 📖

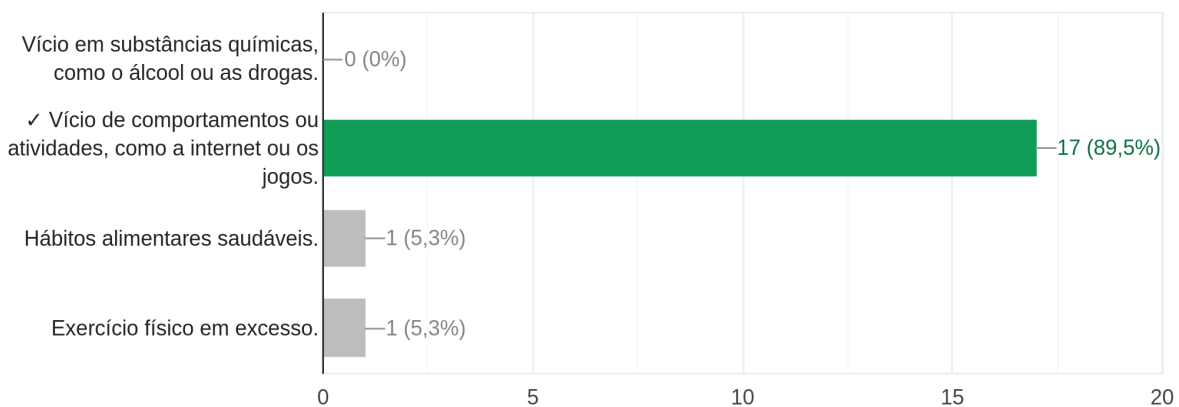
É a tua oportunidade de mostrares o que sabes e, ao mesmo tempo, aprender mais sobre este tema que faz parte do nosso dia a dia. 💬

**Não é um teste**, por isso relaxa e diverte-te enquanto participas. Bora começar? 🎯

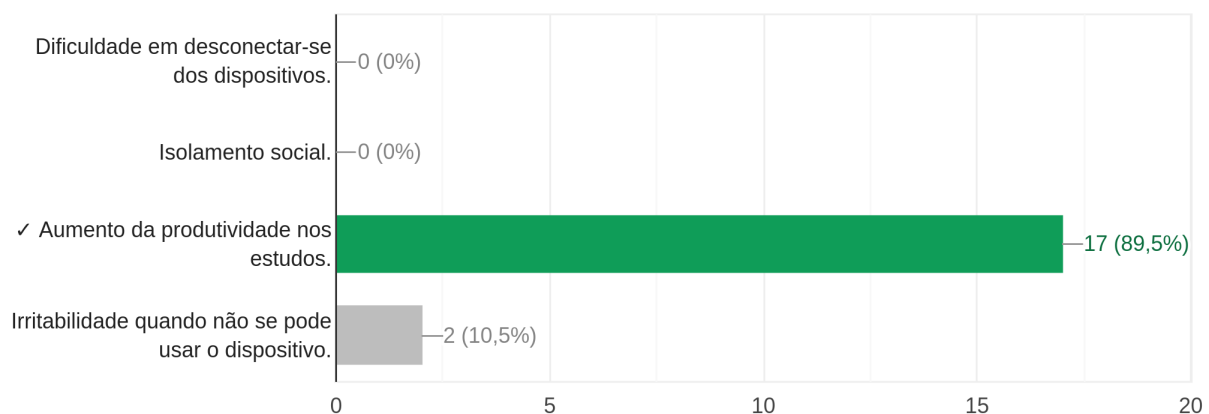
### Avaliação do conhecimento sobre comportamentos aditivos sem substâncias

