



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Relatório Final
A pessoa com perturbação psicótica induzida por substâncias -
O papel do Enfermeiro Especialista de
Saúde Mental e Psiquiatria

Ana Filipa Sousa Figueiredo

A pessoa com perturbação psicótica induzida por substâncias- O papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

Ana Filipa Sousa Figueiredo

Estágio com Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Amadeu Gonçalves

março 2026

Agradecimentos

Aos meu pais, irmãos, cunhada e cunhados por todo o apoio incondicional, incentivo, que sempre que precisei estavam lá para mim, pela paciência e por perceberem a minha ausência.

Às minhas sobrinhas, Mafalda, Leonor, Luana, Carminho, e ao meu afilhado/ sobrinho Lucas, um obrigado por tudo que com o vosso sorriso e abraço, fizeram o meu dia mais triste num dia mais feliz.

À Daniela e Beatriz por todo o apoio, palavra certa no momento certo, e pela paciência que tiveram neste tempo. Foram são dúvida o meu pilar o meu grande apoio.

À Liliana a minha companheira que conheci neste percurso, mas que se tornou amiga, confidente, um apoio essencial.

Ao Professor Doutor Amadeu Gonçalves pela sua disponibilidade e compreensão, orientando e guiando o desenrolar do nosso trabalho, manifestando sempre as suas opiniões enriquecedoras para o crescimento e enriquecimento da nossa formação.

Aos meus colegas e novos amigos do curso de mestrado, pela entreaajuda, partilha e companheirismo.

À minha equipa de trabalho, muito obrigado pelo apoio, incentivo e paciência.

Aos meus orientadores de estágios e as equipas que me receberam sempre bem e com todo o profissionalismo.

A todos os mencionados, e muitos outros, que contribuíram para a realização deste trabalho de investigação, expresso os meus agradecimentos.

Resumo

Enquadramento: A psicose associada ao consumo de substâncias constitui um fenómeno complexo na área da saúde mental, com impacto no funcionamento global do indivíduo. Neste contexto, torna-se necessária a implementação de intervenções especializadas, sustentadas na evidência científica. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) assume um papel central na estabilização clínica, reabilitação psicossocial e prevenção de recaídas, especialmente em contextos articulados entre internamento de agudos e cuidados comunitários.

Objetivos: Analisar a intervenção do EESMP numa pessoa com psicose induzida por substâncias, identificando os ganhos em saúde e a integração das práticas com a evidência científica.

Metodologia: Estudo de caso de natureza qualitativa, desenvolvido em contexto de internamento de agudos. A recolha de dados baseou-se na observação direta do utente, na análise do processo clínico e na implementação de intervenções de enfermagem especializadas. Paralelamente, realizou-se uma revisão narrativa da literatura para fundamentar teoricamente as intervenções desenvolvidas.

Resultados: As intervenções de enfermagem especializadas contribuíram para a estabilização do quadro psicótico e para a melhoria da consciência da doença. Destacam-se a relação terapêutica sustentada na escuta ativa, a entrevista motivacional, a psicoeducação e o envolvimento da família, através de intervenções de apoio e esclarecimento, como elementos centrais no processo de recuperação.

Conclusão: O EESMP assume um papel essencial na abordagem integrada da psicose associada ao consumo de substâncias, sendo determinante a articulação entre os diferentes níveis de cuidados. A prática baseada na evidência orienta a tomada de decisão clínica e favorece ganhos em saúde, reforçando a importância de intervenções estruturadas, contínuas e centradas na pessoa.

Palavras-chave: saúde mental, psicose, entrevista motivacional, relação terapêutica, envolvimento familiar

Abstract

Background: Substance-induced psychosis constitutes a complex phenomenon in the field of mental health, with a significant impact on the individual's overall functioning. In this context, the implementation of specialised interventions grounded in scientific evidence is essential. The Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist (MHPNS) plays a central role in clinical stabilisation, psychosocial rehabilitation and relapse prevention, particularly in integrated settings involving acute inpatient care and community services.

Objectives: To analyse the intervention of the MHPNS in a person with substance-induced psychosis, identifying health gains and the integration of practice with scientific evidence.

Methodology: Qualitative case study developed in an acute psychiatric inpatient setting. Data collection was based on direct observation of the patient, analysis of clinical records and the implementation of specialised nursing interventions. In parallel, a narrative literature review was conducted to provide theoretical support for the interventions developed.

Results: Specialised nursing interventions contributed to the stabilisation of the psychotic condition and to the improvement of illness awareness. The therapeutic relationship grounded in active listening, motivational interviewing, psychoeducation and family involvement through supportive and informative interventions emerged as central elements in the recovery process.

Conclusion: The MHPNS plays an essential role in the integrated approach to substance-induced psychosis, with coordination between different levels of care being fundamental. Evidence-based practice guides clinical decision-making and promotes health gains, reinforcing the importance of structured, continuous and person-centred interventions.

Keywords: mental health; psychosis; motivational interviewing; therapeutic relationship; family involvement

Lista de Siglas

APA – American Psychological Association

CIPE- Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

CRI- Centro de Responsabilidade Integrado de Saúde Mental

EESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EPE- Entidades Publicas Empresarias

OE- Ordem dos Enfermeiros

SLSM-Serviços Locais de Saúde Mental

ULS - Unidade Local de Saúde

CSP- Cuidados de Saúde Primários

ECSM-PA- Equipa Comunitária de Saúde Mental para a População Adulta

EPE- Entidades Publicas Empresarias

RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

OE- Ordem dos Enfermeiros

PEP- Primeiro Episódio Psicótico

DUP- Psicose não tratada

Sumário

Lista de siglas

Lista de Tabelas.....	13
Lista de Figuras.....	15
Introdução.....	19
1.Enquadramento Conceptual.....	21
1.1 – Psicose.....	21
1.2- Modelos de Enfermagem.....	26
2- Caracterização do Contexto da Prática Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica.....	31
2.1- Estágio em Contexto de Saúde Mental na Comunidade.....	31
2.1.1- Caracterização do Contexto Clínico.....	32
2.1.1-Atividade Desenvolvidas.....	32
2.2-Estágio em Contexto de Internamento de Agudos.....	34
2.2.1- Caracterização do Contexto Clínico.....	34
2.2.2-Atividade Desenvolvidas.....	35
2.3- Competências Desenvolvidas.....	36
2.3.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	36
2.3.2-Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	41
3.Desenvolvimento de Competências no Âmbito de Investigação.....	49
3.1 Resumo.....	43
3.2-Justificação do Estudo.....	49
3.3-Enquadramento teórico.....	50
3.3.1- Revisão Narrativa.....	50
3.4- Estudo de Caso.....	57
3.5-Participantes e métodos.....	68
3.6-Resultados.....	69
3.7-Discussão.....	70
3.8-Implicações para a prática clínica.....	71
Considerações Finais.....	75
Referências Bibliográficas.....	79

Apêndices.....	85
Apêndice I- Projeto de estágio no ensino clínico de saúde mental na comunidade.....	87
Apêndice II- Projeto de estágio no ensino clínico internamento de agudos	104
Apêndice III- Afirmar identidades.....	122
Apêndice IV- Sessão de ideação Suicida.....	128
Apêndice V- Sessão Ataque de pânico.....	134
Apêndice VI- Sessão “Ansiedade”	140
Apêndice VII- Sessão aos cuidadores informais “Gestão de crise”	147
Apêndice VIII- Sessão aos cuidadores informais “cuidar em 2026”	153
Apêndice IX- Panfleto de gestão de crise.....	154
Apêndice X- Projeto de melhoria contínua.....	156
Anexos.....	185
Anexo I- Escala de CAN R.20	187
Anexo II- Jornal dos sentimentos.....	199
Anexo III- Balanço decisional.....	203
Anexo IV- Adesão ao regime terapêutico.....	205

Lista de Tabelas

Tabela 1- Características dos estádios motivacionais e respectivas intervenções.....	53
--	----

Lista de Figuras

Figura 1- Genograma do Utente R.....	58
Figura 2- Ecomapa do utente.....	59

Introdução

No âmbito da 2.^a edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu, foi elaborado o presente relatório final, inserido na unidade curricular Estágio com Relatório Final, com vista à obtenção do grau de mestre. O presente relatório tem como finalidade refletir criticamente sobre as experiências desenvolvidas em contexto da prática clínica, articulando-as com a evolução pessoal e profissional adquirida ao longo do percurso formativo.

O relatório evidencia a consolidação das competências adquiridas no mestrado, bem como das competências específicas do EESMP, demonstrando a integração de saberes teóricos e práticos na prestação de cuidados especializados. Desenvolvido sob supervisão do Professor Doutor Amadeu Gonçalves, o documento constitui um registo reflexivo que valoriza o desenvolvimento crítico, ético e científico do estudante ao longo da sua formação avançada.

Este trabalho centra-se num estudo de caso desenvolvido em contexto de estágio num serviço de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda. O foco do estudo de caso é a pessoa com perturbação psicótica induzida por substâncias e a sua família, destacando-se a importância dos cuidados especializados e do papel do EESMP. O estágio realizou-se em dois contextos distintos: em contexto comunitário, numa equipa comunitária de saúde mental para a população adulta, e em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda, num serviço de psiquiatria de um centro hospitalar.

Neste contexto, foi elaborado um estudo de caso com vista à implementação de um modelo de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), centrada na pessoa com perturbação psicótica e na sua família.

A escolha deste tema justifica-se pelo facto de as perturbações psicóticas envolverem um conjunto de alterações que afetam o pensamento, as crenças, as emoções e o comportamento do indivíduo, sendo consideradas entre as condições psiquiátricas mais graves, com impacto significativo tanto na vida da pessoa afetada como na sua família (Coentre e Levy., 2020).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 1): “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”. Destaca-se, ainda, a especificidade do âmbito psicoterapêutico, que permite ao

EESMP desenvolver um juízo clínico singular e, conseqüentemente, uma prática clínica distinta das restantes áreas de especialidade.

Pretende-se, com este documento, descrever o percurso reflexivo e crítico, sustentado pela evidência científica, de forma a evidenciar o desenvolvimento de competências na área da Saúde Mental e Psiquiátrica. Este não constitui apenas uma tarefa académica, mas sobretudo, um compromisso com a qualidade dos cuidados em saúde mental e com a responsabilidade ética e profissional que caracteriza a enfermagem especializada.

Neste sentido, e tendo em consideração o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESMP, bem como das competências inerentes ao grau de mestre, definiu-se como objetivo geral prestar cuidados especializados à pessoa com perturbação psicótica e à sua família, promovendo a reabilitação psicossocial, a autonomia e a melhoria do seu funcionamento global.

Complementarmente, foram definidos objetivos específicos orientados para a consolidação de competências no âmbito do desenvolvimento pessoal e profissional, para o desenvolvimento de capacidades de avaliação diagnóstica da pessoa com doença mental e para o aperfeiçoamento de competências de planeamento e implementação de intervenções especializadas, sustentadas na evidência científica, com vista à promoção da saúde mental e da qualidade de vida da pessoa e da família. Pretendeu-se, igualmente, analisar e avaliar os resultados decorrentes das intervenções realizadas.

Este documento encontra-se dividido nas seguintes partes: introdução, enquadramento conceptual, caracterização, atividades e competências desenvolvidas em contexto clínico, estudo de caso com revisão narrativa, considerações finais, apêndices e anexos.

Toda a informação recolhida e referenciada neste relatório foi obtida com conhecimento da coordenação da equipa e dos utentes dos contextos onde decorreu o estágio, respeitando os princípios éticos e a privacidade de todos os envolvidos.

A regra de referenciação usada ao longo deste relatório será a da American Psychological Association (APA) 7ª edição, dada a sua ampla utilização no meio académico.

1. Enquadramento Conceptual

1.1 – Psicose

A psicose pode ser compreendida como um conjunto de alterações que afetam a forma como a pessoa percebe, interpreta e pensa sobre a realidade, podendo comprometer o contacto com a mesma (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2019).

Segundo a American Psychiatric Association [APA] (2014), as perturbações psicóticas definem-se pela presença de um ou mais dos cinco domínios principais: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado ou anómalo— no qual se inclui a catatonia — e sintomas negativos.

A pessoa com psicose manifesta alterações relevantes ao nível do pensamento, das emoções, da comunicação e da forma como se relaciona com os outros, sendo as alucinações e os delírios os sintomas mais frequentemente observados (Baldaçara et al., 2018 citado por Lazana, 2022).

As alucinações consistem em perceções sensoriais vividas como reais, mesmo na ausência de estímulos externos que as justifiquem. Estas experiências sensoriais são semelhantes a perceções verdadeiras, mas surgem sem qualquer estimulação externa do respetivo órgão sensorial, sendo vividas de forma clara e sem controlo voluntário. As alucinações podem manifestar-se sob a forma auditiva, visual, olfativa, gustativa e tátil (APA, 2014; Lazana, 2022; Pontes e Calazans, 2017).

Os delírios correspondem a crenças rígidas e persistentes que se mantêm mesmo quando confrontadas com evidências contrárias, não sendo partilhadas pelo contexto sociocultural do indivíduo. A distinção entre um delírio e uma ideia fortemente defendida pode ser difícil, dependendo do grau de convicção com que a crença é mantida, uma vez que esta persiste mesmo perante provas claras que colocam em causa a sua veracidade (APA, 2014; Lazana, 2022; Pontes e Calazans, 2017). O conteúdo dos delírios pode assumir diferentes formas, incluindo delírios persecutórios, de referência, de grandeza, erotomaníacos, niilistas ou somáticos (APA, 2014). Entre estes, os delírios persecutórios e de referência são frequentemente observados em indivíduos com perturbações psicóticas (Valente, 2014 in Saraiva e Cerejeira, 2014).

A desorganização do pensamento compreende alterações do conteúdo, da forma, da posse e do curso do pensamento (Valente, 2014 in Saraiva e Cerejeira, 2014). Esta desorganização evidencia-se frequentemente no discurso do indivíduo, no qual pode ocorrer mudança abrupta de um tema para outro, fenómeno designado por descarrilamento ou afrouxamento das associações. As respostas às questões podem

apresentar apenas uma relação indireta ou mesmo não ter qualquer relação com o conteúdo da pergunta, situação conhecida como tangencialidade. Em casos mais graves, o discurso pode tornar-se praticamente incompreensível, fenómeno designado por incoerência ou “salada de palavras” (APA, 2014).

O comportamento desorganizado ou anormal pode manifestar-se de diferentes formas. Entre estas manifestações pode observar-se o comportamento catatónico, caracterizado por uma redução da reatividade ao ambiente, podendo incluir mutismo, postura rígida ou bizarra e ausência de respostas verbais ou motoras. Em alguns casos, podem também ocorrer episódios de atividade motora excessiva ou movimentos estereotipados (APA, 2014).

Os sintomas negativos constituem uma dimensão particularmente associada à esquizofrenia, embora possam também estar presentes noutras perturbações psicóticas. Entre os sintomas negativos mais frequentes destacam-se a diminuição da expressão emocional e a avolia, que apresentam maior relevância clínica nesta perturbação. Outros exemplos incluem alogia, anedonia e diminuição da motivação ou da iniciativa (APA, 2014).

Importa ainda considerar que alguns sintomas negativos podem resultar de outros fatores, como efeitos secundários da medicação antipsicótica ou sintomas depressivos associados ao quadro clínico (Saraiva e Cerejeira, 2014).

Os sintomas psicóticos podem manifestar-se em diferentes perturbações psiquiátricas. De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), estas perturbações integram um conjunto de diagnósticos que se distinguem pela natureza dos sintomas e pela duração do quadro clínico (APA, 2014).

No âmbito das perturbações psicóticas incluem-se diferentes diagnósticos clínicos. Entre estes, destaca-se a esquizofrenia, caracterizada por uma duração mínima de seis meses e pela presença de pelo menos um mês de sintomas em fase ativa (APA, 2014).

A perturbação esquizotípica da personalidade, incluída no espectro da esquizofrenia, caracteriza-se por défices sociais e interpessoais marcados, manifestando-se por dificuldades em estabelecer relações próximas, bem como por distorções cognitivas, percetivas e comportamentos excêntricos (APA, 2014).

A perturbação delirante caracteriza-se pela presença de delírios durante pelo menos um mês, na ausência de outros sintomas psicóticos significativos. Já a

perturbação psicótica breve apresenta uma duração superior a um dia, resolvendo-se normalmente no período de um mês (APA, 2014).

Por sua vez, a perturbação esquizofreniforme apresenta sintomatologia semelhante à esquizofrenia, porém com duração inferior a seis meses e sem compromisso acentuado do funcionamento (APA, 2014).

A perturbação esquizoafetiva caracteriza-se pela ocorrência de episódios de humor concomitantes com os sintomas da fase ativa da esquizofrenia, seguidos de pelo menos duas semanas de delírios ou alucinações na ausência de sintomas afetivos proeminentes (APA, 2014).

Incluem-se também as perturbações psicóticas induzidas por substâncias ou medicação, que resultam do consumo de drogas, fármacos ou da exposição a toxinas, assim como a perturbação psicótica decorrente de outra condição médica, atribuível a uma consequência fisiológica direta dessa condição (APA, 2014).

A perturbação psicótica pode ser compreendida como um processo que integra diferentes fases, nomeadamente a fase prodrômica, a fase aguda e a fase residual. A fase prodrômica antecede o episódio psicótico e caracteriza-se por alterações progressivas no funcionamento psicológico e social, enquanto a fase residual ocorre após o episódio agudo, podendo persistir alguns sintomas (Coentre et al., 2010).

O primeiro episódio psicótico (PEP) refere-se ao período em que o indivíduo manifesta sintomas suficientes para o diagnóstico de uma perturbação psicótica. Estes sintomas incluem alterações comportamentais, desorganização e distorções do pensamento, nomeadamente ideias delirantes. Os delírios podem assumir forma persecutória, religiosa, de grandeza, somática ou traduzir experiências passivas, tais como a inserção ou o roubo de pensamentos. Quanto às alucinações, as auditivas são as mais frequentes, enquanto as visuais e somáticas surgem com menor frequência e podem indicar a presença de condições orgânicas subjacentes (Gouveia et al., 2014).

A fase prodrômica pode incluir alterações como isolamento social, diminuição da energia, perda de interesses, humor depressivo e alterações no comportamento e autocuidado, surgindo frequentemente de forma insidiosa ao longo de semanas ou meses. Estas mudanças são, muitas vezes, inicialmente identificadas por familiares ou pessoas próximas (Coentre et al., 2010).

Neste contexto, destaca-se o conceito de duração da psicose não tratada (DUP), que corresponde ao período entre o início dos sintomas e o início do tratamento. Uma maior duração da DUP está associada a piores resultados clínicos e a maior

comprometimento funcional (Coentre et al., 2011; Levy e Coentre., 2014). Assim, a identificação precoce dos sintomas permite reduzir este intervalo, promovendo melhores resultados em saúde (Coentre e Levy., 2020).

A intervenção precoce na psicose assume um papel central na organização dos cuidados em saúde mental, estando associada a melhores resultados clínicos e funcionais (Coentre et al., 2010). A intervenção pode ocorrer na fase prodrômica ou após o início do episódio psicótico, com o objetivo de minimizar o impacto da doença.

Importa referir que a intervenção precoce não se limita ao tratamento de um determinado estágio da doença, mas visa também prevenir a sua progressão para fases mais avançadas, nas quais a resposta ao tratamento é mais difícil e as possibilidades de recuperação são mais limitadas. Assim, as intervenções aplicadas no início dos sintomas são mais eficazes e menos prejudiciais do que aquelas realizadas em fases mais tardias (Coentre et al., 2010).

O prognóstico após um primeiro episódio psicótico é influenciado por múltiplos fatores clínicos e sociais, sendo que intervenções precoces aumentam a probabilidade de remissão sintomática e de melhor funcionamento psicossocial a médio e longo prazo. (Coentre et al., 2011).