**Questões de escolha múltipla:** cada pergunta tem várias opções de resposta, mas **apenas uma** está correta.

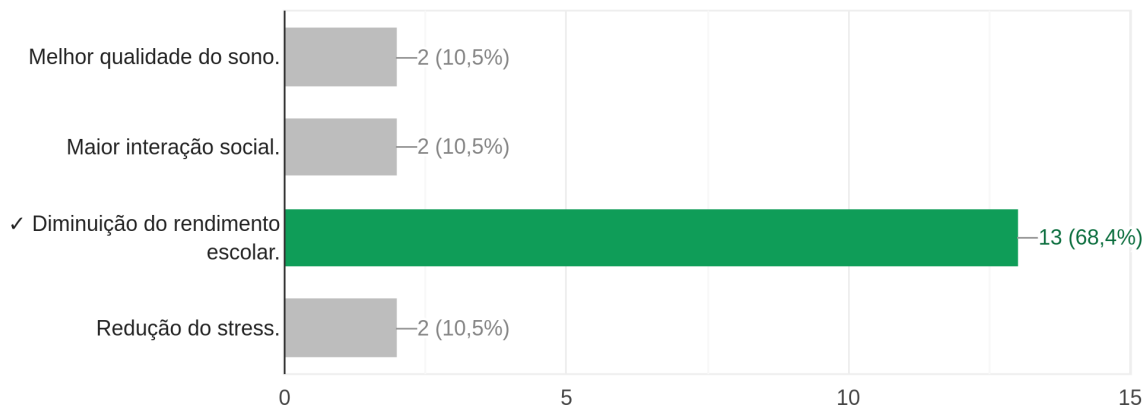
1. O que são os comportamentos aditivos sem substâncias?