O primeiro episódio psicótico pode ocorrer no contexto de diferentes perturbações, incluindo situações associadas ao consumo de substâncias psicoativas. Nestes casos, a apresentação clínica pode ser semelhante, sendo essencial uma avaliação cuidada para o diagnóstico diferencial e definição da intervenção adequada (Levy e Coentre., 2014).

A perturbação psicótica induzida por substâncias constitui um quadro clínico caracterizado pela presença de sintomas psicóticos, nomeadamente delírios e/ou alucinações, desorganização do pensamento e alterações da percepção da realidade, podendo assumir carácter transitório. Estes sintomas desenvolvem-se habitualmente durante ou pouco tempo após o consumo de substâncias psicoativas ou como consequência do efeito de determinados fármacos (APA, 2014; Barbaro e Picarelli., 2017; Freres et al., 2025).

Deste modo, as alucinações reconhecidas pelo próprio indivíduo como consequência do consumo de substâncias não são incluídas neste diagnóstico. Nestes casos, deverá considerar-se um diagnóstico de intoxicação ou abstinência de substâncias com o especificador “com perturbações da percepção”, como pode ocorrer,

por exemplo, na abstinência de álcool, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, bem como na intoxicação por cannabis ou estimulantes (APA, 2014; Barbaro e Picarelli., 2017).

Para o estabelecimento deste diagnóstico, é fundamental a existência de evidências, obtidas através da história clínica, exame físico e/ou exames laboratoriais, de que a substância ou medicação em causa é capaz de produzir os sintomas observados, sendo igualmente necessário excluir que o quadro clínico seja mais bem explicado por uma perturbação psicótica primária (APA, 2014; Barbaro e Picarelli., 2017).

A distinção entre perturbação psicótica induzida por substâncias e perturbações psicóticas primárias exige uma avaliação criteriosa da sintomatologia, da evolução temporal do quadro clínico e da presença de outros fatores relevantes. Neste contexto, é essencial confirmar a existência de consumo, intoxicação ou abstinência e excluir antecedentes de sintomas psicóticos independentes do uso de substâncias (APA, 2014; Barbaro e Picarelli., 2017; Will et al., 2024).

De um modo geral, os sintomas surgem durante ou pouco tempo após a exposição à substância, podendo, no entanto, persistir durante algumas semanas, o que pode dificultar o diagnóstico diferencial com perturbações psicóticas independentes (APA, 2014; Barbaro e Picarelli., 2017). Ainda assim, a presença de uma relação temporal clara entre o consumo e o início dos sintomas, bem como a melhoria clínica após a interrupção da substância, constituem elementos distintivos importantes (Freres et al., 2025).

Por outro lado, nas perturbações psicóticas primárias, como a esquizofrenia, os sintomas tendem a persistir por períodos mais prolongados, frequentemente superiores a um mês, mesmo após o término da intoxicação ou da abstinência (APA, 2014). Adicionalmente, sintomas negativos, como a pobreza do discurso e a apatia, são mais persistentes na esquizofrenia, enquanto na psicose induzida por substâncias tendem a atenuar-se ou desaparecer após a remoção do agente causal (Cohen-Laroque et al., 2024 citado por Will et al., 2024).

Importa salientar que o indivíduo com psicose revela pouco *insight* e dificuldade em aderir ao regime terapêutico, pelo que o contexto social e familiar em que este está inserido é fundamental para a continuidade do tratamento/intervenção, incluindo nos casos de primeiro surto psicótico (Levy e Coentre., 2014).

Neste âmbito, os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental, destacando-se o EESMP na avaliação, monitorização dos sintomas, promoção da

adesão terapêutica e apoio à pessoa e à família ao longo do processo de tratamento e recuperação.

1.2 – Modelos de Enfermagem

Ao longo do tempo, o progresso científico tem contribuído para a reformulação dos paradigmas explicativos dos fenómenos, inclusive no domínio da saúde. Neste contexto, tem-se intensificado a reflexão sobre os sistemas de saúde, a atuação das equipas multidisciplinares e o papel dos profissionais, procurando compreender a forma como a sociedade perspetiva a saúde e a doença, bem como as respostas disponíveis para promover a melhoria da saúde das pessoas (Valente et al., 2020).

Para apoiar esta compreensão, foram desenvolvidos diversos modelos teóricos que clarificam os conceitos de saúde e doença, servindo de base à prática dos profissionais de saúde (Valente et al., 2020). A utilização de modelos teóricos em enfermagem constitui um elemento fundamental para a prestação de cuidados estruturados, consistentes e centrados na pessoa, contribuindo para a melhoria dos resultados em saúde e da qualidade do cuidado prestado (Alligood, 2017; Smith, 2020).

Na saúde mental, esses referenciais são particularmente relevantes, orientando a prática clínica do enfermeiro especialista na avaliação, planeamento e implementação de intervenções terapêuticas ajustadas às necessidades do indivíduo (Valente et al., 2020).

Neste sentido, optou-se pela utilização da Teoria das Transições, de Afaf Meleis, e da Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau, por se considerarem adequadas à situação em estudo, permitindo sustentar a prática de enfermagem e orientar a consecução dos resultados desejados.

A Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau, constitui um dos principais referenciais na enfermagem de saúde mental, centrando-se na relação terapêutica entre enfermeiro e utente. Essa relação é entendida como um processo dinâmico e intencional, que promove crescimento mútuo e facilita a resolução de problemas, conferindo ao utente um papel ativo no seu processo de tratamento (Bittencourt, 2018; George, 2000; Santos e Nóbrega.,1996).

Para que a intervenção seja eficaz, o enfermeiro deve envolver o utente na tomada de decisão, promovendo a sua participação ativa na resolução de problemas. Esta dinâmica, baseada na interação terapêutica, fortalece a confiança, favorece a comunicação e contribui para o desenvolvimento de estratégias adaptativas, permitindo

ao utente lidar de forma mais eficaz com situações geradoras de ansiedade (Coelho., 2024).

Segundo Peplau, a relação interpessoal desenvolve-se em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Na fase de orientação, ocorre o primeiro contacto entre enfermeiro e utente, iniciando-se quando este reconhece a necessidade de ajuda. O enfermeiro procura compreender a situação vivida, identificar necessidades e estabelecer as bases da relação terapêutica, assente na confiança, no respeito e na comunicação eficaz.

Na fase de identificação, o utente começa a expressar de forma mais clara as suas necessidades e expectativas, assumindo um papel ativo no processo terapêutico. O enfermeiro auxilia na clarificação dessas necessidades e na definição de estratégias de intervenção, contribuindo para a diminuição de sentimentos de impotência e para o desenvolvimento de uma maior capacidade de enfrentamento (Coelho., 2024).

Durante a fase de exploração, o utente utiliza os recursos disponíveis e aprofunda a relação terapêutica com o apoio do enfermeiro, promovendo autonomia e enfrentando a ambivalência entre dependência e independência. Nesta etapa, o enfermeiro assume um papel essencial através da escuta ativa, do esclarecimento e do suporte emocional (Coelho., 2024).

Finalmente, na fase de resolução, verifica-se a progressiva autonomia do utente e a conclusão da relação terapêutica, após a satisfação das necessidades identificadas, permitindo o desenvolvimento de competências que favorecem a adaptação futura. Estas fases são particularmente relevantes na enfermagem de saúde mental, permitindo ao enfermeiro responder adequadamente às necessidades do utente (Coelho., 2024).

De acordo com Peplau (1990), a prática de enfermagem em saúde mental centra-se na qualidade da relação interpessoal, que promove o envolvimento de ambos num processo de crescimento pessoal durante a prestação de cuidados. A autora destaca a importância do enfermeiro como agente terapêutico, utilizando a sua própria pessoa como instrumento para a resolução de problemas, aproximando-se do utente de forma ativa e participativa (Santos et al., 2004).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reforça que a prática de enfermagem de saúde mental depende da capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, uma vez que estes condicionam a capacidade de estabelecer relações terapêuticas e implementar intervenções sócio terapêuticas, psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais (OE., 2018).

Paralelamente, a Teoria das Transições, de Meleis, centra-se nos processos de mudança vivenciados pelos indivíduos ao longo do ciclo de vida, especialmente em situações de saúde/doença. As transições são processos complexos, que podem ocorrer simultaneamente ou de forma sequencial, exigindo adaptações pessoais, sociais e emocionais (Meleis et al., 2010).

Estas transições apresentam propriedades específicas, como eventos críticos, percepção de mudança, dimensão temporal e grau de envolvimento do indivíduo. O enfermeiro tem como função compreender a experiência vivida, identificar fatores facilitadores ou inibidores da adaptação e intervir para promover transições saudáveis. A avaliação de indicadores de processo, como o envolvimento com pessoas significativas, o sentimento de pertença e as estratégias de coping, bem como de indicadores de resultado, como a aquisição de novas competências e a reconstrução da identidade, permite monitorizar a evolução do utente e adequar a intervenção (Meleis et al., 2000).

Na enfermagem de saúde mental, os cuidados devem ser centrados na pessoa, considerando a sua singularidade, história de vida e necessidades específicas. A relação terapêutica assume um papel central, constituindo um processo intencional baseado na confiança, empatia e respeito (Lopes., 2018). O enfermeiro especialista utiliza-se a si próprio como instrumento terapêutico, mobilizando conhecimentos científicos, competências técnicas e capacidades relacionais que sustentam a sua intervenção, incluindo competências de natureza psicoterapêutica, psicossocial e psicoeducativa (Regulamento n.º 515/2018).

Em Portugal, a prática do EESMP está enquadrada pelos referenciais da OE, que definem competências específicas no âmbito da avaliação, intervenção e acompanhamento da pessoa em sofrimento psíquico. A especialização permite identificar necessidades, tomar decisões clínicas fundamentadas e articular com outros profissionais, garantindo cuidados diferenciados e ajustados aos diferentes contextos (Regulamento n.º 515/2018).

Os EESMP devem desenvolver intervenções dirigidas não só à pessoa, mas também à família, promovendo a capacitação para lidar com a doença, a gestão terapêutica e o stress associado ao cuidar, contribuindo para a prevenção de recaídas e para a melhoria da qualidade de vida (Regulamento n.º 515/2018).

No contexto das perturbações psicóticas, especialmente na psicose induzida por substâncias, tais referenciais teóricos e normativos assumem particular relevância. A relação terapêutica, baseada na teoria de Peplau, estabelece uma ligação de confiança essencial à adesão ao tratamento e à gestão dos sintomas. Simultaneamente, a Teoria

das Transições de Meleis possibilita compreender o impacto das mudanças associadas ao consumo de substâncias e ao episódio psicótico, apoiando o indivíduo no processo de adaptação.

Dessa forma, o EESMP intervém na avaliação dos sintomas, na promoção da adesão terapêutica, na educação para a saúde — incluindo o consumo de substâncias — e na prevenção de recaídas. Para além disso, desempenha um papel central no suporte à família e na promoção de estratégias de coping, contribuindo para a melhoria do funcionamento global e da qualidade de vida da pessoa.

2- Caracterização do Contexto da Prática Especializada de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

De acordo com Organização Mundial Saúde (OMS, 2014), a saúde mental é definida como um estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os eventos normais e stressantes da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) centra-se na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação de riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas não ajustadas ou desadequadas aos processos de transição, geradoras de sofrimento, alteração ou doença mental, bem como no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental (OE., 2011).

Para tal, é fundamental que o EESMP, em colaboração com uma equipa multidisciplinar, intervenha de forma rápida e coordenada com a família e com a pessoa, implementando intervenções que promovam a funcionalidade e a autonomia (Whitley et al., 2015).

As atividades desenvolvidas nos ensinos clínicos visaram a concretização dos objetivos delineados nos projetos de estágios (Apêndice I e II), bem como o desenvolvimento de competências específicas para a prática de enfermagem na área da saúde mental, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018).

2.1- Estágio em contexto de saúde mental na comunidade

As Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) visam aproximar os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) da população que acompanham, assegurando respostas focadas na promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, prestação de cuidados e recuperação psicossocial (Gago et al., 2023).

Estas equipas são responsáveis pela articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), com a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI) e com outros parceiros da sua área geográfica de responsabilidades assistencial, como

por exemplo Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, organizações da sociedade civil e associações de familiares e de utentes, entre outras estruturas da comunidade (Gago et al., 2023).

Estas equipas são responsáveis pela realização de consultas das várias áreas de intervenção profissional, individuais ou de grupo, intervenções psicoterapêuticas, promoção da adesão à medicação, visitas domiciliárias, terapias de mediação corporal, reabilitação cognitiva e treino de competências sociais, entre outras atividades. Devem privilegiar o acompanhamento de pessoas com doença mental grave, mas também participar ativamente no tratamento das perturbações mentais mais comuns, em articulação com os CSP (Gago et al., 2023).

2.1.1 Caraterização do contexto clínico

A Equipa Comunitária de Saúde Mental para a população adulta (ECSM-PA) está integrada na Unidade Local de Saúde (ULS), mais concretamente num Centro de Responsabilidade Integrado de Saúde Mental (CRI), tendo como principal objetivo assegurar a prestação de cuidados diferenciados de saúde mental na comunidade a uma população correspondente a uma área geográfica definida. Pretende-se, assim, aumentar a acessibilidade, promover a continuidade de cuidados e favorecer a recuperação e integração familiar e social das pessoas com problemas de saúde mental grave (Gago et al., 2023).

A ECSM está localizada no centro de saúde e funciona de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 16h30. É composta por três médicos psiquiatras, um assistente administrativo, quatro enfermeiros- dois deles especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica-, duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional.

2.1.2- Atividades desenvolvidas

Uma das áreas de intervenção da equipa destaca-se no processo de reintegração social, promovendo a participação ativa do utente na comunidade e a recuperação da sua autonomia. A equipa apoia também o utente na procura de emprego e na realização de atividades ocupacionais, respeitando a vontade e as capacidades de cada indivíduo.

Para tal, são estabelecidos protocolos com instituições como o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), que colabora através da oferta de cursos e do

apoio na procura de emprego, bem como com programas locais. Após a identificação dos interesses e capacidades do utente, foram delineadas estratégias de integração social e profissional em articulação com a equipa multidisciplinar. Paralelamente, realizaram-se visitas ao IEFP para observação das atividades desenvolvidas e acompanhamento do progresso dos cursos frequentados pelos utentes.

Outra atividade desenvolvida durante o estágio integrou o Dia Mundial da Saúde Mental e consistiu numa exposição de trabalhos artísticos, incluindo pinturas, poemas e peças de cerâmica, todos elaborados por utentes com doença mental grave acompanhados pela equipa. Para a organização do evento, foram estabelecidos contactos com diversas entidades, promovendo a colaboração e articulação institucional com a equipa multidisciplinar.

Esta iniciativa revelou-se particularmente relevante, pois permitiu sensibilizar a comunidade para a importância da inclusão social das pessoas com doença mental, ao mesmo tempo que divulgou o trabalho desenvolvido pela equipa. Contribuiu ainda para a redução do estigma associado à doença mental e para a valorização das competências e da participação ativa dos utentes.

Nas visitas domiciliárias, nas consultas de enfermagem e nas consultas médicas descentralizadas, foi possível desenvolver a comunicação terapêutica, estabelecendo uma relação de confiança e empatia com os utentes, bem como com as suas famílias, contribuindo para a consolidação da relação de ajuda enfermeiro-utente.

Durante o estágio, foram estabelecidas relações de ajuda significativas com os utentes, promovendo uma comunicação empática e um ambiente de confiança. Sempre que possível, foram implementadas intervenções individualizadas, ajustadas às necessidades e características de cada pessoa.

Surgiram diversas situações em que foi aplicada a psicoeducação, mobilizando intervenções de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico e psicoeducacional, com o objetivo de manter, melhorar e recuperar a saúde dos utentes e dos cuidadores.

No contexto do ensino clínico, foi iniciado um projeto relacionado com utentes da consulta externa de psiquiatria, maiores de 18 anos, com questões relacionadas com identidade de género (trans, não-binários, entre outros). Esta realidade motivou a realização de pesquisa bibliográfica e a consulta de artigos científicos e trabalhos de investigação, evidenciando a importância da investigação para o desenvolvimento de competências e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este projeto não

foi totalmente desenvolvido devido a limitações de tempo do estágio e questões burocráticas (Apêndice III)

Posteriormente, no decurso da prática clínica, foi aplicada a escala CAN R2.0 (Camberwell Assessment of Need – Questionário de Avaliação de Necessidades) (Anexo I) a um utente, tendo sido posteriormente elaborado o plano individual de cuidados com base nos resultados obtidos.

2.2 Estágio em contexto de Internamento de doentes agudos

O internamento de agudos atende a maioria dos utentes com perturbações psiquiátricas que necessitam de tratamento agudo, recebendo uma grande diversidade de patologias. Tem como principais objetivos assegurar a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento de doença mental, bem como a reabilitação e reinserção social da pessoa com doença mental.

2.2.1- Caracterização do contexto clínico

O estágio em contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda decorreu num Serviço de Psiquiatria de Agudos de um Centro Hospitalar em Portugal, inserido num CRI. Este estágio foi interrompido pela pausa de Natal, o que constituiu um aspeto menos positivo, uma vez que, quando foi retomado, muitos dos doentes acompanhado já tinham tido alta clínica.

Esta unidade de internamento recebe doentes provenientes do serviço de urgência, da consulta externa e da psiquiatria de ligação, podendo os mesmos ser internados em regime voluntário ou compulsivo.

O serviço é composto por um piso onde se localizam o hospital de dia e a consulta externa. Em termos estruturais, dispõe de refeitório, sala de convívio/atividades, jardim terapêutico, pátio interior ao ar livre, sala de trabalho de enfermagem, sala de preparação de medicação e tratamentos, enfermarias com casa de banho individual, dois quartos de isolamento e sala de visitas. Possui ainda um circuito interno de videovigilância e, por questões de segurança, todos os colaboradores dispõem de um cartão de acesso para abertura das portas, sendo que os elementos externos ao serviço necessitam de utilizar uma campainha para entrar no serviço.

A equipa multidisciplinar do serviço é composta pelo diretor do serviço, equipa médica, enfermeiro diretor, cinco médicos psiquiatras, dezoito enfermeiros, um assistente social, três técnicos/administrativos sete assistentes operacionais.

Relativamente ao horário praticado pelos enfermeiros, este encontra-se dividido em três turnos diários: manhã (das 8h00 às 16h00); tarde (das 16h00 às 00h00) e noite (das 00h00 às 8h00).

2.2.2- Atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas tiveram por base o diagnóstico do utente, após a identificação dos focos de atenção e a definição das respetivas intervenções de enfermagem.

Foram desenvolvidas intervenções especializadas dirigidas à pessoa, com foco na promoção e otimização da saúde mental. Destacam-se a realização de sessões de psicoeducação subordinadas às temáticas “ideação suicida”, “ataque de pânico” e “ansiedade” (Apêndices IV, V e VI).

As intervenções junto de utentes com diagnóstico de enfermagem: “comportamento autodestrutivo”- temática recorrente ao longo deste estágio- permitiram a identificação de fatores protetores e o reforço das redes de suporte, tendo sido utilizada a escala de avaliação do risco de suicídio IRIS. Em dois utentes, foi utilizado, no final da entrevista de enfermagem e como “trabalho para casa” o “JORNAL DOS SENTIMENTOS PARA AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL” (Anexo II).

No âmbito das entrevistas de enfermagem, foi também trabalhada a temática de abuso de álcool. Para tal, foi realizada a história de consumo, sendo posteriormente entregue à utente o “balanço decisional” (Anexo III), utilizado na segunda intervenção. Nesta fase, recorreu-se à entrevista motivacional, tendo sido aplicadas, numa terceira intervenção, estratégias de prevenção de recaída.

De igual modo, a intervenção com uma utente internada por abandono da terapêutica, teve como objetivo promover a consciencialização para a importância da adesão ao regime terapêutico, enquanto fator determinante para a recuperação e reintegração comunitária. Foi utilizada a escala MAT (Medida de Adesão ao Tratamento) e foram exploradas as crenças pessoais relativas à medicação, nomeadamente através da reflexão sobre perceções, benefícios e dificuldades associadas ao regime terapêutico. Por fim, foi utilizada uma tabela para a utente identificar as vantagens e desvantagens do uso de medicação (Anexo IV).

No contexto do ensino clínico, procedeu-se ainda à recolha de dados para o estudo de caso, o que permitiu simultaneamente a implementação de intervenções no âmbito das competências do EESMP.

Tive também a oportunidade de dinamizar duas sessões dirigidas a cuidadores informais, no contexto do hospital de dia, subordinadas aos temas “Gestão em Crise” e “Ano Novo, cuidar com novos sentidos” (Apêndices VII e VIII). Na primeira sessão, foi elaborado um flyer informativo para entrega aos cuidadores (Apêndice IX).

Foi ainda desenvolvido um projeto de melhoria continua no serviço, intitulado: “Da espera à aprendizagem: promoção da literacia em saúde mental. Este projeto surgiu da necessidade de aumentar a literacia em saúde mental junto de utentes e visitas, através de intervenções de enfermagem especializada desenvolvidas nas salas de espera, enquadradas no ciclo PDCA(Plan-do-check-Act) (Apêndice X).

No âmbito deste projeto, foi aplicado um questionário às visitas, permitindo identificar os temas sobre os quais existiam maiores dúvidas. Com base nos resultados, foram elaborados posters, flyers e vídeos informativos, que iriam ser disponibilizados posteriormente nas salas de espera (Apêndice X).

Em contexto de hospital de dia, participei ainda numa sessão de relaxamento e em diversas atividades terapêuticas, nomeadamente na decoração do serviço para o Natal e em sessões de leitura e discussão de notícias, nas quais cada utente selecionava uma notícia para posterior debate em grupo.

2.3- Competências Desenvolvidas

2.3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Na atualidade, os cuidados de saúde e, intrinsecamente, os cuidados de enfermagem caracterizam-se por uma crescente exigência técnico-científica, sendo a diferenciação e a especialização cada vez mais comuns entre os profissionais de saúde (Regulamento nº140/2019).

O reconhecimento das áreas de especialidade em enfermagem assenta não apenas na delimitação de campos de intervenção específicos, mas também no nível de diferenciação técnico-científica, complexidade e autonomia exigidos na prestação de cuidados. Neste sentido, a especialização acompanha a evolução da disciplina e da

profissão, exigindo do enfermeiro uma capacidade crescente de adaptação a contextos diversos e a necessidades de saúde cada vez mais complexas (OE, 2025).

Ao enfermeiro especialista reconhecem-se competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na respetiva área de especialidade correspondente. As competências do enfermeiro especialista encontram-se divididas em quatro domínios (Regulamento nº140/2019).

Durante este percurso, teve-se como objetivo a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista, as quais, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, se encontram estruturadas em diferentes domínios.

No Domínio A) domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro especialista deve desenvolver uma prática profissional ética, atuando de acordo com normais legais e princípios éticos e deontológicos. Compete ainda ao enfermeiro especialista garantir uma prática que respeite os direitos humanos e assegurar responsabilidade profissional (Regulamento nº140/2019).

Ao longo dos estágios, atuei de acordo com normas legais e os princípios éticos e deontológicos, garantindo a privacidade, a dignidade e a confidencialidade do utente. Sempre que surgiram dúvidas na tomada de decisão clínica, realizei pesquisa sobre os temas em questão e recorri aos orientadores, demonstrando consciência dos meus limites enquanto estudante.

Procurei estabelecer uma comunicação clara e eficaz, com objetivo de informar os utentes sobre as intervenções realizadas, bem como sobre os respetivos riscos e benefícios. Assim, foi assegurado o respeito pelas crenças, valores, práticas e costumes individuais da pessoa com doença mental, valorizando os seus direitos e promovendo cuidados centrados na pessoa.

O registo clínico constitui um instrumento legal e ético fundamental para a continuidade de cuidados. Por essa razão, mantive o rigor na sua elaboração, procurando assegurar a confidencialidade da informação clínica, transmitindo-a apenas em momentos adequados e exclusivamente aos profissionais envolvidos no processo de cuidados, nomeadamente durante as passagens de turno e registos clínicos.

No contexto de internamento, um dos casos mais significativos permitiu refletir sobre a importância do enquadramento legal na prestação de cuidados. Tratou-se de uma utente admitida em regime de internamento involuntário, situação que implicou o

conhecimento e a aplicação das normas legais vigentes, bem como a adequação dos cuidados às especificidades deste tipo de internamento.

A complexidade do caso, caracterizada por comportamentos agressivos e de difícil gestão, evidenciou a necessidade de uma intervenção estruturada, sustentada em princípios éticos, legais e clínicos. Neste âmbito, destacou-se a importância da comunicação eficaz entre os elementos da equipa e da definição de objetivos terapêuticos em contexto multidisciplinar, ajustados às necessidades da utente, de forma a promover a segurança, a estabilidade clínica e a qualidade dos cuidados prestados.

Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento da minha capacidade de tomada de decisão em situações desafiantes, bem como para a valorização da comunicação eficaz e da articulação com a equipa multidisciplinar na definição de objetivos terapêuticos.

Durante o estágio, promovi uma relação terapêutica baseada na empatia e respeito pela individualidade de cada pessoa, adotando uma postura de não julgamento.

Domínio B) Competências do domínio da melhoria da qualidade

O enfermeiro especialista desenvolve práticas de qualidade e colabora em programas de melhoria continua promovendo um ambiente terapêutico seguro (Regulamento nº140/2019). Enquanto estudante, em contexto de estágio, procurei desenvolver uma prática segura e de qualidade. Ao longo do estágio, e através da reflexão realizada com os orientadores, foi possível analisar as intervenções desenvolvidas, identificar oportunidades de melhoria e avaliar as práticas clínicas implementadas.

No contexto do internamento em psiquiatria, verificaram-se dúvidas, medos, crenças erróneas e estigma relativamente à doença mental. Estas situações contribuem para o aumento da ansiedade, dificuldades de adaptação ao internamento e menor envolvimento da pessoa e da família no processo terapêutico. A baixa literacia em saúde mental constitui um fator de risco para uma gestão inadequada do processo de saúde-doença. Por essa razão, em conjunto com a orientadora, foi elaborado um projeto de melhoria contínua intitulado: “Da Espera à aprendizagem: promoção da literacia em saúde mental” (Apêndice X).

No decurso do internamento, observei que a contenção física era utilizada apenas como último recurso, enquanto a contenção química era aplicada em situações de maior agitação psicomotora. Dava-se prioridade a estratégias baseadas numa comunicação eficaz. Esta experiência permitiu-me compreender que o internamento não tem como

objetivo deixar os utentes sonolentos ou incapazes de realizar atividades. Pelo contrário, os utentes eram incentivados a participar nas atividades diárias e nos passeios terapêuticos.

A observação e a aplicação destas práticas permitiram-me compreender a importância da organização dos cuidados, da planificação de intervenções individualizadas e da tomada de decisões fundamentadas.

As passagens de turno permitiram analisar casos específicos e transmitir informação relevante para a continuidade de cuidados, facilitando o planeamento de intervenções adequadas e ajustadas às necessidades identificadas.

A melhoria da qualidade dos cuidados foi promovida através da implementação de intervenções que asseguraram um ambiente terapêutico seguro para a pessoa, evidenciando disponibilidade para apoiar ao longo do seu processo de recuperação e reabilitação.

No terceiro C) domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista é capaz de otimizar as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº140/2019).

Durante o estágio em contexto de internamento de agudos, foi possível participar em atividades de gestão, uma vez que a orientadora desempenhava, por vezes, funções de gestão de equipa, nomeadamente através da solicitação de material e da orientação da distribuição dos enfermeiros pelos utentes, enquanto responsável de turno. Uma distribuição equilibrada e eficaz revela-se fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem ao longo do turno, evitando situações de sobrecarga para determinados enfermeiros.

A existência de um enfermeiro responsável de turno assume particular importância, uma vez que qualquer ocorrência é comunicada a esse profissional, permitindo posteriormente uma tomada de decisão articulada em equipa e ajustada às necessidades do utente.

O enfermeiro gestor desempenha um papel importante na qualidade dos cuidados e na gestão das relações em equipa. Para tal, é importante que detenha conhecimentos sustentados na evidencia científica, sendo capaz de dar respostas diferenciadas às dúvidas e desafios que surgem no seio da equipa.

Diariamente, realizava-se, no período da manhã, a passagem de informação ao médico da equipa de internamento, promovendo uma abordagem mais integrada e eficaz, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Também no contexto de estágio na equipa comunitária se verificou que o trabalho em equipa era essencial, uma vez que toda a informação era partilhada entre os profissionais, permitindo adequar as intervenções às necessidades dos utentes e promover respostas mais eficazes e uma melhor qualidade dos cuidados. Deste modo, para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, torna-se fundamental otimizar as intervenções de enfermagem e da equipa de saúde.

No domínio D) desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve demonstrar a capacidade de autoconhecimento, reconhecendo a influência das suas características pessoais no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Deve ainda fundamentar a sua prática clínica e a tomada de decisão na evidência científica.

O enfermeiro especialista assume responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem ao longo da vida, bem como uma participação ativa na área da investigação, contribuindo para o desenvolvimento e consolidação do conhecimento em enfermagem.

O processo de autorreflexão foi desenvolvido ao longo dos estágios, nomeadamente nas reuniões com o professor orientador e com os enfermeiros tutores, assumindo-se como um processo individual e estruturado. Procurei compreender de que forma as minhas características pessoais, experiências e valores poderiam interferir na relação terapêutica.

Nos dois contextos de estágio surgiram situações de crise e de descompensação da doença mental, geradoras de ansiedade e incerteza tanto na família como no próprio utente. Nestes momentos, em que se torna necessário gerir emoções intensas e respostas comportamentais desajustadas, revelou-se fundamental adotar intervenções eficientes e tecnicamente fundamentadas, contribuindo para um ambiente seguro, facilitador da estabilidade emocional e da continuidade de cuidados.

O processo de aprendizagem constitui uma responsabilidade do estudante, exigindo uma postura ativa, crítica e reflexiva ao longo de todo o percurso formativo. Neste contexto, durante o estágio em internamento, foram realizadas pesquisas direcionadas para as temáticas emergentes da prática clínica, nomeadamente no âmbito das sessões de grupo e das intervenções individuais, permitindo sustentar a intervenção em evidência científica e promover uma prática mais consciente e fundamentada. Paralelamente, o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua no serviço contribuiu para a integração do conhecimento teórico na prática, reforçando a capacidade de análise crítica e de intervenção.

No âmbito da prática da saúde comunitária, foi igualmente iniciado um projeto de investigação inserido no projeto 'Afirma Identidades' (Apêndice II), dirigido a pessoas com idade igual ou superior a 18 anos que apresentam questões relacionadas com a identidade de género, como pessoas transgéneras e não-binárias, em contexto de consulta externa. Este projeto foi posteriormente deixado à equipa para dar continuidade ao seu desenvolvimento e implementação.

2.3.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2018.pag 21427), refere que: *“O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental integra, junto com o perfil das competências das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulado para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.”*

O EESMP compreende os processos de sofrimento e alteração da pessoa com doença mental, bem como as implicações destes no seu projeto de vida e no seu potencial de recuperação. O EESMP centra-se na promoção da saúde, no diagnóstico e na implementação de intervenções face a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, potencialmente geradores de sofrimento psíquico, perturbação ou doença mental (OE,2018).

Competência 1: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (OE,2018, p.21428)

A prática de enfermagem em saúde mental depende, em grande parte, da capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, uma vez que estes elementos condicionam a aptidão para estabelecer relações terapêuticas e implementar intervenções sócio terapêuticas, psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais (OE, 2018). Antes de cuidar do outro, o enfermeiro deve conhecer-se enquanto indivíduo, refletindo sobre as suas próprias experiências de vida, crenças e valores, procurando um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional. Paralelamente, é essencial reconhecer o outro como um ser único, igualmente influenciado pela sua história, crenças e valores. Para o EESMP, a consciência das próprias capacidades e limitações constitui um requisito fundamental para uma integração adequada no processo terapêutico.

Durante os ensinamentos clínicos, esta competência foi desenvolvida através de momentos diários de reflexão com os enfermeiros tutores e com o professor orientador, permitindo receber feedback sobre as intervenções planeadas e realizadas, bem como sobre o meu desempenho. Esta reflexão contínua possibilitou uma maior consciência das minhas limitações e ajudou-me a identificar áreas prioritárias de desenvolvimento formativo.

De acordo com a OE (2001), a prática profissional assenta na relação interpessoal entre o enfermeiro e o indivíduo ou grupo de indivíduos, incluindo a família e a comunidade. A relação terapêutica constitui um processo dinâmico, centrado na parceria estabelecida com o utente, baseado na valorização do seu papel e no respeito pelas suas capacidades. Embora a relação terapêutica se desenvolva ao longo do tempo, este processo tende a ser mais eficaz em contexto de internamento, onde o contacto com os utentes é contínuo, comparativamente ao estágio na comunidade, em que o contacto é mais esporádico.

No decorrer do estágio, realizei entrevistas de enfermagem sob supervisão, consultei documentação clínica e participei ativamente na dinâmica do serviço. Procurei manter uma comunicação eficaz, assertiva e profissional, o que favoreceu a colaboração com a equipa e contribuiu para a construção de uma relação terapêutica consistente com os utentes. Paralelamente, fui desenvolvendo maior autoconsciência, aprendendo a gerir emoções e a refletir sobre o meu posicionamento no processo terapêutico.

A escuta terapêutica revelou-se essencial nos cuidados em saúde mental, exigindo competências específicas e contribuindo para intervenções mais eficazes (Mesquita e Carvalho., 2014). Esta prática facilita a compreensão do sofrimento psicológico das pessoas com perturbações mentais, fortalece vínculos profissionais e familiares e promove a autorreflexão (Nascimento et al., 2020). Com base nesta prática e na reflexão contínua, procurei integrar e consolidar as competências pessoais e profissionais essenciais ao desempenho do EESMP, promovendo o desenvolvimento pessoal, profissional e académico. Para tal, trabalhei na identificação e consciencialização das minhas características pessoais, incluindo emoções, valores e sentimentos; na monitorização das minhas reações corporais, emocionais e comportamentais no processo terapêutico, na gestão de fenómenos de transferência e contratransferência e na manutenção dos limites da relação profissional.

Em síntese, este percurso contribuiu de forma significativa para o meu crescimento pessoal e profissional, tornando-me uma profissional mais segura, reflexiva e consciente do impacto da minha intervenção na relação terapêutica. A integração no

serviço, o aperfeiçoamento da relação com o utente e o envolvimento ativo nas intervenções permitiram-me tornar uma profissional mais comunicativa, confiante e capaz de aprofundar o conhecimento sobre cada pessoa, bem como sobre mim própria enquanto enfermeira.

Face ao exposto, considero ter adquirido esta competência específica, consolidando a capacidade de estabelecer relações terapêuticas, refletir criticamente sobre a prática e intervir de forma adequada às necessidades dos utentes.

Competência 2- “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade a otimização da saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.21427)

Segundo a OE (2018), esta competência descreve-se como: *“Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes.”.*

A enfermagem é uma profissão na área da saúde cujo principal objetivo consiste na prestação de cuidados a pessoas saudáveis ou doentes ao longo de todo o ciclo de vida, bem como à comunidade em que se inserem, de forma a promover o bem-estar e a qualidade de vida (OE, 2018). Neste sentido, o EESMP, na sua prática clínica específica, depende das suas competências psicoterapêuticas para que a sua intervenção se diferencie das restantes áreas de especialidade, permitindo-lhe desenvolver um raciocínio clínico próprio e fundamentado (OE, 2018).

No âmbito desta competência, o EESMP, tem como função recolher informação pertinente para compreender o estado de saúde mental do utente, promovendo a saúde mental e prevenindo a doença mental.

Durante o percurso de estágio, procurei estabelecer relações de ajuda significativas com os utentes, promovendo uma comunicação empática e um ambiente seguro. Sempre que possível, implementei intervenções individualizadas, ajustadas às necessidades e características de cada pessoa, família e comunidade.

Ao longo do estágio, deparei-me com diversas situações de crise, nas quais os utentes experienciavam sofrimento emocional intenso. Estas situações exigiram de mim uma postura empática, ética e tecnicamente fundamentada, permitindo responder de forma adequada e humanizada. Por exemplo, durante o estudo de caso realizado no

internamento de agudos, acompanhei um utente em situação de crise emocional, recorrendo à escuta ativa. Este processo permitiu desenvolver uma relação terapêutica sólida e implementar cuidados ajustados às necessidades identificadas, promovendo a recuperação da saúde mental.

As intervenções não se centraram apenas no utente, mas também na família, considerada um pilar fundamental no processo de recuperação. No estudo de caso, desenvolvido, a participação da família revelou-se essencial para o planeamento e desenvolvimentos dos cuidados.

No contexto comunitário, a consulta de enfermagem ou médica constitui um momento privilegiado de contacto com o utente, durante o qual são abordadas dificuldades pessoais e familiares. Esta interação permite implementar intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, bem como efetuar encaminhamentos e promover discussões interdisciplinares, sempre que necessário. Em contexto de internamento, durante as entrevistas de enfermagem, os utentes também expõem dificuldades e angústias, possibilitando intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas eficazes.

Durante o estágio, acompanhei utentes e cuidadores informais em contexto de internamento, hospital de dia e comunidade, em situações de crise e sofrimento emocional. Desta forma, consegui identificar as necessidades da família, mantendo sempre presente a importância do seu envolvimento enquanto suporte essencial no processo de recuperação, promovendo uma comunicação terapêutica eficaz.

A comunicação terapêutica consiste num conjunto de estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para apoiar, orientar e educar as pessoas, ajudando-as a lidar com alterações no estado de saúde ou com dificuldades pessoais. Pode ser realizada de forma autónoma ou em colaboração com outros profissionais e exerce um impacto significativo no processo de recuperação e no bem-estar dos indivíduos(Sequeira,2020).

Em síntese, este percurso permitiu consolidar competências específicas do EESMP, reforçando a capacidade de estabelecer relações terapêuticas, comunicar de forma empática, refletir sobre a prática e intervir de forma adequada às necessidades dos utentes e das suas famílias.

Competência 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* (Ordem dos Enfermeiros,2018, p.21427).

De acordo com a OE (2018), esta competência engloba a capacidade do enfermeiro para planear, organizar e coordenar os cuidados de saúde mental do cliente

de forma sistemática e centrada nas suas necessidades. Inclui a recolha e análise de dados, a realização do diagnóstico de saúde mental, a definição de objetivos e resultados esperados, bem como o desenvolvimento e negociação do plano de cuidados em colaboração com o cliente e com a equipa de saúde. Os cuidados são prescritos com base na evidência científica, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção de perturbações ou complicações e a melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida do indivíduo. Este processo exige pensamento crítico, interpretação integrada dos dados e consideração de diagnósticos diferenciais. Além disso, envolve a gestão do caso, garantindo a coordenação e integração dos serviços, a continuidade dos cuidados e a otimização dos resultados, mantendo o foco nas respostas e necessidades do cliente.