2. Qual das opções **NÃO** é um sinal de uso problemático da internet?

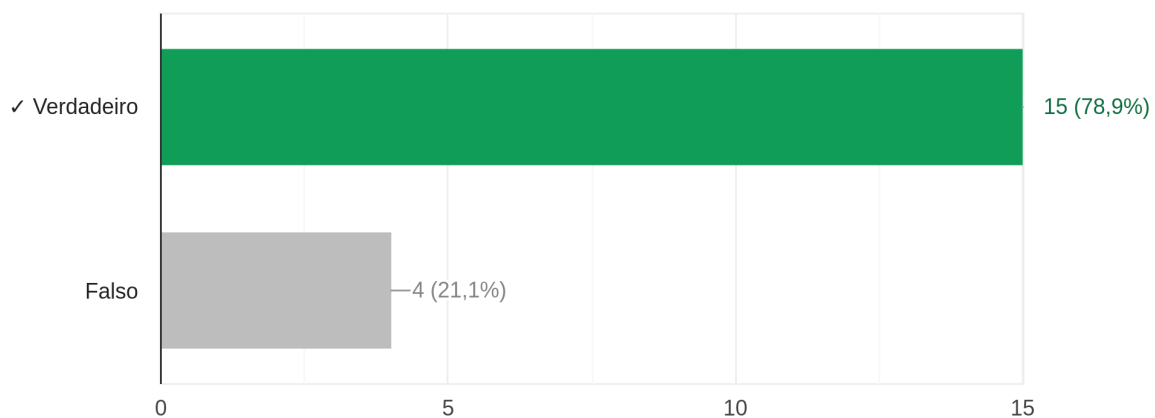


### 3. O que pode acontecer quando temos um comportamento aditivo sem substâncias?

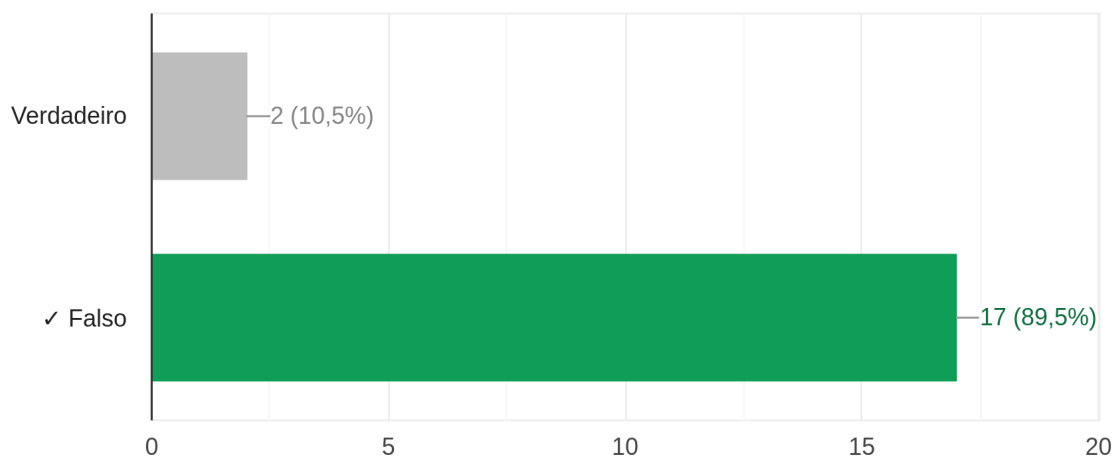


**Questões de verdadeiro ou falso:** cada afirmação só pode ser **verdadeira ou falsa** e és tu quem decide!

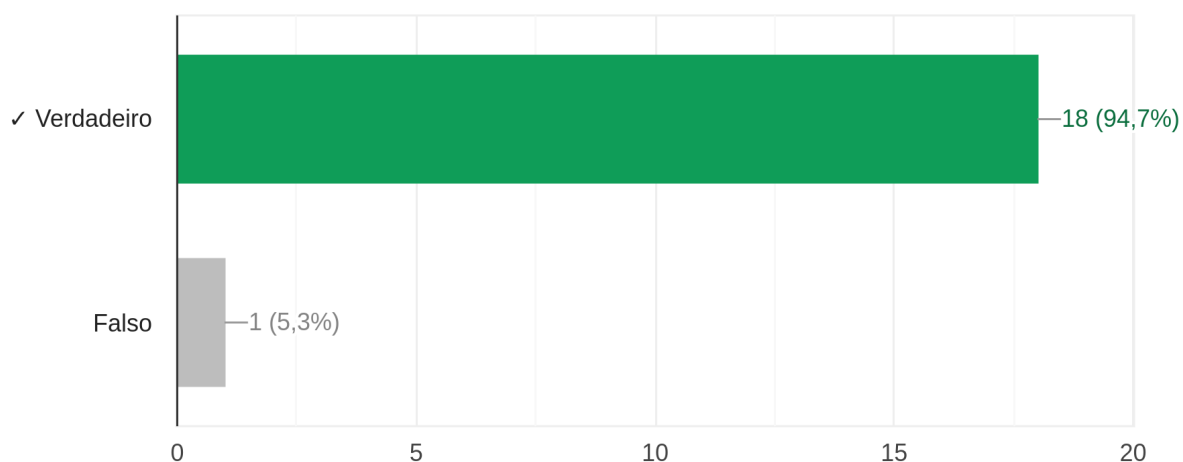
### 4. Passar muito tempo nas redes sociais pode afetar de forma negativa a autoestima.



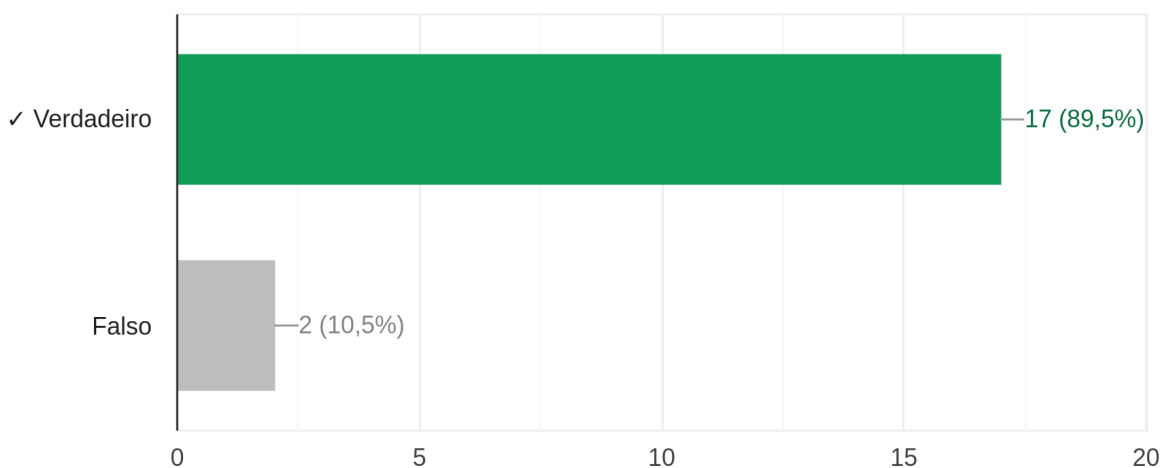
### 5. Os comportamentos aditivos sem substâncias afetam **SÓ** o rendimento escolar.