A equipa comunitária intervém junto do utente de forma global, desempenhando um papel essencial na promoção da saúde, na reabilitação psicossocial e na reintegração do utente na comunidade. Procura responder às necessidades biopsicossociais da pessoa através de um acompanhamento contínuo, personalizado e interdisciplinar. Uma das áreas que mais se destaca é o processo de reintegração social, promovendo a participação ativa do utente na comunidade e a recuperação da sua autonomia.

Durante o ensino clínico, estabeleci contacto com utentes e famílias em diversos contextos. As visitas domiciliárias realizadas no âmbito do estágio comunitário marcaram-me particularmente, pois algumas pessoas vivem em áreas isoladas e em condições precárias. Nestes casos, a equipa desempenha um papel fundamental, intervindo na reabilitação do utente e articulando com as entidades competentes no sentido de melhorar as condições habitacionais e encontrar soluções adequadas. Tive a oportunidade de participar nestas intervenções, colaborando na reintegração social, incentivando a participação ativa do utente na comunidade e promovendo a sua autonomia.

No contexto de internamento de agudos, desenvolvi intervenções direcionadas para a recuperação da saúde mental do utente, através da realização de sessões de psicoeducação individuais ou em grupo. Estas experiências permitiram identificar necessidades específicas, prestar cuidados de forma eficaz e promover mudanças significativas na saúde mental do utente.

A realização de um estudo de caso, incluindo a aplicação do exame do estado mental, revelou-se essencial para a colheita de dados detalhados do utente. Este processo permitiu identificar fatores precipitantes, perpetuadores e predisponentes, determinar os focos de atenção prioritários, utilizar instrumentos adequados para

avaliação rigorosa, formular diagnósticos e planejar intervenções ajustadas às necessidades do utente. Considero este procedimento de extrema importância, uma vez que constitui um elemento diferenciador da prática do EESMP relativamente ao enfermeiro de cuidados gerais.

O EESMP atua considerando todas as áreas da vida do utente afetadas pela problemática aditiva, prestando cuidados individualizados e centrados na pessoa. Estes cuidados abrangem dimensões psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais, com o objetivo de promover a manutenção, melhoria e recuperação da saúde mental do utente.

No decorrer do estágio, realizei diversas atividades que contribuíram para o desenvolvimento e consolidação desta competência, sempre com base na aplicação do processo de enfermagem, integrando intervenções individualizadas, avaliação contínua e reflexão crítica sobre a prática.

Competência 4 - Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (O.E,2018, p.21427).

De acordo com a OE (2018), esta competência refere-se à capacidade do enfermeiro de implementar as intervenções previstas no plano de cuidados, de forma a apoiar o cliente na conquista de um estado de saúde mental mais próximo do desejado e/ou na adaptação à situação de saúde ou doença vivenciada. Este processo envolve cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducativos, com o objetivo de promover a recuperação da saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental, ajudando a pessoa a desenvolver as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e participar de forma ativa na sociedade. Para tal, o enfermeiro deve interpretar e individualizar estratégias, utilizando intervenções como ensinar, orientar, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar, adotando sempre a intervenção às necessidades específicas de cada pessoa.

Durante o ensino clínico, foi possível participar em atividades, destacando-se o projeto de melhoria contínua elaborado no internamento de agudos com o título “Da Espera à aprendizagem: promoção da literacia em saúde mental”, enquadrado no ciclo PDCA (apêndice X).

No estágio clínico em contexto comunitário, elaborei igualmente um projeto destinado a utentes da consulta externa de psiquiatria, com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de disforia de género, incluindo pessoas transgénero e não-binárias, o qual foi posteriormente deixado à equipa para implementação.

Foram desenvolvidas sessões de psicoeducação, dirigidas a utentes internados com sintomatologia ansiosa e com diagnóstico de enfermagem comportamento autodestrutivo, bem como a cuidadores informais, no âmbito do grupo de cuidadores do hospital de Dia. Estas atividades tiveram como objetivo promover a saúde mental, apoiar o tratamento e contribuir para a reabilitação psicossocial.

Os projetos e intervenções desenvolvidos possibilitaram o desenvolvimento de competências relacionais e de escuta ativa, bem como aquisição de conhecimentos teóricos e práticos fundamentais para a prática especializada em ESMP.

3. Desenvolvimento de competências no âmbito da investigação

3.1- Resumo

O presente relatório, desenvolvido no âmbito da investigação, centra-se na análise de um estudo de caso de um utente do sexo masculino, com 18 anos de idade, internado no serviço de psiquiatria na sequência de um episódio de alteração comportamental, caracterizado por ideação delirante, comportamento desorganizado e insónia generalizada. A recolha de dados foi realizada através da observação clínica direta, de entrevistas com o utente e com a família, bem como da consulta detalhada do processo clínico, assegurando, em todas as fases, a confidencialidade, o anonimato e a obtenção da autorização explícita do utente.

Durante o internamento, foram identificados vários focos de enfermagem, incluindo aceitação do estado de saúde, delírio, ansiedade, uso de substâncias e processo familiar. As intervenções de enfermagem especializadas centraram-se no estabelecimento da relação terapêutica, na escuta ativa, na entrevista motivacional, na psicoeducação e no treino metacognitivo. Observou-se uma melhoria da ansiedade e da sintomatologia psicótica, enquanto a aceitação do estado de saúde permaneceu limitada, influenciada pelo estigma associado à doença mental.

Este estudo evidencia a importância da intervenção do EESMP, na promoção da recuperação e no apoio ao utente e à família, reforçando a relevância da intervenção individualizada e do envolvimento familiar na prática clínica em saúde mental.

3.2 Justificação do estudo

A escolha deste estudo de caso prende-se com a relevância clínica e social das perturbações psicóticas associadas ao consumo de substâncias psicoativas, particularmente em jovens adultos. O consumo de canabinoides tem sido identificado como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas psicóticos, constituindo, atualmente, um importante desafio para os profissionais de saúde mental.

Neste contexto, torna-se fundamental compreender o papel do EESMP na avaliação das necessidades do utente, na implementação de intervenções terapêuticas e no apoio ao processo de recuperação.

A análise deste caso permitiu desenvolver competências no âmbito da relação terapêutica, da intervenção junto da família e da promoção da adesão ao tratamento, contribuindo para uma reflexão crítica sobre a prática clínica em saúde mental.

3.3- Breve Enquadramento Teórico-Conceptual

Neste ponto, procede-se à estruturação conceptual do estudo, tendo como referência os objetivos gerais e específicos do projeto. Para tal, seguir-se-á a ordem descrita infra, de modo a proporcionar uma compreensão teórica e conceptual mais aprofundada do objeto em análise.

Inicialmente, abordar-se-á a epidemiologia da psicose e do primeiro episódio psicótico, apresentando uma perspetiva mais abrangente da que foi previamente contemplada no enquadramento conceptual. De seguida, analisar-se-á a relação entre o consumo de substâncias e a psicose, proporcionando um enquadramento conceptual e empírico sobre o fenómeno do consumo de substâncias psicoativas.

Posteriormente, serão analisados os mecanismos neurobiológicos da psicose induzida por substâncias, bem como a evolução clínica do primeiro episódio psicótico, incluindo ainda as intervenções desenvolvidas pelo EESMP, de modo a articular teoria, prática clínica e estratégias de cuidado.

3.3.1 Revisão Narrativa

O termo “psicose” foi cunhado por Feuchtersleben em 1845, referindo-se a doenças mentais (Lopes., 2001). No século XVIII, Pinel utilizava o termo “mania” para englobar manifestações de loucura, propondo posteriormente uma classificação baseada nas funções nervosas. Mais tarde, Mobius (1892) distinguiu psicoses endógenas e exógenas, enquanto Griensinger descreveu a desordem mental como um ciclo evolutivo com fases de mania, melancolia, delírio e diminuição das funções mentais (Lopes., 2001). Kraepelin sistematizou a classificação das perturbações mentais, diferenciando formas hebefrénica, catatónica e paranoide com base na etiologia, sintomatologia, curso e prognóstico (Cardoso., 2002; Silva., 2006). Por sua vez, Jaspers definiu a doença mental como uma perda da relação com o mundo e com o eu, manifestando-se por delírios e alucinações (Lopes., 2001).

De acordo com o glossário da APA (2014), a psicose define-se por um comprometimento do teste da realidade, manifestando-se através de alterações na

percepção do “eu” e do mundo exterior, traduzindo uma perturbação na relação entre o indivíduo e o meio envolvente (Cardoso., 2002; Lopes., 2001).

Em termos conceptuais, destacam-se o Modelo de Desenvolvimento Neuropsicológico e o Modelo da Vulnerabilidade. O primeiro sugere que as alterações neurocognitivas resultam de uma vulnerabilidade biológica de base genética, associada a alterações precoces no desenvolvimento cerebral (Weinberger., 1987, citado por Silva., 2006). O segundo defende que fatores genéticos e biológicos predis põem determinados indivíduos ao desenvolvimento de sintomas psicóticos, sobretudo quando expostos a situações de stress ambiental (Silva., 2006).

Relativamente às teorias explicativas, a Teoria Genética evidencia um maior risco de psicose em indivíduos com familiares de primeiro grau afetados, enquanto a teoria dopaminérgica associa a hiperatividade dopaminérgica, incluindo a induzida por substâncias psicoestimulantes, ao aparecimento de sintomas psicóticos (Cardoso, 2002; Silva,2006). As teorias psicológicas destacam o papel do ambiente familiar, nomeadamente a emoção expressa, associando elevados níveis de hostilidade ou envolvimento excessivo ao aumento de recaídas e reinternamentos. Por sua vez, as teorias sociais enfatizam a influência de fatores ambientais, experiências de vida e relações interpessoais na manifestação da psicose (Cardoso, 2002; Silva,2006; Marques, 2007; Gameiro, 1992, citado por Marques, 2007).

Deste modo, a literatura evidencia que a psicose resulta da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, reforçando a necessidade de uma abordagem psicossocial e multidimensional (Marques, 2007). Neste contexto, o primeiro episódio psicótico tem sido amplamente estudado, apresentando maior incidência no sexo masculino e ocorrendo sobretudo entre os 15 e os 24 anos (Carreiro e Martins., 2008).

As perturbações psicóticas, em particular a esquizofrenia, apresentam elevado impacto na vida dos indivíduos e das suas famílias, com início habitual no final da adolescência ou início da idade adulta, sendo mais prevalentes em indivíduos socialmente vulneráveis (Coentre et al., 2010; Coentre e Levy., 2020).

Para além dos surtos psicóticos primários, a psicose induzida por substâncias tem assumido crescente relevância clínica e epidemiológica, estando associada ao aumento do consumo de substâncias psicoativas, sobretudo em jovens. Para além de episódios agudos, pode constituir fator de risco para o desenvolvimento de perturbações psicóticas persistentes em indivíduos vulneráveis (Busquets et al., 2005; Oliveira et al., 2025).

Comparativamente às psicoses primárias, estas apresentam geralmente um início mais súbito e sintomatologia associada à substância consumida, podendo melhorar após a sua suspensão, embora a distinção entre ambas exija uma avaliação clínica cuidadosa (Tenório et al., 2016; Barbaro et al., 2017). Substâncias como cannabis, cocaína e anfetaminas estão associadas ao aumento de sintomas psicóticos: a cannabis pode desencadear episódios transitórios e aumentar o risco de esquizofrenia em indivíduos predispostos; os estimulantes associam-se a agitação e delírios persecutórios; e os alucinogénios provocam alterações significativas da perceção (Mesquita et al., 2022; Freres et al., 2025).

Ao nível neurobiológico, as psicoses induzidas por substâncias envolvem alterações nos sistemas dopaminérgico, serotoninérgico e glutamatérgico, destacando-se a hiperatividade da via dopaminérgica mesolímbica na génese de delírios e alucinações. Os alucinogénios, por sua vez, estão associados a alterações nos recetores serotoninérgicos, nomeadamente os 5-HT_{2A} (Moura et al., 2015; Mesquita et al., 2022; Freres et al., 2025). Estes quadros resultam ainda da interação com fatores individuais, como predisposição genética, antecedentes psiquiátricos e vulnerabilidade cerebral, reforçando a necessidade de uma abordagem multidimensional (Freres et al., 2025).

O tratamento da psicose induzida por substâncias inicia-se com a interrupção do consumo e, quando necessário, com o uso de antipsicóticos. Paralelamente, as intervenções psicossociais, como a terapia cognitivo-comportamental, a entrevista motivacional e a intervenção familiar, assumem um papel fundamental na prevenção de recaídas e na redução de hospitalizações (Will et al., 2024; Coentre et al., 2011).

No primeiro episódio psicótico, verifica-se frequentemente uma rutura do funcionamento social, familiar e académico, sendo essencial o acompanhamento do utente e da família para promover a recuperação, prevenir o agravamento das disfunções e reduzir fatores de stress (Levy e Coentre.,2014). As intervenções familiares visam reduzir a sobrecarga e facilitar a adaptação à doença.

As intervenções psicossociais têm como objetivo apoiar a pessoa com doença mental a alcançar o máximo de autonomia e funcionalidade na comunidade. Entre estas destacam-se a terapia cognitivo-comportamental, o treino de competências sociais e a remediação cognitiva. A educação em saúde mental assume igualmente um papel central, contribuindo para a promoção da literacia em saúde mental, melhoria da adesão terapêutica e reconhecimento precoce de sinais de alerta (Saraiva e Cerejeira., 2014; OMS, 2021; DGS, 2022).

Neste contexto, a orientação terapêutica educativa constitui uma intervenção de enfermagem que integra componentes informativos, educativos e psicoterapêuticos, dirigidos ao utente e à família, com o objetivo de promover a compreensão da doença, a adesão ao regime terapêutico e a gestão eficaz dos sintomas (OE, 2011). A psicoeducação, enquanto intervenção estruturada e baseada na evidência, visa aumentar a literacia em saúde mental, capacitar para o reconhecimento precoce de sinais de alerta, desenvolver estratégias de coping e preparar a continuidade de cuidados após a alta, contribuindo para a prevenção de recaídas e redução do risco suicidário (OMS, 2021; DGS, 2022; Amaral et al., 2020; Coentre et al., 2011).

Além da educação em saúde mental, outras estratégias centradas no utente complementam o acompanhamento terapêutico. A Entrevista Motivacional (EM) assume particular relevância, sendo descrita como um estilo de comunicação centrado no utente que promove um diálogo construtivo orientado para a mudança de comportamento (Barroso, 2020).

Ao longo do tempo, EM tem vindo a ser progressivamente ajustada, de forma a responder à crescente complexidade da relação entre profissionais de saúde e utentes, bem como às limitações identificadas na sua aplicação (Barroso, 2020).

Neste processo, o profissional recorre à escuta ativa e à empatia, procurando compreender a perspetiva do utente e reduzir a resistência à mudança. A motivação para a mudança constitui um elemento central no processo terapêutico, particularmente no contexto da EM. Torna-se, portanto, fundamental compreender os diferentes estádios de mudança e identificar as intervenções mais adequadas em cada fase (Barroso, 2020).

Tabela 1: Características dos estádios motivacionais e respetivas intervenções

Précontemplação	Características: Não existe consciência do problema, a pessoa não considera a possibilidade de mudança Racionaliza de um modo muito característico o comportamento problemático Retém seletivamente consequências positivas do próprio comportamento e desvaloriza as negativas
-----------------	--

	Intervenções: Estabelecer relação de confiança Fornecer informação pertinente, sensibilizar para o problema Mostrar preocupação e manter a porta aberta
Contemplação	Características: Pessoas mais abertas a experiências emocionais Ambivalência
	Intervenções: Ajudar a analisar os prós e contras da mudança (balança da decisão) Promover um desequilíbrio entre argumentos ambivalentes Reforçar a autoeficácia da pessoa para mudar o seu comportamento atual
	Enfatizar a liberdade de escolha, responsabilidade e autoeficácia para a mudança Sumarizar afirmações automotivadoras
Preparação	Características: Janela de oportunidade para a mudança durante um determinado período de tempo Se entrar num estágio de acção, o processo de mudança prossegue; caso contrário, regressará ao estágio de contemplação

	Intervenções: Clarificar os objetivos e estratégias de mudança do utente Oferecer um menu de opções para a mudança, negociar um plano de mudança – plano e contrato de mudança; determinar as barreiras à mudança, apoiar na procura de redes de suporte; explorar expectativas do tratamento
Ação	Características: Período em que a pessoa tem intenção de mudar Acredita que tem autonomia para alterar a sua vida em áreaschave
	Intervenções: Analisar estratégias de mudança (aceitáveis, acessíveis e apropriadas) Dar suporte a mudança realista através de pequenos passos Ajudar a identificar situações de risco Desenvolver um plano de urgência Manter contacto
Manutenção	Características: Consolidação da mudança
	Evitar recaída
	Intervenções: Manter as mudanças alcançadas Reforçar as vantagens percebidas das mudanças Prevenir recaídas

Recaída	Características: Inerente a todo o processo de mudança Avanços e retrocessos no ciclo de mudança são comuns antes de se solidificarem os novos padrões
	Intervenções: Ultrapassar rapidamente o deslize ou a recaída e reiniciar o processo Explorar o significado da recaída e apresentar como uma oportunidade de aprendizagem Ajudar a pessoa a descobrir mecanismos de <i>coping</i> alternativos

Fonte: (Barroso., 2020, p. 99)

A EM baseia-se em quatro princípios fundamentais. O primeiro, expressar empatia, implica que o profissional seja capaz de compreender a perspetiva do utente, promovendo um ambiente de confiança e segurança que facilite a partilha de experiências e a exploração da ambivalência face à mudança (Barroso, 2020).

O segundo princípio, reforçar a autoeficácia, centra-se no fortalecimento da confiança do indivíduo nas suas capacidades para enfrentar desafios e implementar mudanças, incentivando a identificação de estratégias realistas e ajustadas às suas necessidades (Barroso, 2020).

O desenvolvimento de discrepâncias constitui outro elemento essencial, ao promover a tomada de consciência da diferença entre o comportamento atual e os objetivos ou valores pessoais, favorecendo a motivação para a mudança (Bandura e Locke.,2003, citado por Barroso, 2020).

Por fim, lidar com a resistência implica evitar o confronto direto, privilegiando uma abordagem que incentive a reflexão e a exploração de novas perspetivas, permitindo que o próprio indivíduo identifique soluções e caminhos de mudança (Miller e Rollnick., 2002, citado por Barroso, 2020).

A metodologia da EM recorre ainda a um conjunto de estratégias comunicacionais, nomeadamente questões abertas, escuta ativa e reflexiva, reforço, sumarização e evocação do discurso de mudança (Miller e Rollnick., 2009, citado por Barroso, 2020).

As questões abertas permitem ao utente expressar livremente pensamentos e sentimentos, facilitando a compreensão das suas motivações e ambivalências. A escuta ativa, que envolve atenção plena aos conteúdos verbais e não verbais, demonstra interesse genuíno pelo utente e favorece a relação terapêutica. Complementarmente, a escuta reflexiva consiste na reformulação do discurso do utente, incentivando a clarificação e o aprofundamento das suas ideias (Barroso, 2020).

O reforço visa valorizar os progressos e esforços do indivíduo, contribuindo para aumentar a sua confiança na capacidade de mudança. A sumarização permite organizar a informação ao longo da entrevista, facilitando a compreensão mútua e a ligação entre diferentes temas. Por fim, a evocação do discurso de mudança visa estimular a motivação interna do utente, reforçando a perceção de que a mudança depende da sua própria decisão e compromisso (Barroso, 2020).

Diversos estudos têm demonstrado a eficácia da EM em diferentes contextos clínicos, particularmente na prevenção e redução de comportamentos aditivos, evidenciando a sua relevância enquanto abordagem centrada no utente.

3.4-Estudo de Caso

Fontes dos dados

Dados retirados do Sclínico e com utente, com a devida autorização.

Dados sociodemográficos

O Sr. R. é um jovem de 18 anos, do sexo masculino. Possui o 9.º ano de escolaridade concluído e encontra-se atualmente em atividade laboral. É solteiro e reside com o pai, com quem mantém convivência diária, constituindo este o seu principal suporte familiar. Os pais encontram-se divorciados e tem uma irmã com quem mantém uma relação muito próxima.

Motivo do internamento atual

O utente foi encaminhado ao serviço de urgência por alteração do comportamento, manifestando sintomatologia psicótica, nomeadamente ideação delirante e fenómenos alucinatórios, associada a queixas de insónia global. No contexto da avaliação clínica realizada no serviço de urgência, foram efetuados exames toxicológicos à urina, tendo sido detetada positividade para canabinoides e benzodiazepinas.

Após avaliação clínica, foi decidido o internamento em serviço de psiquiatria, tendo sido estabelecido o diagnóstico clínico de psicose tóxica.

Antecedentes pessoais

No que se refere aos antecedentes pessoais, o utente foi acompanhado em consultas de desenvolvimento devido a sintomatologia ansiosa e excesso de peso. Desde os 14 anos, refere consumo de substâncias psicoativas ilícitas, nomeadamente haxixe e canabinoides. Apresenta hábitos tabágicos e refere ingestão de bebidas alcoólicas com alguma regularidade. Não apresenta antecessores de patologia física e não realiza terapêutica farmacológica habitual. Refere que sempre sentiu ansiedade, motivo pelo qual foi seguido em consulta de psiquiatria. Nega alergias e outras patologias.

História familiar

O Sr. R é o segundo filho do casamento e tem uma irmã. Passou a sua infância e pré-adolescência com os pais e a irmã. Após o divórcio dos pais, viveu sempre com o pai. Atualmente, mãe encontra-se numa nova relação conjugal. A relação com a irmã é bastante próxima, assim como o grupo de amigos, constituindo estes elementos importantes fontes de suporte social. Tal como está representado na figura 1 e figura 2.

Genograma e Ecomapa

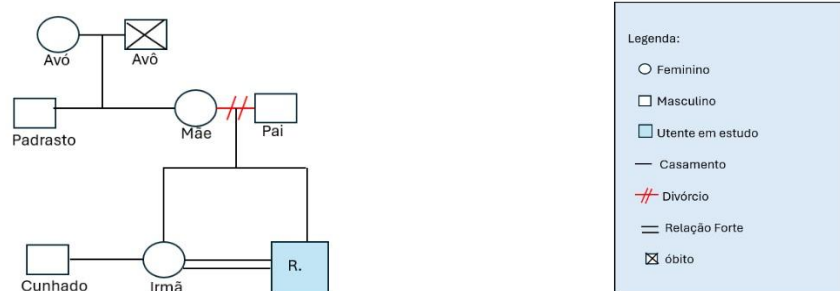


Figura 1- Genograma do Utente R.

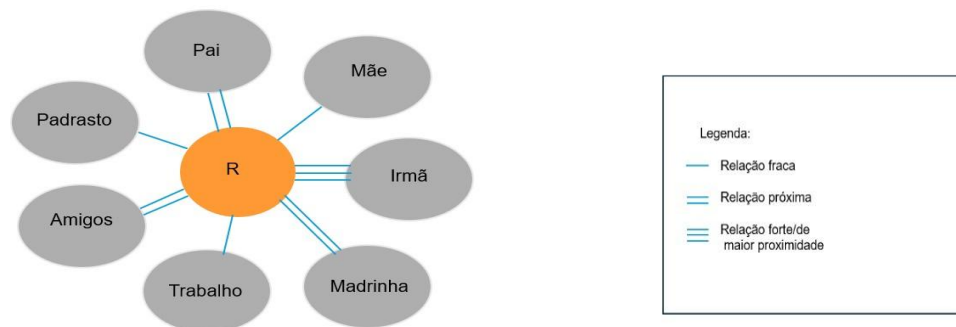


Figura 2- Ecomapa do utente

História do desenvolvimento

No seu percurso de vida, identifica-se como acontecimento significativo o divórcio dos pais, após o qual passou a residir com o pai. A relação com a mãe é descrita como marcada por algum conflito.

História educacional e ocupacional

No que concerne ao percurso escolar, o utente apresentava reduzida motivação para a frequência escolar, com registo de faltas frequentes e história de reprovação.

Atualmente, encontra-se inserido no mercado de trabalho, exercendo atividade numa empresa, onde refere manter uma boa relação interpessoal e apresentar comportamento adequado no contexto laboral.

História clínica

Segundo informação recolhida junto do utente, da família e do processo clínico, o episódio teve início após uma saída noturna, durante a qual ocorreu consumo de substâncias psicoativas. Posteriormente, o utente apresentou aumento da ansiedade e dificuldade em iniciar e manter o sono, tendo saído de casa durante a noite, situação que motivou a preocupação do pai, que foi ao seu encontro.

Contudo, alguns dias depois, a família começou a observar alterações significativas no comportamento, descritas como desorganização do discurso e do comportamento, discurso incoerente e vigilância aumentada, com receio de que alguém pudesse fazer mal à sua família.

Perante a evolução do quadro clínico, o utente foi encaminhado ao serviço de urgência, onde realizou exames complementares de diagnóstico, incluindo análises toxicológicas com resultado positivo para benzodiazepinas e canabinoides. Apresentava ainda discurso lacónico e queixas de insónia global. Foi decidido no

internamento em serviço de psiquiatria para esclarecimento da situação clínica e instituição de terapêutica.

No início do internamento, o utente apresentava desorganização comportamental, pensamento desestruturado, presença de ideação delirante de autorreferência e angústia psicótica. Ao longo do internamento, verificou-se uma diminuição progressiva da sintomatologia psicótica.

Apesar da melhoria clínica, o utente manteve alguma ansiedade, em parte relacionada com o desejo de obter alta hospitalar. Demonstrava ainda dificuldade em aceitar a presença de doença mental, verbalizando estigma associado ao internamento em psiquiatria. Durante o acompanhamento referiu intenção de cessar o consumo de substâncias psicoativas, bem como de tabaco e álcool.

Durante o internamento, verificou-se que, após ajuste da medicação, devido ao facto de se encontrar lentificado, iniciou quadro de tremor, inquietação e episódios de ansiedade.

Vivência da Doença

Relativamente à vivência da doença, o utente demonstra insight parcial em relação à sua situação clínica. Durante as entrevistas realizadas, revelou dificuldade em reconhecer a presença de doença mental, verbalizando não se considerar “maluco”, o que demonstrava a presença de estigma associado ao internamento em contexto de psiquiatria.

Contudo, reconhece a existência de um problema relacionado com o consumo de álcool e de substâncias ilícitas, reconhecendo o impacto negativo que este comportamento tem na sua vida e manifestando vontade de mudança, nomeadamente no sentido de cessar os consumos.

Ao longo do internamento, foi possível observar uma maior abertura por parte do utente para expressar sentimentos e pensamentos. Demonstrava vontade de falar e partilhar a experiência e os seus medos. Esta evolução favoreceu o estabelecimento de uma relação terapêutica com a equipa de enfermagem.

Exame Físico

O sr. R apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas, pele íntegra. Apresenta-se emagrecido, embora com IMC dentro dos valores normais (21), peso de 60 kg e altura de 1.69m. Sinais vitais: Tensão arterial = 153/64 milímetros de mercúrio (mmHg),

frequência cardíaca=90 batimentos por minuto; saturação de oxigénio= 98%, temperatura axilar= 36.8° Celcius(C).

Exame do estado Mental

O Sr. R. apresenta-se independente na realização das atividades de vida diária. A idade aparente é compatível com a idade cronológica, embora se apresente com aspeto emagrecido. Encontra-se com aparência cuidada e higiene adequada, vestindo pijama da instituição. Apresenta cabelo limpo e cuidado, bem como barba aparada. Observam-se dedos amarelados, compatíveis com consumo de tabaco. Apresenta tatuagens visíveis e lesões cutâneas nas mãos associadas à atividade laboral.

Durante a entrevista, apresentou atitude colaborante, embora por vezes superficial. O contacto foi estabelecido, contudo, com postura retraída, olhar baixo e direcionando o olhar para diferentes pontos da sala. Ao nível da atenção, evidenciou preocupação intensa, com presença de pensamentos intrusivos e ruminativos, mostrando diminuição da capacidade de concentração.

No que respeita ao comportamento psicomotor, não se observaram alterações significativas, sendo apenas identificado tremor ligeiro, sem relevância clínica. Apresentava discurso lentificado.

Relativamente ao humor, o utente apresentava humor disfórico, verbalizando sentimentos de ansiedade e angústia. Ao nível afetivo, o afeto mostrava-se congruente com o humor, observando-se consciência emocional parcialmente preservada, uma vez que o utente consegue identificar e expressar estados emocionais como ansiedade e angústia.

Ao nível do pensamento, observou-se perseveração quanto ao curso e alguma desorganização ao nível da forma. Relativamente ao conteúdo do pensamento, verificou-se presença de pensamentos intrusivos e ruminativos associados a preocupação intensa. Não foram verbalizados delírios de forma estruturada durante a entrevista, contudo, o discurso apresentou conteúdos sugestivos de ideação paranoide, evidenciados por verbalizações como: “tenho medo”, “não fiz mal a ninguém”, “eu sou boa pessoa”. No domínio da percepção, não foram identificadas alterações perceptivas, nomeadamente alucinações.

O utente encontrava-se consciente e orientado autopsiquicamente e alopsiquicamente quanto à pessoa e ao espaço. Contudo, apresentou alteração da orientação temporal e da memória de curto prazo, aparentando manter-se fixado no momento temporal associado ao episódio de consumo de substâncias. Demonstrou

ainda desconfiança em relação ao entrevistador quando lhe foi referido o dia e o mês. Evidenciou ainda diminuição da atenção e dificuldade de concentração.

Apresenta insight parcial, pois reconhece a existência de problemas associados ao consumo de substâncias, mas não reconhece a presença de doença mental. Utente sem juízo crítico relativamente à sua situação clínica.

Relativamente ao padrão de sono, o utente refere presença de insónia inicial.

Avaliação da Cognição

Sem alterações cognitivas significativas, apesar de apresentar dificuldade em manter uma conversa e em tomar decisões.

Avaliação da Emoção

Refere sentimentos de medo, ansiedade e angústia

Avaliação do Comportamento

Durante o internamento, o utente apresentou tendência para o isolamento, evitando o contacto com outros utentes e demonstrando maior confiança nos elementos da família. Revela antecedentes de comportamentos impulsivos.

Segundo o próprio, apresenta desde há vários anos, um padrão de interação social caracterizado por ser uma pessoa mais reservada e introvertida, sendo pouco sociável e evidenciando dificuldade em estabelecer relações com pessoas desconhecidas.

Rede de apoio e recursos disponíveis

Relativamente à rede de apoio, o utente identifica como principais elementos de suporte o pai, a irmã e a madrinha, destacando a irmã como elemento de grande apoio emocional. Durante o internamento, foi possível envolver parte da família em momentos de esclarecimento e apoio, permitindo responder a dúvidas e demonstrar disponibilidade da equipa de enfermagem. A intervenção junto da mãe não foi possível desenvolver, apesar de a equipa de enfermagem ter demonstrado disponibilidade, uma vez que esta apresentava dificuldade em aceitar o estado de saúde do filho.

No que respeita aos recursos disponíveis, o utente encontra-se inserido no mercado de trabalho, o que representa um fator de estabilidade e estruturação do quotidiano. Beneficia também do acompanhamento da equipa multidisciplinar em contexto de internamento psiquiátrico, com possibilidade de continuidade de cuidados após a alta, nomeadamente através de consulta especializada em saúde mental.

Diagnósticos e intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (CIPE)

O processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas fundamentais: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos resultados, permitindo ao enfermeiro intervir de forma estruturada e fundamentada. A aplicação destas etapas favorece uma maior capacidade de análise, possibilitando a consideração de diferentes hipóteses na tomada de decisão. Assim, o processo de enfermagem constitui um método sistemático e rigoroso que orienta o raciocínio clínico, promovendo decisões eficazes, centradas na resolução de problemas e na prestação de cuidados individualizados (Gonçalves et al., 2020).

A avaliação do estado mental permitiu identificar diversas alterações psicopatológicas relevantes para a definição dos focos de enfermagem. Destacam-se: processo de pensamento perturbado (delírio), aceitação do estado de saúde, consumo de substâncias, ansiedade e processo familiar. Importa relembrar que os diagnósticos e intervenções implementadas não foram estruturadas previamente, estes resultaram de uma avaliação diagnóstica contínua.

Foco: Aceitação do estado de saúde.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Aceitação do estado de saúde comprometido.

Intervenções de enfermagem:

- Estabelecer com o utente uma relação baseada na confiança;
- Avaliar o conhecimento do utente relativamente ao seu estado de saúde;
- Executar psicoeducação sobre o seu estado de saúde (promover a desmitificação do estigma em relação ao internamento);
- Envolver o utente no processo de tomada de decisão;
- Avaliar a aceitação do estado de saúde;
- Incentivar a aceitação do estado de saúde;

Resultados esperados: Aceitação do estado de saúde

Avaliação: No que diz respeito ao foco, aceitação do estado de saúde, não se verificou uma evolução significativa ao longo do período de acompanhamento. O utente demonstrou dificuldade em reconhecer a presença de doença mental, mantendo uma postura de negação relativamente a essa condição.

Contudo, ao longo do internamento, admitiu que o episódio de descompensação poderia estar relacionado com o consumo de substâncias, nomeadamente cannabis. Durante as entrevistas, verbalizou várias vezes que “não era maluco”, evidenciando a presença de estigma associado à doença mental e ao internamento em contexto de psiquiatria.

Assim, observa-se uma aceitação parcial do estado de saúde, reconhecendo a influência do consumo de substâncias no episódio vivido, mas mantendo resistência em assumir a existência de doença do foro psiquiátrico.

Esta situação é consistente com a literatura, que descreve a presença de insight parcial e estigma como fatores que condicionam a aceitação da doença em utentes com episódios psicóticos.

Foco: Delírio

Evidência: “Alguém me pode fazer mal”; “não fiz mal a ninguém” - utente R.

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Delírio presente (persecutório)

Intervenções de enfermagem:

- Manter um ambiente seguro;
- Executar escuta ativa;
- Avaliar pensamento;
- Orientar sobre estratégias para lidar com o delírio;
- Orientar para a crítica, evitar a hiperestimulação sensorial;
- Executa treino metacognitivo;
- Executar técnica de distração;
- Encorajar o utente a validar as suas crenças junto de pessoas da sua confiança (utente acreditava que alguém lhe iria fazer mal a si ou à sua família);
- Avaliar delírio através de avaliação PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales);

Resultados esperados: Delírio diminuído ou ausente

Avaliação: Na avaliação inicial da subescala delírios da escala PSYRATS, o utente apresentou os seguintes scores: na primeira avaliação-20 pontos e na segunda avaliação-15 pontos.

O treino metacognitivo foi utilizado para promover a reflexão sobre os próprios pensamentos, permitindo ao utente identificar crenças disfuncionais e melhorar a

capacidade para lidar com delírios persecutórios, complementando a intervenção de enfermagem e a terapêutica farmacológica. O utente refere utilizar estratégias de adaptação, nomeadamente a validação dos pensamentos junto de pessoas de confiança, como familiares e profissionais de saúde, bem como técnicas de distração, tais como caminhar pelo serviço e utilizar o espaço exterior.

Devido à alta hospitalar contra parecer clínico, não foi possível implementar todas as intervenções planeadas, nomeadamente a psicoeducação sobre os fatores etiológicos do delírio e a importância da adesão ao regime terapêutico.

Os resultados obtidos vão ao encontro da evidência científica, que demonstra que as intervenções de enfermagem associadas à terapêutica farmacológica contribuem para a redução da sintomatologia delirante e para a melhoria do funcionamento do utente.

Foco: Ansiedade

Evidência: “Sinto-me muito ansioso”; “só quero ir para casa”; “sinto-me ansioso quando estou em locais com muita gente, sinto-me observado” - utente R.

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE): Ansiedade presente

Intervenções de enfermagem:

- Executar escuta ativa;
- Executar relação de ajuda;
- Executar apoio emocional;
- Encorajar a expressão de sentimentos, percepções e medos;
- Ensinar o utente sobre os gatilhos que provocam a ansiedade;
- Ensinar técnicas de relaxamento, tais como: caminhar, ouvir música, contar lentamente até 10; técnica de relaxamento respiratório; as técnicas das 5 x4x3x2x1; a técnica do gelo no pulso etc;
- Incentivar a expressão de sentimentos junto da família;
- Incentivar utente a manter o padrão de sono adequado;
- Incentivar o utente a praticar exercício físico;
- Avaliar a eficácia da terapêutica.

Resultados esperados: ansiedade diminuída ou ausente

Avaliação: Verificou-se uma diminuição da ansiedade ao longo das diversas interações com o utente. Este foi adotando uma postura mais descontraída, demonstrando maior facilidade em expressar sentimentos e pensamentos, contribuindo para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz entre enfermeiro e utente.

A redução da ansiedade esteve associada às intervenções de enfermagem especializadas, bem como ao ajuste da terapêutica farmacológica. O utente reconhece utilizar técnicas de distração e estratégias de redução da ansiedade transmitidas durante o acompanhamento.

Observou-se ainda que a diminuição da sintomatologia psicótica, nomeadamente da ideação delirante, contribuiu para esta melhoria. Apesar da evolução favorável, o utente mantinha ainda alguma ansiedade relacionada com o desejo de obter alta hospitalar e regressar ao domicílio.

Devido à alta hospitalar contra parecer médico, não foi possível realizar a sessão de psicoeducação sobre a ansiedade.

Foco: Abuso de drogas: Cannabis

Diagnósticos de Enfermagem (CIPE): Abuso de substâncias presente

Intervenções de enfermagem:

- Informar sobre o abuso drogas;
- Executar entrevista motivacional;
- Executar intervenção breve;
- Promover *coping* eficaz;
- Treinar técnicas de autocontrolo.

Resultados esperados: Abuso de substâncias ausente ou diminuído

Avaliação: Utente demonstrou insight relativamente ao consumo de cannabis, reconhecendo as implicações negativas associadas a este comportamento. Na segunda entrevista realizada, verbalizou a intenção de cessar os consumos, o que evidenciou motivação para a mudança.

Devido à alta hospitalar contra parecer clínico, não foi possível implementar todas as intervenções planeadas, nomeadamente a intervenção psicoeducativa destinada a informar e esclarecer sobre os efeitos do consumo de cannabis e o risco de dependência. Também não foi possível capacitar o utente para a gestão de sintomas durante a abstinência, nem realizar intervenções de modificação comportamental, como encorajar o reconhecimento do problema associado ao consumo de substâncias, apoiar a tomada de decisão relativamente ao pedido de ajuda, discutir a importância da abstinência e identificar objetivos terapêuticos adequados.

Foco: Processo familiar

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Processo familiar comprometido

Intervenções de enfermagem:

- Apoiar a família;
- Executar escuta ativa;
- Disponibilizar suporte emocional;
- Incentivar o envolvimento da família;
- Informar sobre o processo de cuidados;

Resultados esperados: processo familiar não comprometido ou melhorado

Avaliação: Durante o internamento, foi possível estabelecer contacto com o pai e a irmã do utente, proporcionando suporte emocional e esclarecimento de dúvidas relativamente à situação clínica apresentada. Foram ainda prestadas informações com o objetivo de promover a compreensão do quadro clínico e apoiar a família no processo de adaptação à situação.

Devido à alta hospitalar, não foi possível realizar as sessões de psicoeducação junto da família sobre psicose, incluindo sinais, sintomas, risco de recaída e efeitos do consumo de substâncias.