6. Dormir menos de 6 horas por noite por causa do uso de tecnologias pode provocar problemas emocionais (ex.: irritabilidade) e físicos (ex.: cansaço).



7. O uso exagerado dos ecrãs afeta as relações sociais/amizades dos adolescentes.



**A tua opinião é super importante para nós!** Chegamos ao fim desta atividade! Agora queremos saber o que achaste. Gostávamos muito de ouvir a tua opinião! Sente-te à vontade para partilhar o que quiseres de forma honesta e aberta.

8. O que **mais** gostaste nesta atividade?

- Tudo.
- Eu gostei muito de tudo, mas o que mais gostei foi que falamos muito sobre as opiniões de todos e como todos falaram um pouco de cada um, com o que acontece connosco sobre o uso do telemóvel.
- Falar sobre os sentimentos.
- Tudooooo.

- As atividades de grupo e o uso das tecnologias para o meu conhecimento.
- As coisas sobre a *internet*.
- Tudo.
- Gostei de tudo.
- Gostei de tudo.
- De interagir com a turma e partilhar ideias.
- Dos jogos.
- O que eu mais gostei foi a partilha de informações, e as soluções de como combater os comportamentos que nos afetam.
- Eu gostei da atividade das emoções.
- Dá para conviver de maneira diferente.
- Eu realmente gostei. Temos falado de problemas que muitos sofrem e as opiniões diferentes de cada um.
- Gostei desta experiência e gostaria de fazer mais vezes.
- A parte que fala sobre a *internet*.
- Dos comportamentos aditivos.
- Gostei mais da forma como nos tratam. Habitualmente os adultos não entendem o nosso lado, já as enfermeiras tratam-nos como amigos.

9. O que achas que poderia ser **melhorado**?

- Nada-
- Sinceramente nada, pois achei tudo incrível.
- Aumentar o número de sessões.
- Não sei.
- Nada, está tudo muito bom.
- Menos barulho.
- Nada.
- Nada, gostei muito.
- Para mim tudo foi bem feito e muito bem explicado, então não tem nada para melhorar.
- Nada, acho que está bom.
- Acho que mais perguntas deviam ser mais escritas pelo telemóvel invés de serem múltipla escolha, porque pode pôr-se apenas as respostas que já se sabe serem certas pondo assim nenhum desafio em se saber qual a certa e continuar a aprender as mesmas coisas.
- Para mim tudo foi bom e tudo muito bem completo, não deveria melhorar nada.
- Acho que nada.

- Há algumas palavra difíceis, se estivesse mais em linguagem de adolescente acho que era melhor para perceber.

10. Tens alguma **ideia ou sugestão** para atividades futuras?

- Não.

- Podiam meter perguntas sobre a família do aluno sobre se o aluno foi influenciado pelos pais ou parentes próximos.

- *Bullying* na escola.

- Violência doméstica.

- Partilhar histórias reais sobre este tema.

- As coisas sobre o *bullying*.

- Não.

- Não.

Grupos de 3/4 pessoas e criar ideias sobre um certo assunto.

- Acho que deveríamos partilhar as nossas experiências com a *Internet* e vícios que nos afetam e usar as experiências dos outros como ajuda para nós mesmos.

- Não

- Acho que poderia ter mais perguntas.

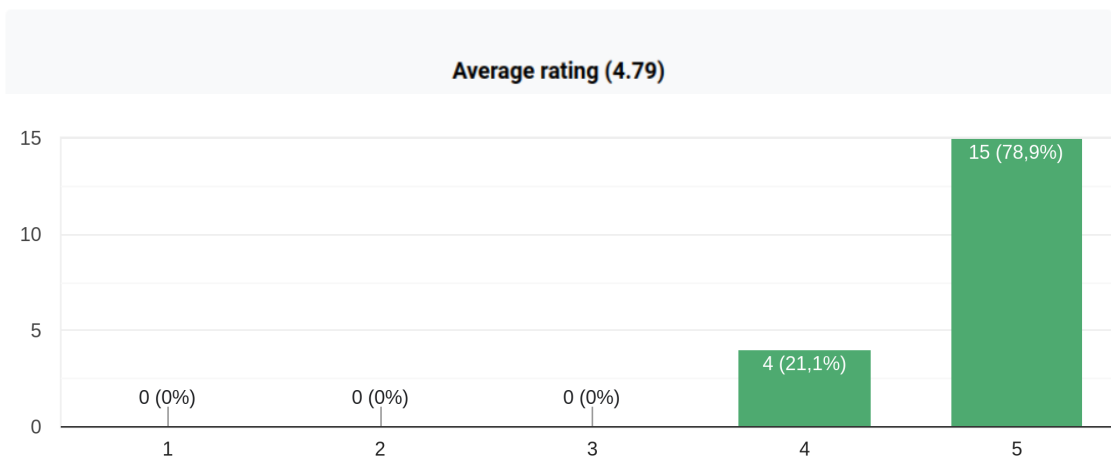
- Como gostei de tudo não tenho sugestões.

- Racismo e *bullying*.

- Não.

- Relacionamentos são sempre importantes de se falar, já que nesta idade começamos a apaixonarmos-nos.

11. Classifica a atividade de 1 (má) a 5 (excelente) para nos ajudar a melhorar.



**E assim terminamos a nossa jornada!** 🎉

Obrigado pela tua participação, entusiasmo e abertura para aprenderes sobre os comportamentos aditivos sem substâncias. 🙌

Esperamos que tenhas levado daqui ideias úteis e reflexões importantes para o teu dia a dia. 💡

**Lembra-te:** o equilíbrio e o cuidado contigo próprio/a são as chaves para uma vida saudável. ⚖️

Se precisares de ajuda, conselhos ou apenas quiseres falar, estamos por aqui. 🙌

Continua a fazer boas escolhas e a cuidar de ti mesmo/a e dos outros. ✅🤝

**Até à próxima!** 🚀

**Anexo XII**



## CONSENTIMENTO INFORMADO/AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, os estudantes encontram-se a realizar um Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final. Neste contexto, eles devem realizar estudos de caso. Um estudo de caso é uma análise detalhada da situação de saúde dos utentes, permitindo a identificação das suas necessidades e o planeamento personalizado e eficaz dos cuidados.

Para este efeito, informações sobre a sua situação clínica serão recolhidas e analisadas pelo estudante, sob a supervisão dos tutores/orientadores. Todos os **dados pessoais serão anonimizados** e detalhes identificadores não serão disponibilizados a terceiros. Este trabalho deverá ser benéfico pelo enfoque particular na melhoria do seu estado clínico. Asseguramos não existirem riscos para si.

O estudo de caso é uma ferramenta pedagógica que promove a reflexão dos estudantes acerca das suas competências clínicas, possibilitando a sua melhoria. Além disso, ele permite a avaliação do desempenho dos estudantes. Neste sentido, o estudo de caso desenvolvido com a sua colaboração será incluído num relatório final de estágio, que estará disponibilizado publicamente em repositório académico.