Relativamente à mãe do utente, não foi possível desenvolver intervenção, uma vez que esta não demonstrou disponibilidade e apresentava grande resistência relativamente ao internamento do filho.

Reflexão

O estudo de caso evidenciou a importância da relação terapêutica e da escuta ativa na abordagem de jovens adultos com episódios psicóticos associados ao consumo de substâncias. A construção de uma relação de confiança permitiu ao utente expressar sentimentos e pensamentos, refletir sobre o consumo de cannabis e álcool e iniciar estratégias de coping, mantendo, contudo, ambivalência quanto à decisão de mudança, característica da fase de contemplação do Modelo Transteórico de Mudança.

Durante o internamento, as intervenções de enfermagem permitiram observar e apoiar o utente em diferentes dimensões. A Aplicação da EM revelou-se uma estratégia importante para compreender o grau de motivação do utente e estabelecer uma relação terapêutica baseada na escuta ativa e na empatia.

A aplicação da EM demonstrou eficácia na motivação, no reforço da autoeficácia e no incentivo à adoção de estratégias de coping. O Treino Metacognitivo (TMC) auxiliou

na identificação de enviesamentos cognitivos associados a delírios persecutórios, permitindo a validação dos pensamentos e a adoção de técnicas de distração. Estas intervenções, em conjunto com a terapêutica farmacológica, favoreceram a redução parcial da sintomatologia psicótica e da ansiedade.

A psicoeducação e orientação terapêutica forneceram informação sobre a doença e o consumo de substâncias, embora algumas sessões não tenham sido concluídas devido à alta hospitalar contra parecer clínico. A intervenção familiar centrou-se no pai e na irmã, promovendo suporte emocional, esclarecimento do estado clínico e envolvimento no processo de cuidados, reforçando a rede de apoio como fator protetor. A indisponibilidade da mãe limitou algumas intervenções familiares.

Em síntese, esta experiência reforçou a importância de uma abordagem holística e centrada no utente, integrando relação terapêutica, estratégias psicossociais, intervenção familiar e terapêutica farmacológica. Evidenciou igualmente desafios clínicos, como insight parcial, estigma e alta hospitalar contra parecer clínico, fatores que condicionam a aceitação do estado de saúde e a adesão às intervenções, contribuindo para uma reflexão crítica sobre a prática do EESMP.

3.5- Participantes e métodos

O presente estudo de caso incide sobre um utente do sexo masculino, com 18 anos de idade, internado num serviço de psiquiatria devido a um episódio psicótico associado ao consumo de substâncias psicoativas.

Durante o processo, foram envolvidos alguns elementos da rede familiar, nomeadamente o pai e a irmã, com o objetivo de compreender o contexto familiar e prestar suporte e esclarecimento relativamente à situação clínica do utente.

A recolha de dados foi realizada no contexto do internamento em serviço de psiquiatria, através de entrevistas clínicas com o utente, observação direta do comportamento e avaliação do estado de saúde mental ao longo do acompanhamento, bem como através do processo clínico, nomeadamente antecedentes pessoais, evolução clínica e terapêutica instituída.

Foram igualmente realizados momentos de contacto com elementos da família, com o objetivo de obter informação complementar sobre o contexto familiar e prestar apoio e esclarecimento relativamente à situação clínica do utente.

3.6- Resultados

Durante o internamento, foi possível observar a evolução do utente em diferentes focos de enfermagem, com base na observação clínica, entrevistas e aplicação de instrumentos de avaliação.

Inicialmente, o utente apresentava ansiedade elevada, manifestada por preocupação intensa e inquietação. Ao longo do internamento, verificou-se uma diminuição da ansiedade após a implementação de estratégias terapêuticas, incluindo escuta ativa, técnicas de distração e técnicas de respiração. O utente adotou estratégias de coping, nomeadamente caminhar pelo serviço e utilizar o jardim terapêutico, demonstrando maior facilidade na expressão de sentimentos e pensamentos e estabelecendo uma relação terapêutica eficaz com a equipa.

Relativamente ao delírio, a avaliação inicial através da subescala de delírios da PSYRATS revelou valores elevados: quantidade de preocupação (3), duração da preocupação (3), convicção (3), quantidade de angústia (3), intensidade de angústia (4) e disrupção (4). Após a implementação de estratégias terapêuticas, incluindo treino metacognitivo, psicoeducação, técnicas de distração e validação dos pensamentos junto de familiares e profissionais de saúde, verificou-se uma melhoria significativa: quantidade de preocupação (2), duração da preocupação (2), convicção (2), quantidade de angústia (3), intensidade de angústia (3) e disrupção (3), refletindo uma redução da intensidade e frequência das crenças delirantes.

No que diz respeito à aceitação do estado de saúde, o utente manteve insight parcial. Reconheceu que o episódio de descompensação poderia estar relacionado com o consumo de substâncias, contudo, negou a presença de doença mental, evidenciando estigma associado ao internamento em contexto de psiquiatria. Apesar das estratégias implementadas, como o estabelecimento de uma relação baseada na confiança, a psicoeducação e o envolvimento familiar, não se observou evolução significativa neste foco.

Relativamente ao consumo de substâncias, após a aplicação da EM o utente encontrava-se na fase de contemplação, reconhecendo os impactos negativos dos consumos, mas mantendo ambivalência quanto à decisão de mudança.

Contudo, algumas intervenções planeadas, incluindo psicoeducação sobre abstinência e estratégias de modificação comportamental, não puderam ser implementadas devido à alta hospitalar contra parecer clínico.

No que concerne ao processo familiar, foram realizadas intervenções junto do pai e da irmã, nomeadamente suporte emocional, esclarecimento sobre o estado de saúde do utente e envolvimento no processo de cuidados. Não foi possível intervir junto da mãe, por indisponibilidade da mesma. Foram ainda planeadas intervenções futuras, como psicoeducação sobre psicose, incluindo sinais, sintomas e risco de recaída, que não puderam ser implementadas devido à alta hospitalar contra parecer médico.

3.7-Discussão

Durante o internamento, observou-se uma evolução clínica parcial do utente, destacandose a importância da relação terapêutica e da escuta ativa na abordagem de jovens adultos com episódios psicóticos associados ao consumo de substâncias. A construção de uma relação de confiança estabelecida com a equipa de saúde mental facilitou a expressão de sentimentos e pensamentos por parte do utente, promovendo maior abertura para refletir sobre os seus consumos.

A EM constitui uma abordagem centrada no utente e orientada para a mudança comportamental, desenvolvida para explorar a motivação interna e reduzir a ambivalência face à mudança (Barroso, 2020). Neste contexto, o utente reconheceu os impactos negativos do consumo de cannabis, embora mantivesse ambivalência quanto à decisão de mudança, o que se enquadra no Modelo Transteórico de Mudança, em que a fase de contemplação se caracteriza precisamente por essa ambivalência (Barroso, 2020).

A literatura sobre intervenção precoce no primeiro episódio psicótico reforça que a abordagem integrada — combinando terapêutica farmacológica, psicoterapia e apoio psicossocial — é fundamental para melhorar o prognóstico, reduzir a duração da psicose não tratada e promover a recuperação psicossocial (Coentre et al., 2011), o que se pode verificou neste estudo.

Paralelamente, o TMC foi utilizado para auxiliar o utente a reconhecer padrões de pensamento disfuncionais e distorções cognitivas que poderiam reforçar crenças delirantes, permitindo refletir criticamente sobre os próprios pensamentos e adotar estratégias de coping mais adaptativas. Esta abordagem contribuiu para a redução parcial da sintomatologia psicótica, quando integrada num plano terapêutico abrangente (Guedes de Pinho, 2023; Sampaio et al., 2020).

A psicoeducação e a orientação terapêutica permitiram fornecer informação ao utente sobre o quadro clínico e os riscos associados ao consumo de substâncias, embora

algumas sessões não tenham sido concluídas devido à alta hospitalar contra parecer clínico. A intervenção junto da família, centrada no pai e na irmã, proporcionou suporte emocional e participação no processo de cuidados, reforçando a rede familiar como um fator protetor, enquanto a indisponibilidade da mãe constituiu uma limitação para algumas intervenções educativas.

3.8-Implicações para a prática clínica

Análise deste caso clínico destaca pilares fundamentais para a prática clínica em enfermagem de saúde mental, particularmente no acompanhamento de jovens adultos que enfrentam episódios psicóticos agravados pelo uso de substâncias.

A construção de uma relação de confiança com o utente revelou-se fundamental para a expressão de sentimentos e pensamentos, favorecendo maior abertura para a reflexão sobre o consumo de substâncias. A eficácia da intervenção assentou, em grande parte, na criação de uma relação terapêutica sólida. A escuta ativa e a empatia não constituem apenas competências interpessoais, mas sim ferramentas clínicas fundamentais. Estas permitem ao utente sentir-se seguro para explorar as causas e consequências dos seus comportamentos, facilitando o envolvimento no processo terapêutico. Neste sentido, reforça-se a necessidade de desenvolver relações terapêuticas centradas na empatia, na escuta ativa e na comunicação assertiva, como base para intervenções eficazes em saúde mental (Coentre et al., 2011).

A utilização de modelos teóricos, nomeadamente o Modelo Transteórico de Mudança, revelou-se fundamental para orientar a intervenção, permitindo identificar que o utente se encontrava na fase de contemplação. Esta identificação possibilitou ajustar a abordagem terapêutica, privilegiando estratégias como o reforço da autoeficácia, a exploração da motivação e a psicoeducação direcionada. Desta forma, evitou-se uma intervenção generalista, promovendo antes uma atuação mais individualizada e adequada às necessidades do utente.

Para a prática clínica, este aspeto reforça a importância de avaliar a fase motivacional em que a pessoa se encontra e adaptar as intervenções em função dessa avaliação, uma vez que o sucesso terapêutico depende, em grande medida, da capacidade do profissional em adequar a sua intervenção ao momento e à disponibilidade para a mudança do indivíduo (Barroso, 2020).

O TMC revelou-se uma estratégia útil ao permitir que o utente identificasse e refletisse sobre padrões de pensamento disfuncionais e interpretações distorcidas da

realidade, facilitando a compreensão das suas crenças delirantes e a adoção de estratégias de coping mais ajustadas.

A utilização destas técnicas contribuiu para aumentar a consciência sobre o próprio pensamento, promovendo maior capacidade de autorregulação. Neste sentido, destaca-se a importância de integrar abordagens metacognitivas e de reestruturação cognitiva na intervenção com pessoas com psicose, uma vez que estas permitem não só reduzir a sintomatologia, mas também potenciar a autonomia e o funcionamento do utente no seu dia a dia (Guedes de Pinho, 2023).

As intervenções de psicoeducação, ainda que não tenham sido totalmente implementadas, revelaram-se importantes para promover uma melhor compreensão da doença e do impacto do consumo de substâncias, tanto no utente como na família. O envolvimento do pai e da irmã permitiu fortalecer a rede de apoio e favorecer o suporte emocional durante o internamento.

Para a prática clínica, este aspeto evidencia a relevância de incluir a família como parceira no processo terapêutico, adaptando as estratégias educativas à sua disponibilidade e nível de compreensão. Desta forma, torna-se possível promover uma maior adesão ao tratamento, facilitar a adaptação à doença e reforçar o suporte no período pós-alta (Amaral et al., 2020; OMS, 2021; DGS, 2022).

A articulação entre intervenções psicossociais e terapêutica farmacológica revelou-se fundamental para a redução da sintomatologia psicótica e da ansiedade. A melhoria clínica observada parece resultar desta abordagem combinada, na qual os cuidados de enfermagem contribuem para potenciar os efeitos da medicação e apoiar a gestão de sintomas residuais. Este resultado está em consonância com a evidência que defende uma abordagem integrada, interdisciplinar e centrada no utente no tratamento da psicose, particularmente no primeiro episódio psicótico (Coentre et al., 2011; Will et al., 2024).

A alta hospitalar contra parecer clínico evidenciou a complexidade da gestão do risco em saúde mental, exigindo uma atuação centrada na segurança do utente. Neste contexto, tornou-se fundamental a avaliação do risco, a comunicação com a família e a orientação para a continuidade de cuidados após a alta. Esta situação reforça a importância de uma prática clínica baseada em princípios éticos, sustentada por protocolos de segurança, documentação rigorosa e um planeamento estruturado do seguimento, garantindo a proteção do utente e a responsabilidade profissional.

Este estudo permitiu consolidar competências fundamentais do EESMP, nomeadamente na avaliação global do utente, na comunicação terapêutica, na adaptação das intervenções e na reflexão crítica. A evidência reforça que estas competências são essenciais para a prestação de cuidados individualizados, seguros e eficazes em contexto psiquiátrico. Neste sentido, a prática em enfermagem de saúde mental exige um elevado nível de reflexão crítica e competências avançadas de comunicação, sendo a capacidade de avaliar o utente de forma holística e ajustar as intervenções ao longo do tempo determinante para garantir cuidados éticos, seguros e eficazes (Coentre et al.,2011).

Perante a alta hospitalar contra parecer clínico, considera-se que teria sido pertinente reforçar a intervenção junto da família, particularmente da mãe, no sentido de promover uma maior compreensão da situação clínica e facilitar o envolvimento no processo terapêutico, o que poderia ter contribuído para uma melhor continuidade de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório permitiu uma reflexão profunda sobre a prática clínica, promovendo a aquisição de novas competências pessoais e profissionais. Este percurso, longo e exigente, envolveu múltiplas aprendizagens, tanto no plano do autoconhecimento como no desenvolvimento da identidade profissional. Trabalhar em contextos tão desafiadores exige resiliência, capacidade de adaptação e a construção contínua do “eu profissional” e do “eu interior”.

Durante o estágio, foi possível implementar um modelo de cuidados especializados centrado na pessoa, atendendo às suas necessidades e promovendo a reabilitação psicossocial, com consideração dos determinantes de saúde e da fase do ciclo de vida. Este modelo foi operacionalizado através da realização de um estudo de caso, centrado em um utente com perturbação psicótica associada ao consumo de substâncias e na sua família. As perturbações psicóticas demonstram impacto profundo no pensamento, comportamento e crenças do indivíduo, afetando também a dinâmica familiar e a sociedade em geral.

O acompanhamento clínico evidenciou que o tratamento eficaz combina intervenções farmacológicas, psicoterapêuticas e psicoeducacionais reforçando a necessidade de atuação de uma equipa multidisciplinar, com foco comum na reabilitação do utente. Observou-se também que a intervenção junto da família é essencial, especialmente quando surgem situações como altas antecipadas, que limitam a implementação completa das estratégias terapêuticas. Este caso revelou que uma abordagem mais centrada na família poderia ter fortalecido o suporte e promovido melhores resultados clínicos.

A prática em saúde mental exige que os profissionais de enfermagem possuam sólidos conhecimentos teóricos e técnicos, capazes de sustentar uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia e confidencialidade. Cabe ao enfermeiro especialista delinear intervenções que promovam mudança comportamental e melhoria da qualidade de vida, considerando a unicidade do indivíduo e o contexto familiar e social.

A experiência de estágio reforçou a importância de uma prática centrada no utente, valorizando a partilha de experiências e a reflexão crítica como ferramentas de aprendizagem contínua. Tornou-se evidente que o cuidado em saúde mental vai além da prestação de cuidados clínicos; implica responder às necessidades específicas do utente e da sua família, com uma abordagem humanista, ética e compreensiva.

Por fim, este estágio contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo reconhecer limitações, gerir desafios, e consolidar a complementaridade entre teoria e prática. A experiência reforçou a necessidade de uma formação contínua, sustentada na evidência científica, e consolidou a consciência de que o crescimento no campo da enfermagem de saúde mental é um processo contínuo, orientado pela excelência, ética e humanismo.

A elaboração deste relatório e o percurso desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos contribuíram igualmente para a aquisição e consolidação de competências inerentes ao grau de mestre em enfermagem. A realização do estudo de caso, a análise crítica da prática clínica e o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua permitiram aprofundar competências de investigação, pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada na evidência científica. O desenvolvimento deste trabalho exigiu capacidade de análise, pesquisa científica e integração do conhecimento teórico na prática clínica, promovendo uma atuação mais fundamentada, reflexiva e diferenciada.

Ao longo deste percurso, foi possível desenvolver competências na área da investigação, nomeadamente através da pesquisa bibliográfica, análise crítica da literatura científica e fundamentação das intervenções implementadas. A necessidade de compreender os fenómenos associados à psicose, ao consumo de substâncias e às intervenções psicoterapêuticas contribuiu para aprofundar conhecimentos científicos e para sustentar a prática clínica com base na melhor evidência disponível.

Paralelamente, o contacto com situações complexas em contexto de saúde mental exigiu autonomia, capacidade de adaptação e competências avançadas de resolução de problemas, promovendo o desenvolvimento de um raciocínio clínico mais estruturado e especializado. A tomada de decisão em situações de crise, a gestão emocional perante o sofrimento psíquico e a necessidade de adequar intervenções às necessidades específicas de cada utente e família permitiram consolidar competências éticas, relacionais e técnico-científicas.

O desenvolvimento de projetos de melhoria contínua e de intervenção comunitária possibilitou também a aquisição de competências ao nível do planeamento, organização e avaliação de intervenções em saúde mental, reforçando a importância da promoção da literacia em saúde mental e da prevenção da doença mental. A elaboração destes projetos contribuiu para uma maior capacidade de análise crítica da prática e para a compreensão da importância da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A realização deste relatório permitiu ainda desenvolver competências ao nível da comunicação científica e da reflexão crítica, essenciais para o enfermeiro com grau de mestre. A capacidade de analisar experiências clínicas, fundamentar intervenções e refletir sobre os resultados obtidos contribuiu para um maior desenvolvimento profissional e para a consolidação de uma prática baseada na evidência científica.

Neste sentido, considera-se que este percurso formativo permitiu desenvolver competências avançadas na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, promovendo uma prática profissional mais autónoma, reflexiva, ética e cientificamente

fundamentada, em consonância com as competências esperadas do enfermeiro especialista com grau de mestre.

Referências Bibliográficas

- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2011). *Modelos e Teorias em Enfermeria* (séptima edición). Elsevier España.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostics and statistical manual of mental disorders (DSM-5) 5ª Edição*. American Psychiatric Association.
- Barbaro, D. R., & Picarelli, C. C. (2017). Psicose induzida por substâncias ilícitas. *Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba*, 19(3), 157–159.
<https://doi.org/10.23925/1984-4840.2017v19i3a12>
- Barroso, T.(2020). Entrevista Motivacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp.97–101). Lisboa: LIDEL Edições técnicas.
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). Contributos das Teorias de Enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV* (18), 125-132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>.
- Cardoso, C. M. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Climepsi Editores.
- Coelho, E. (2024). *Relatório de estágio em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (Relatório de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Coentre, R., & Levy, P. (2020). Intervenção precoce na psicose em Portugal: Onde estamos nós? *Acta Médica Portuguesa*, 33(9), 540–542.
- Coentre, R., Levy, P., & Figueira, M. (2010). Intervenção precoce na psicose: Período pré psicótico. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1083–1090.
- Coentre, R., Levy, P., & Figueira, M. L. (2011). Intervenção precoce na psicose: Primeiro episódio psicótico e período crítico. *Acta Médica Portuguesa*, 24(1), 117–126.
- Decreto-Lei n.º 8/2010 do Ministério da Saúde. (2010, 28 de janeiro). *Diário da República: I Série, n.º 19*.<http://saudementalpt.pt/backoffice/pdfs/052c874e63.pdf>.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018, 16 de agosto)

Diário da República: I Série, n.º 157/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/decretolei/65-2018-116068879>.

Freres, S. C., Villafranca, B. A. A., Cançado, M. A. F., Lins, C. de A., Souza, M. I., Justa, J. W. O. dos S., Freire, L. B. N., Carvalho, I. O. de, & Lopez, F. K. (2025). O impacto neuropsiquiátrico das psicoses induzidas por substância e por medicamento. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 7(10), 900–909..<https://doi.org/10.36557/26748169.2025v7n10p900-909>.

Gago, J., Pires, A. M., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., & Xavier, M. (2023). *Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a população adulta.* <https://doi.org/10.34619/9afc-ceib>.

Gonçalves, P., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Delírio. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp.119–120). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas.

Gonçalves, P., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Processo de Enfermagem, CIPE e Sistemas de Informação. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp.87–89). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas.

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem – os fundamentos à prática profissional* (4ª edição). Brasil: Artemed.

Guedes de Pinho, L. (2013). *Esquizofrenia: Eficácia de um Programa de Psicoeducação com Familiares* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Departamento de Psicologia.

Lopes, J. L. (2001). A Psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 28–33.

Lopes, M. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In J.C. Santos & J.R. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century, Principles of Specialty Nursing* (pp.247–257). Suíça: Springer International Publishing.

- Lazana, A. I. E. (2022). *Cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica centrados na pessoa com perturbação psicótica* (Relatório de estágio de mestrado). Universidade de Évora.
- Marques, A. J. P. S. (2007). *Modelo integrado de desenvolvimento pessoal — Um modelo de reabilitação psicossocial para pessoas com doença mental* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- McGorry, P., Killackey, E., & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Mesquita, A. C., & Carvalho, E. C. de. (2014). A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1127–1136. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700022>.
- Mota Cardoso, C. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moura, P. A., et al. (2015). A Disfunção Dopaminérgica Mesolímbica na Psicose: Uma Revisão da Literatura. *PsiLogos*, 13, Junho.
- Nascimento, J. M. F. do, Carvalho Neto, F. J., Vieira Júnior, D. N., & Oliveira, A. K. S. de. (2020). Escuta terapêutica: Uma tecnologia do cuidado em saúde mental [Revisão integrativa]. *Revista Enfermagem UFPE On Line*, 14, 1–10.
- Oliveira, E. R., & Dullius, W. R. (2025). O uso de psicotrópicos e a qualidade de vida de adultos jovens: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 8(18), e082095. <https://doi.org/10.55892/jrq.v8i18.2095>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: Documento de referência para a definição do perfil de competências do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrão de Documentação Enfermagem de Saúde*

Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2025). *Regulamento n.º 395/2025: Regulamento das Especialidades e Competências Acrescidas*. Diário da República, 2.ª série, n.º 58.

Peplau, H. E. (1997). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Pontes, S., & Calazans, R. (2017). Sobre alucinação e realidade: A psicose na CID-10, DSM-IV-TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico. *Psicologia USP*, 28(1), 108–117.

<https://doi.org/10.1590/0103-656420140101>

Regulamento nº 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª Série, Nº26 de 06 de fevereiro de 2019, 4744–4750.

Regulamento nº 515/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República, 2ª série, Nº151 de 7-8-2018, 2147–21430.

Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. (2015, 25 de junho). *Diário da República: II Série, nº 122/2015*.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Santos, Z. M., Oliveira, V. L., & Pagliuca, L. M. (2004). Teoria de Pepelau: Análise crítica da sua aplicação no cuidado de uma pessoa com diagnóstico de ansiedade. *Revista RENE Fortaleza*, (nº 5 - 2), 110–117.

Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental – de acordo com o DSM-5*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

Sequeira, C. (2020). Técnicas e Competências de Comunicação. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp.75–79). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (1ª ed.). Lisboa: LIDEL.

Smith, M. C. (2020). *Nursing Theories and Nursing Practice* (5th ed.). F.A. Davis Company.

Will, R. K. W., Barcellos, W. de S., Peixoto, W. V. de O. T., Sousa, F. G. A. de, Vieira, L. R., Cardoso, M. O., Silva, I. A. da, Bezerra, T. do N., Melo, R. M. R., Saada, N. A., & Silva, V. C. B. (2024). Psicose Induzida por Substâncias: Abordagens Diagnósticas e Terapêuticas.

Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 6(9), 2042–2055.

<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p2042-2055>

Whitley, R., Palmer, V., & Gunn, J. (2015). Recovery from severe mental illness.

Canadian Medical Association Journal (CMAJ), 187(13), 951–952.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.141558>

World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. <https://icd.who.int/>

Apêndices

Apêndices I

Projeto do Ensino Clínico de saúde mental na comunidade



Projeto do Ensino Clínico

Equipa Comunitária de Saúde Mental para a População Adulta

Ana Filipa Sousa Figueiredo nº 2101

Trabalho elaborado no âmbito do Ensino Clínico: Saúde Mental na Comunidade.
Sob a orientação do docente Professor Doutor Amadeu Gonçalves e o Enfermeiro Tutor, Enfermeiro
Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, [REDACTED]

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2ª

Edição

Setembro 2025

ÍNDICE

Lista de Siglas

INTRODUÇÃO.....	7
1.CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	10
2.COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER.....	11
3. ATIVIDADES PLANEADAS.....	12
4. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	20

Lista de Siglas

CSP- Cuidados de Saúde Primários

ECSM-PA- Equipa Comunitária de Saúde Mental para a População Adulta

EESMP- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

EPE- Entidades Publicas Empresarias

OE- Ordem dos Enfermeiros

RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados

SLSM-Serviços Locais de Saúde Mental

ULS - Unidade Local de Saúde

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em contexto de internamento de doentes agudos e saúde mental na comunidade, integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu, que decorre entre: 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, com a duração total de 360 horas. Este projeto do Ensino Clínico corresponde ao Ensino Clínico de Saúde Mental na Comunidade que decorre entre 15 de setembro de 2025 e 14 de novembro de 2025, [REDACTED] [REDACTED] com o enfermeiro Tutor Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica [REDACTED] e sob orientação pedagógica do Professor Doutor Amadeu Gonçalves.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) “As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam”.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), devido às suas competências é capaz de compreender “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro). Assim, este assume um papel fundamental na promoção da saúde mental, na prevenção da doença e na intervenção terapêutica junto das pessoas, famílias e comunidades.

Segundo a Ordem dos enfermeiros (OE, 2010) o EESMP, detém competências específicas que permitem intervir de forma autónoma e diferenciada, promovendo assim, processos de reabilitação, integração social e melhoria da qualidade de vida. A sua prática não se reduz apenas ao contexto hospitalar, mas sim à comunidade, onde tem um papel fundamental para a identificação precoce de situações de risco, no acompanhamento de grupos vulneráveis e na dinamização de estratégias de literacia em saúde mental

Atualmente, a ausência de saúde mental é reconhecida como um problema de grande relevância em termos de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, devido ao aumento expressivo das taxas de suicídio entre 80 adolescentes, jovens adultos e pessoas idosas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), o conceito de literacia em saúde mental está associado ao desenvolvimento de competências de alfabetização em

saúde, permitindo ao indivíduo tomar decisões mais conscientes e assumir um papel ativo no cuidado de si próprio, contribuindo assim para a promoção de ganhos efetivos em saúde.

As ECSM têm como principal objetivo assegurar a prestação de cuidados diferenciados de saúde mental na comunidade, a uma população correspondente a uma área geográfica definida, conjugando a proximidade das intervenções com a diferenciação das mesmas. Pretende-se, assim, contribuir para aumentar a acessibilidade e promover a continuidade de cuidados e a recuperação e integração familiar e social das pessoas com problemas de saúde mental.

O ensino clínico tem como objetivo estimular e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e de investigação, solidificar os conhecimentos adquiridos na teoria com a prática e desenvolver um conjunto de aprendizagens e saberes, aprimorando a técnica, construir uma identidade profissional, estabelecer uma relação terapêutica, desenvolver competências comuns e específicas do EESMP.

Neste contexto de estágio, foi proposto realizar um projeto que tem como objetivo ser um guia orientador para este ensino clínico, e controlo para o enfermeiro Tutor e para o docente e me auxiliar na elaboração do relatório final do ensino clínico.

A elaboração do projeto de estágio pretende definir os objetivos específicos que me proponho a atingir durante o estágio; elaborar a planificação das atividades a desenvolver e servir como guia orientador para o estágio, permitindo atingir as competências de EESMP.

O presente documento apresenta-se de forma clara e objetiva, com a finalidade de facilitar a compreensão das informações nele contidas. Não possui carácter definitivo, podendo ser sujeito a alterações sempre que se revele necessário, ao longo do período em que decorre o ensino clínico.

A metodologia utilizada para a realização deste passou pela observação das atividades que se desenvolvem na ECSM e como suporte o guia orientador dos estágios fornecido pela escola. O projeto encontra-se dividido nas seguintes partes: Breve caracterização da instituição, Competências a Desenvolver, Atividades Planeadas, com descrição dos Objetivos Gerais e Específicos, cronograma de atividades que enquadra temporalmente a realização das atividades e a consecução dos objetivos e por fim as Considerações Final.

1. CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A Equipa Comunitária de Saúde mental para a população adulta (ECSM-PA), está integrada [REDACTED], em que o principal objetivo destas equipas é assegurar a prestação de cuidados diferenciados de saúde mental na comunidade, a uma população correspondente a uma área geográfica definida, conjugando a proximidade as intervenções com a diferenciação das mesmas. Pretende-se, assim, contribuir para aumentar a acessibilidade e promover a continuidade de cuidados e a recuperação e integração familiar e social das pessoas com problemas de saúde mental.

As ECSM visam aproximar os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) da população que acompanham, assegurando respostas focadas na promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, prestação de cuidados e recuperação psicossocial.

Estas equipas são responsáveis pela articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), com a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI), e com outros parceiros da sua zona de responsabilidades geográfica assistencial, de que são exemplo Camaras Municipais, Juntas de Freguesia, organizações da sociedade civil, associações de familiares e de utentes, entre outras estruturas da comunidade.

Estas equipas são responsáveis pela realização de consultas das várias áreas de intervenção profissional, individuais ou de grupo, intervenções psicoterapêuticas, promoção de adesão à medicação, visitas domiciliárias, terapias de mediação corporal, reabilitação cognitiva e treino de competências sociais, entre outras atividades. As equipas devem privilegiar o acompanhamento das pessoas com doença mental grave, mas também participar ativamente no tratamento das perturbações mentais mais comuns, em articulação com os CSP.

A ECSM, está localizada [REDACTED], com horário de segunda a sexta-feira das 8h30 às 16h30. É composta por 3 médicos psiquiatras, um assistente administrativo, 4 enfermeiros, um deles especialista em saúde mental e psiquiatria, duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

2. COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

A determinação dos objetivos permite uma melhor organização do trabalho e futura avaliação, eles serão definidos com base no regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Saúde mental e psiquiatria, de forma a responder aos padrões de qualidade definidas pela OE neste âmbito.

Para a organização deste projeto, foi imprescindível a elaboração dos meus objetivos de estágio gerais e específicos, de forma a refletir sobre as minhas expectativas e metas a atingir neste estágio, de forma alcançar as competências que me são requeridas na unidade curricular deste ensino clínico.

A sua elaboração é imprescindível na medida que permite a reflexão sobre as minhas expectativas e metas a atingir neste estágio, de forma alcançar os objetivos que me são requeridos na unidade curricular deste ensino clínico, bem como para a aquisição das competências de EESMP.

De acordo com o artigo 4º do Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica são:

1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
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;
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.

A Escola Superior de Saúde de Viseu, estabelece como objetivos desta unidade curricular:

- Mobilizar os conhecimentos e competências no domínio das metodologias de investigação em enfermagem na área da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;

- Desenvolver um relatório final tendo por base os estágios realizados considerando os elementos fundamentais e as diferentes fases e etapas processuais, incluindo os procedimentos formais e éticos;
- Difundir o conhecimento emergente do relatório final em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica cujos resultados contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao indivíduo, família grupos ou comunidade.

Objetivos Específicos

Competências	1	2	3	4	5	6	7
Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	X	X	X	X	X	X	X
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental		X	X	X	X	X	X
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		X	X	X	X	X	X
Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde		X	X	X	X	X	X

3. ATIVIDADES PLANEADAS

Definir objetivos é fundamental, pois favorece a motivação necessária para assegurar uma melhor qualidade dos cuidados prestados. Para organizar o projeto de forma clara, estabeleci metas para este Ensino Clínico que traduzem os resultados específicos que pretendo alcançar. Esses objetivos contribuem para atingir as metas gerais e desenvolver competências que me permitam tornar-me um enfermeiro de excelência, capaz de prestar cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria com qualidade.

De seguida apresento os objetivos específicos a que me proponho atingir e as atividades planeadas inerentes a cada objetivo.

Objetivo específico 1- Conhecer a estrutura física, a organização, as dinâmicas e metodologia de trabalho da equipa multidisciplinar ECSM-PA. Atividades planeadas:

- Apresentação e integração na equipa multidisciplinar;
- Visita guiada para conhecimento do espaço físico, identificação da dinâmica e funcionalidade do serviço no que respeita a: recursos humanos e materiais, metodologia, organização do trabalho e conhecimento dos cuidados de saúde prestados;
- Apresentação e reunião com Enfermeiro tutor e professor orientador;
- Consultar documentação que regula a prática dos profissionais de enfermagem: protocolos, Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental;
- Integração e colaboração com a equipa de enfermagem na observação dos cuidados prestados, estabelecendo uma comunicação eficaz, mantendo uma postura profissional e atitude assertiva e responsável;
- Colaborar na organização e gestão de materiais, identificando os locais onde se encontram acondicionados, respeitando as normas da sua utilização;
- Perceber a articulação dos cuidados e atividades desenvolvidas com outras instituições;
- Definir os objetivos e planeamento das atividades a desenvolver ao longo do Ensino Clínico;
- Realizar e entregar um relatório crítico de atividades no final do estágio.

Objetivo específico 2 - Demonstrar competências pessoais, éticodeontológicas e relacionais.

Atividades planeadas:

- Apresentação de uma postura adequado e profissional;
- Assiduidade e pontualidade nos cuidados de enfermagem;
- Comunicar de forma clara, adequada e assertiva, recorrendo a vocabulário técnico e apropriado;

- Colaborar com a equipa multidisciplinar, estabelecer relação empática e assertiva, demonstrando responsabilidade, honestidade, disponibilidade, iniciativa e interesse;
- Respeitar os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem;
- Justificar de forma fundamentada as decisões clínicas e intervenções realizadas;
- Demonstrar respeito e empatia nas relações com os utentes, famílias e equipa de saúde;
- Respeitar princípios éticos e deontológicos na prestação de cuidados ao utente;
- Demonstrar interesse, disponibilidade para aprender e recetiva a oportunidades de desenvolvimento e melhoria;
- Organizar de forma eficaz a planificação e execução dos cuidados ao utente.
- Integrar os conhecimentos técnico-científicos adquiridos durante a formação teórica, adotando uma atitude crítica e reflexiva face às práticas de enfermagem, adequando-os à realidade e às necessidades específicas de cada utente;
- Recorrer à investigação e à consulta de bibliografia atualizada, baseada nas evidências científicas mais recentes, com o objetivo de colmatar eventuais lacunas no meu conhecimento;
- Evitar a prestação de cuidados de enfermagem sempre que surjam dúvidas quanto à sua correta execução ou fundamentação, garantindo assim a segurança e qualidade da intervenção;

Objetivo específico 3- Conhecer o trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem da ECSM-PA, inserida numa equipa multidisciplinar.

Atividades planeadas:

- Consultar Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental;
- Identificar fatores precipitantes e predisponentes da comunidade;

- Conhecer e participar no programa de registo informático dos procedimentos de enfermagem efetuados (programa informático Sclinc);
- Respeitar os princípios éticos e deontológicos na prestação de cuidados a utentes com doença mental grave;
 - Desenvolver competências específicas na observação e identificação de situações relacionadas com o utente família e comunidade;
- Evidenciar capacidade de iniciativa e criatividade na análise e resolução de problemas clínicos;
- Prestar apoio adequado a utentes com perturbações mentais, promovendo o envolvimento da família ou cuidadores, com vista à melhoria da qualidade de vida;
- Reconhecer e identificar possíveis complicações associadas às problemáticas de saúde mental;
- Prestar cuidados e realizar intervenções adequadas, envolvendo os cuidadores/família, com o objetivo de promover o bem-estar das pessoas com dependência de substâncias.

Objetivo específico 4- Adquirir um conjunto de experiências clínicas na área de saúde mental e psiquiatria que possibilitem o treino e aquisição de competências para o exercício profissional especializado, no acompanhamento, do indivíduo, família/cuidador e comunidade.

Atividades planeadas:

- Aquisição de competências de observação, entrevista e diagnóstico em contextos clínicos de saúde mental e psiquiatria;
- Realização de visitas domiciliárias;
- Realizar registos no programa Sclinc;
- Identificar as necessidade e focos de atenção, com base em avaliação clínica e comportamental;
- Administrar injetáveis de ação prolongada, e realizar o agendamento do mês.
- Promover o autocuidado, bem-estar e autoestima do utente;

- Promover a escuta ativa, relação de ajuda e a empatia com os utentes;
- Participar nas consultas médicas;
- Participar nas reuniões de enfermagem com o internamento do [REDACTED] da [REDACTED];
- Colaborar no acolhimento e acompanhamento de utentes, com foco na criação de vínculo e compreensão das suas necessidades;
- Utilizar técnicas psicoterapêuticas para permitir ao utente libertar tensões emocionais, vivenciar experiências gratificantes e aumentar o “insight” de modo a permitir elaborar novas razões para o problema;
- Promover a interação social.
- Realizar plano individual de cuidados;
- Participar na atividade realizada pela equipa do dia da Saúde Mental;
- Participação nos projetos desenvolvidos pela ECSM.
- Realizar sessão de psicoeducação para um grupo de utentes com estratégias para adesão ao regime terapêutico;
- Estabelecer a escuta ativa;
- Promoção de relação de ajuda;
- Aconselhamento do utente, sobre estratégias para gerir as suas dificuldades;
- Promoção da reinserção social;
- Identificação das necessidades, receios e dúvidas da família e/ou cuidador;
- Realização de ensinamentos oportunos face às necessidades encontradas;
- Contribuir para a desmistificação do doente mental (dependente) junto dos profissionais, família e comunidade em geral;
- Detetar precocemente mudanças no estado do utente, de forma a monitorizar a segurança do utente e uma avaliação contínua eficaz;
- Aperfeiçoar a prática de cuidados que melhorem a segurança, privacidade e dignidade do utente.

- Reconhecimento do papel e impacto do trabalho desenvolvido pelo EESMP na ECSM-PA ;

Objetivo específico 5- Refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e avaliar essas mesmas atividades.

- Refletir sobre a prática clínica desenvolvida ao longo do ensino clínico;
- Realização de reuniões com a professor orientador de estágio, Enfermeiro Tutor para reorganização e avaliação das intervenções planejadas;
- Realização da auto e hétero - avaliação ao longo do período de aprendizagem;
- Elaboração de um projeto de estágio onde conste a evolução das aprendizagens realizadas relatando o alcance dos objetivos propostos, constituindo-se com instrumento de avaliação do respectivo Ensino Clínico;
- Procura de momentos de reflexão sobre as práticas, na perspectiva contínua de alcançar a excelência dos cuidados de saúde e ganhos em saúde;
- Realização e entrega de um relatório crítico de atividades no final do estágio

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto possibilitou-me realizar uma análise reflexão crítica sobre a prática profissional e as competências do enfermeiro especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, permitindo estabelecer objetivos e planejar atividades necessárias para os alcançar. A sua principal função é servir como um guia orientador do percurso a desenvolver neste contexto.

Não pretendo que este projeto seja rígido ou inalterável; pelo contrário, a intenção é que seja dinâmico e adaptável, de modo a aproveitar ao máximo as oportunidades de aprendizagem e a prestação de cuidados de qualidade. Além disso, deve estar preparado para se ajustar às mudanças naturais do serviço e ao surgimento de novas oportunidades de aprendizagem, sejam elas identificadas ou sugeridas.