Não haverá lugar a qualquer pagamento pela sua participação neste trabalho. A sua participação é totalmente voluntária e poderá recusar ou abandonar o trabalho a qualquer momento sem que haja qualquer prejuízo para si. Não existe qualquer conflito de interesse dos intervenientes deste processo. Terá o direito de aceder aos seus dados, de solicitar a retificação de dados incorretos e de pedir a sua exclusão, de limitar o processamento, de se opor e retirar o consentimento de seu uso para determinados fins.

Declaro ter lido e compreendido as informações acima, aceitando voluntariamente participar neste trabalho sob as garantias de confidencialidade dadas:

- Sim
- Não

Nome completo do(a) utente: \_\_\_\_\_

Nome completo do(a) responsável legal (se aplicável): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



## **Anexo XIII**



**Consentimento Informado, Esclarecido e Livre** para intervenção de educação para a saúde nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde, atualizada a 04/11/2015

Eu, Ana Cristina Ferreira Rodrigues, enfermeira, encontro-me a realizar um estágio de natureza profissional com relatório final no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ministrado pela Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Pretendo desenvolver uma atividade de educação para a saúde no Agrupamento [REDACTED] à turma do 7º [REDACTED] no âmbito das dependências aditivas sem substâncias (dependência da internet), sob supervisão clínica da Enfermeira Especialista Patrícia [REDACTED] da Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED].

A atividade tem como título “Conexões Invisíveis” e pretende abordar, ao longo de várias sessões, o fenómeno das tecnologias. Neste sentido, esta atividade tem como objetivo perceber o grau de envolvimento dos adolescentes com a Internet e de que forma o seu uso em excesso afecta negativamente as várias áreas da sua vida quotidiana.

Assim, e com consentimento do seu educando, venho por este meio solicitar a sua autorização para que este participe na atividade, através de sessões de educação para a saúde e do preenchimento de dois questionários em momentos distintos (na primeira e última sessões).

Para este efeito, serão recolhidos e analisados dados para uso exclusivo da presente atividade. Todos serão anonimizados e qualquer detalhe identificador não será disponibilizado a terceiros. Será realizado um estudo de caso que será incluído num relatório final de estágio e disponibilizado publicamente em repositório académico para consulta pública.

Esta autorização é essencial para a participação do seu educando na atividade, que é de carácter voluntário, sem qualquer custo e/ou compensação associada. É de salientar que a recusa de participação na atividade ou o cancelamento da autorização, a qualquer momento, é um direito seu que não acarreta qualquer prejuízo para o seu educando. Todos os requisitos e procedimentos éticos em qualquer fase da atividade serão respeitados.

Para qualquer informação ou esclarecimento, pode fazê-lo através dos seguintes contactos:

Cristina Rodrigues – 2023101042@essnortecvp.pt

Agradeço, desde já, a disponibilidade e espero poder contar com a sua colaboração! Grata pela atenção!

---

(Enfermeira Ana Cristina Ferreira Rodrigues, estudante mestranda)

---

(Enfermeira Especialista Patrícia [REDACTED], orientadora clínica do estágio)

Declaro ter lido e compreendido as informações acima, autorizando o meu educando a participar neste projeto sob as garantias de confidencialidade dadas:

- Sim
- Não

Nome do(a) encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) encarregado(a) de educação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Anexo XIV**



**Comportamentos Aditivos e Dependências**

**Jogo**

- Questionário SOGS;

**Álcool**

- Teste AUDIT;
- Resultado NOC: "Controlo de Riscos: Uso de Álcool";

**Drogas**

- Teste ASSIST;
- Resultado NOC: "Controlo de Riscos: Uso de Drogas";

**Tabaco**

- Teste de Fagerström;
- Resultado NOC: "Controlo de Riscos: Uso de Tabaco";

**Avaliação da Motivação**

(Resultado NOC: "Motivação")

Com Motivação

**Intervenções de Enfermagem**

- Executar técnica de modificação do comportamento (TMC);

**Mudança de Comportamento**

Sem Motivação

**Intervenções de Enfermagem**

- Executar entrevista motivacional (EM);