Os profissionais de enfermagem que atuam na área da saúde mental e psiquiátrica necessitam de um sólido domínio de conhecimentos, que lhes permita estabelecer uma relação terapêutica de qualidade. Para isso, é essencial que o vínculo com o utente seja baseado na confiança, no respeito mútuo e na garantia de confidencialidade

Como profissional que conhece de perto os contextos da prática clínica, o enfermeiro tem a responsabilidade de delinear e gerir projetos que promovam mudanças de comportamento e atitudes, contribuindo para a credibilidade e sustentabilidade da profissão, bem como para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas.

Com a elaboração deste estágio espero adquirir os objetivos a que me proponho, e que contribuam grandiosamente para o meu crescimento profissional e pessoal.

Durante este ensino clínico espero desenvolver competências específicas do EESMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Guia do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. WHO Press.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 129/2011). Diário da República, 2.ª série, n.º 29, de 10 de fevereiro de 2011.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Lisboa: Colégio da Especialidade.
- Regulamento n.º 515/2018 – Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07 disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Sousa Gago, J., Matos Pires, A., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., Xavier, M. (2023). Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (J. Sousa, Gago e M. Xavier, Eds). Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. Doi:10.34619/9afc-ceib
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções (1ª ed.). Lisboa. Lidel.

Apêndice II

Projeto de estágio de internamento de doentes agudos



Projeto do Ensino Clínico

Internamento de Doentes Agudos- [REDACTED]
Saúde Mental de Castelo Branco- CRM Mentalbri

Ana Filipa Sousa Figueiredo nº 2101

Trabalho elaborado no âmbito do Ensino Clínico: Em internamento de doentes agudos . Sob a orientação do docente Professor Doutor Amadeu Gonçalves e da Enfermeira Tutora, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, [REDACTED]

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2ª

Edição

Novembro 2025

I ÍNDICE

Lista de Siglas

INTRODUÇÃO.....	6
1. CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	9
2-COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER.....	11
3-ATIVIDADES PLANEADAS.....	13
4-CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

Lista de Siglas

CRI- Centro de Responsabilidade Integrado de Saúde Mental

EESMP- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

EPE- Entidades Publicas Empresarias

OE- Ordem dos Enfermeiros

SLSM-Serviços Locais de Saúde Mental

ULS - Unidade Local de Saúde

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em contexto de internamento de doentes agudos e saúde mental na comunidade, integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu, que decorre entre: 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, com a duração total de 360 horas. Este projeto do Ensino Clínico corresponde ao Ensino Clínico de Internamento de doentes agudos que decorre entre 17 de novembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, no serviço de internamento de psiquiatria [REDACTED]

[REDACTED] com a enfermeira Tutora, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria [REDACTED] e sob orientação pedagógica do Professor Doutor Amadeu Gonçalves.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) “As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam”.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), devido às suas competências é capaz de compreender “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro). Assim, este assume um papel fundamental na promoção da saúde mental, na prevenção da doença e na intervenção terapêutica junto das pessoas, famílias e comunidades.

Atualmente, a ausência de saúde mental é reconhecida como um problema de grande relevância em termos de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, devido ao aumento expressivo das taxas de suicídio entre adolescentes, jovens adultos e pessoas idosas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), o conceito de literacia em saúde mental está associado ao desenvolvimento de competências de alfabetização em saúde, permitindo ao indivíduo tomar decisões mais conscientes e assumir um papel ativo no cuidado de si próprio, contribuindo assim para a promoção de ganhos efetivos em saúde.

A especificidade da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e

psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa. (Padrão de Documentação em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica, Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O ensino clínico tem como objetivo estimular e desenvolver competências técnicas, científicas, relacionais e de investigação, solidificar os conhecimentos adquiridos na teoria com a prática e desenvolver um conjunto de aprendizagens e saberes, aprimorando a técnica, construir uma identidade profissional, estabelecer uma relação terapêutica, desenvolver competências comuns e específicas do EESMP.

Neste contexto de estágio, foi proposto realizar um projeto que tem como objetivo ser um guia orientador para este ensino clínico, e uma ferramenta de orientação, avaliação e parceria no processo formativo do estudante da especialidade, e por fim ser um auxiliar na elaboração do relatório final do ensino clínico.

A elaboração do projeto de estágio pretende definir os objetivos específicos que me proponho a atingir durante o estágio; elaborar a planificação das atividades a desenvolver e servir como guia orientador para o estágio, permitindo atingir as competências de EESMP.

O presente documento apresenta-se de forma clara e objetiva, com a finalidade de facilitar a compreensão das informações nele contidas. Não possui carácter definitivo, podendo ser sujeito a alterações sempre que se revele necessário, ao longo do período em que decorre o ensino clínico.

A metodologia utilizada para a realização deste passou pela observação das atividades que se desenvolvem no internamento de psiquiatria, tendo como suporte o guia orientador dos estágios fornecido pela escola. O projeto encontra-se dividido nas seguintes partes: Breve caracterização da instituição, Competências a Desenvolver, Atividades Planeadas, com descrição dos Objetivos Gerais e Específicos, cronograma de atividades que enquadra temporalmente a realização das atividades e a consecução dos objetivos e por fim as Considera

1-CARATERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) são estruturas de gestão intermédia, dependentes dos conselhos de administração dos hospitais EPE (entidades públicas empresariais) que integram a rede SNS.

Estas unidades dispõem de autonomia ao nível operacional e técnico, através da definição de um acordo de desempenho assistencial e económico-financeiro. Os profissionais que fazem parte destes centros de responsabilidade podem receber incentivos institucionais e financeiros diretamente associados aos resultados obtidos.

Os CRI tem como objetivos: Assegurar o desenvolvimento das melhores práticas clínicas centradas nas necessidades dos utentes, adaptando a organização interna das entidades do SNS a formas de gestão eficiente; Fomentar processos de governação clínica que contribuam para a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados no SNS; Aumentar a acessibilidade e os tempos de resposta do SNS aos cidadãos; Rentabilizar a capacidade instalada na rede pública do SNS; Promover a autonomia, o envolvimento e a responsabilização dos profissionais na gestão dos recursos, incentivando-os a desenvolver, exclusivamente, a sua atividade no SNS; Aumentar os níveis de produtividade e de satisfação dos profissionais do SNS, associando a atribuição de incentivos institucionais e financeiros ao desempenho efetivamente alcançado.

[REDACTED], inclui internamento de doentes agudos com 12 camas, hospital de dia, consulta externa, psiquiatria de ligação, equipa comunitária de saúde mental, consulta descentralizada e visitas domiciliárias.

O internamento do Serviço de internamento em psiquiatria, atende a maioria dos utentes com perturbações psiquiátricas que carecem de tratamento agudo, recebendo deste modo um largo espectro de patologias.

A missão do serviço é assegurar a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento de doença mental, bem como a reabilitação e reinserção social da pessoa portadora de doença mental.

O serviço tem como: Diretora – [REDACTED]
[REDACTED] Enfermeiro em funções de Gestão Conselho de Gestão do
[REDACTED]; Dr. [REDACTED] – Gestor do CRI [REDACTED]

A equipa do internamento é composta por equipa de enfermagem, médicos, técnico auxiliares de ação médica, psicólogos, assistente social, e terapeuta ocupacional.

O serviço de internamento encontra-se inserido no edifício do [REDACTED] [REDACTED]. Composto por um piso onde se encontra o Hospital de dia, consulta externa. A nível de estrutura tem um refeitório, sala de convívio/atividades, jardim terapêutico, pátio interior ao ar livre; sala de trabalho de enfermagem, sala de preparação de medicação e tratamentos, enfermarias com casa de banho individual e 2 quartos de isolamento, sala de visitas. É composto por um circuito interno de videovigilância, tem circuitos de segurança, onde se inclui corredores com portas eletrónicas, zonas de acesso restrito a pessoal clínico, zona totalmente restritas para armazenamento de medicação ou objetos perigosos

2-COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

A determinação dos objetivos permite uma melhor organização do trabalho e futura avaliação, eles serão definidos com base no regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Saúde mental e psiquiatria, de forma a responder aos padrões de qualidade definidas pela OE neste âmbito.

Para a organização deste projeto, foi imprescindível a elaboração dos meus objetivos de estágio gerais e específicos, de forma a refletir sobre as minhas expetativas e metas a atingir neste estágio, de forma alcançar as competências que me são requeridas na unidade curricular deste ensino clínico.

A sua elaboração é imprescindível na medida que permite a reflexão sobre as minhas expetativas e metas a atingir neste estágio, de forma alcançar os objetivos que me são requeridos na unidade curricular deste ensino clínico, bem como para a aquisição das competências de EESMP.

De acordo com o artigo 4º do Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica são:

5. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
6. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
7. 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;
8. 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.

A Escola Superior de Saúde de Viseu, estabelece como objetivos desta unidade curricular:

- Mobilizar os conhecimentos e competências no domínio das metodologias de investigação em enfermagem na área da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;
- Desenvolver um relatório final tendo por base os estágios realizados considerando os elementos fundamentais e as diferentes fases e etapas processuais, incluindo os procedimentos formais e éticos;
- Difundir o conhecimento emergente do relatório final em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica cujos resultados contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupos ou comunidade.

3-ATIVIDADES PLANEADAS

Definir objetivos é fundamental, pois favorece a motivação necessária para assegurar uma melhor qualidade dos cuidados prestados. Para organizar o projeto de forma clara, estabeleci metas para este Ensino Clínico que traduzem os resultados específicos que pretendo alcançar. Esses objetivos contribuem para atingir as metas gerais e desenvolver competências que me permitam tornar-me um enfermeiro de excelência, capaz de prestar cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria com qualidade.

De seguida apresento os objetivos específicos a que me proponho atingir e as atividades planeadas inerentes a cada objetivo.

Objetivo específico 1-Mobilizar conhecimentos e competências especializadas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica às pessoas em situação aguda da doença e às suas famílias/pessoas significativas.

Atividades planeadas:

Identificar um doente para análise de estudo de caso;

Realizar colheita de dados acerca do perfil psicossocial, familiar e ambiental do caso em análise, recorrendo à entrevista do estado mental e ao uso do genograma e ecomapa;

Conceber e implementar planos de cuidados fundamentados em teoria de Enfermagem específicas de saúde mental e psiquiátrica e na evidência científica.

Prestar ajuda adequada à pessoa com doença mental, envolvendo a família/cuidadores, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas de saúde mental;

Visita guiada para conhecimento do espaço físico, identificação da dinâmica e funcionalidade do serviço no que respeita a: recursos humanos e materiais, metodologia, organização do trabalho e conhecimento dos cuidados de saúde prestados;

Consultar documentação que regula a prática dos profissionais de enfermagem protocolos;

Integração e colaboração com a equipa de enfermagem na observação dos cuidados prestados, estabelecendo uma comunicação eficaz, mantendo uma postura profissional e atitude assertiva e responsável;

Definir os objetivos e planeamento das atividades a desenvolver ao longo do Ensino Clínico;

Aquisição de conhecimentos na articulação dos cuidados e atividades desenvolvidas no internamento, com outros serviços de saúde;

Reunião inicial com a enfermeira tutora, de forma a estabelecer que o presente estágio, será desenvolvido, segundo um modelo híbrido de tutoria, integrando os contributos de Proctor e Schon, permitindo uma supervisão simultaneamente estruturada e reflexiva;

Demonstração de interesse, iniciativa, disponibilidade, e de competências no saber-estar, saber-fazer, manter uma relação de ajuda através do diálogo aberto, escuta ativa, empatia, respeito mútuo e confiança;

Objetivo específico 2 –Aprimorar competências avançadas de relação terapêutica e comunicação especializada com pessoas em fase aguda da doença mental, utilizando técnicas de intervenção clínica, estratégias de validação emocional, gestão de crise e comunicação terapêutica adaptada ao estado psicopatológico, promovendo segurança, contenção verbal e vínculo terapêutico eficaz.

Atividades planeadas:

Realizar entrevistas de avaliação inicial com utentes recém-admitidos, utilizando abordagem empática, validação emocional e técnicas de comunicação adaptadas ao nível de desorganização;

Aplicar o Mental State Examination (MSE) para estruturar a observação clínica e incrementar capacidade de leitura psicopatológica;

Realizar acolhimento terapêutico ao doente em crise, garantindo contenção verbal e ambiente seguro;

Conduzir intervenções de contenção verbal durante episódios de agitação, impulsividade, ansiedade severa ou desorganização;

Aplicar técnicas breves de intervenção na crise, como grounding, respiração assistida, reorientação, redução de estímulos e técnicas de validação;

Participar em planos de prevenção e intervenção em risco, colaborando na avaliação de risco suicidário ou heteroagressivo e na comunicação clara e terapêutica em momentos críticos.

Objetivo específico 3- Realizar avaliação psicopatológica avançada e gestão especializada do risco;

Atividades planejadas:

Aquisição de competências de observação, entrevista e diagnóstico em contextos clínicos de saúde mental e psiquiatria;

Avaliação e detecção de emergências psiquiátrica e o seu nível de risco, com vista à intervenção de emergência;

Monitorização da segurança da pessoa, e uma avaliação continua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental da mesma;

Vigilância na toma da medicação, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental severa;

Intervenção ativa nas situações previstas pela Lei de Saúde mental relativas ao internamento compulsivo;

Reconhecer e identificar possíveis complicações associadas às problemáticas de saúde mental;

Prestar cuidados e realizar intervenções adequadas, envolvendo os cuidadores/família, com o objetivo de promover o bem-estar das pessoas com dependência de substâncias.

Objetivo específico 4- Implementar intervenções terapêuticas especializadas áreas de saúde mental e psiquiatria que possibilitem o treino e aquisição de competências para o exercício profissional especializado, no acompanhamento, do indivíduo, família/cuidador e comunidade.

Atividades planejadas:

Promoção da literacia em saúde mental nas famílias/cuidadores;

Sessão de psicoeducação aos cuidadores ou pessoa de referência em perspetiva da literacia em saúde mental;

Entrevista de admissão em Hospital de dia;

Sessão de psicoeducação em grupos de cuidadores de doença mental grave em contexto do hospital de dia;

Desmistificação das doenças mentais junto da pessoa e família;

Aplicação de jogos de estimulação cognitiva e sensorial, de modo a estimular a memória, cognição, imaginação e comunicação expressiva;

Realizar registos no programa Sclínico;

Identificar as necessidade e focos de atenção, com base em avaliação clínica e comportamental;

Promoção do autocuidado, bem-estar e autoestima da pessoa, família, grupo e comunidade;

Promoção da escuta ativa, relação de ajuda e empática da pessoa, família, grupo e comunidade;

Colaborar no acolhimento e acompanhamento da pessoa, com foco na criação de vínculo e compreensão das suas necessidades;

Utilizar técnicas psicoterapêuticas para permitir à pessoa libertar tensões emocionais, vivenciar experiências gratificantes e aumentar o “insight” de modo a permitir elaborar novas razões para o problema;

Promover a interação social.

Realizar plano individual de cuidados;

Realizar sessão de Psicoeducação para um grupo de pessoas com estratégias para adesão ao regime terapêutico;

Aconselhamento da pessoa, sobre estratégias para gerir as suas dificuldades;

Promoção da reinserção social;

Realização de ensinamentos oportunos face às necessidades encontradas;

Objetivo específico 5- Refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e avaliar essas mesmas atividades.

Atividades planeadas:

Refletir sobre a prática clínica desenvolvida ao longo do ensino clínico;

Refletir semanalmente com o supervisor clínico, analisando desafios, aprendizagens e evolução na capacidade de comunicação em contexto agudo;

Realização da auto e hétero - avaliação ao longo do período de aprendizagem;

Elaboração de um Relatório de Estágio onde conste a evolução das aprendizagens realizadas relatando o alcance dos objetivos propostos, constituindo-se com instrumento de avaliação do respetivo Ensino Clínico; Procura de momentos de reflexão sobre as práticas, na perspetiva contínua de alcançar a excelência dos cuidados de saúde e ganhos em saúde;

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto, possibilitou-me realizar uma análise reflexiva e crítica sobre a prática profissional e as competências do enfermeiro especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, permitindo estabelecer objetivos e planejar atividades necessárias para os alcançar. A sua principal função é servir como um guia orientador do percurso a desenvolver neste contexto.

Não pretendo que este projeto seja rígido ou inalterável; pelo contrário, a intenção é que seja dinâmico e adaptável, de modo a aproveitar ao máximo as oportunidades de aprendizagem e a prestação de cuidados de qualidade. Além disso, deve estar preparado para se ajustar às mudanças naturais do serviço e ao surgimento de novas oportunidades de aprendizagem, sejam elas identificadas ou sugeridas.

Os profissionais de enfermagem que atuam na área da saúde mental e psiquiátrica necessitam de um sólido domínio de conhecimentos, que lhes permita estabelecer uma relação terapêutica de qualidade. Para isso, é essencial que o vínculo com o utente seja baseado na confiança, no respeito mútuo e na garantia de confidencialidade

Com a elaboração deste estágio espero adquirir os objetivos a que me proponho, e que contribuam grandiosamente para o meu crescimento profissional e pessoal.

Durante este ensino clínico espero desenvolver competências específicas do EESMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Guia do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. WHO Press.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 129/2011). Diário da República, 2.ª série, n.º 29, de 10 de fevereiro de 2011.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Lisboa: Colégio da Especialidade.
- Portaria n.º 71/2018, de 8 de março. (2018). *Diário da República: I série*, n.º 48, pp. 1214–1215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/71-2018114832292>
- Regulamento n.º 515/2018 – Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07 disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções (1ª ed.). Lisboa. Lidel.

Apêndice III- Afirmar identidades

Título:

Afirmar Identidades

Introdução/justificação

A população trans tem experienciado várias formas de discriminação, que variam desde formas mais subtis, como o desrespeito pelo nome e pelos pronomes adequados ao género, até formas mais severas, como agressões, podendo conduzir ao isolamento, marginalização, suicídio, ansiedade e depressão (Rodrigues et al., 2020).

De acordo com Rosa et al. (2019), os avanços técnicos e científicos da enfermagem devem estar ancorados em referências sociais. Com os progressos nos direitos humanos das pessoas trans ou com disforia de género, bem como o reconhecimento das suas necessidades específicas de saúde e a criação de políticas públicas dirigidas a essas necessidades, aliadas aos preocupantes indicadores de preconceito, violência e discriminação, impõem à enfermagem o desafio de produzir conhecimentos e práticas que respondam de forma ética, crítica e inclusiva a esta realidade social.

Com o objetivo de contribuir para a prevenção de complicações nas pessoas trans que pretendem iniciar, ou que já iniciaram, terapia hormonal, como parte do seu processo de afirmação de género, desenvolveu-se este projeto, procurando dar resposta aos mais diversos problemas que esta população enfrenta na sociedade, no seio familiar e até mesmo nos próprios cuidados de saúde.

Diagnóstico de situação (Análises das necessidades)

Grupo de adultos em contexto de consulta externa no serviço de psiquiatria da [Redacted], observou-se um número crescente de utentes que expressam questões relacionadas com a identidade de género. Muitos apresentam sintomatologia ansiosa e depressiva resultante de experiências de estigmatização, rejeição familiar ou isolamento social.

Enquadramento teórico

O conceito de género constitui uma categoria social e cultural a partir da qual se constroem atitudes, expectativas e comportamentos pelos quais a sociedade define os valores padrão e referência. Os chamados papéis de género, ou seja, os comportamentos socialmente esperados para homens e mulheres, não são inerentes ao sexo biológico, mas sim construídos socialmente em função de fatores económicos, religiosos e culturais de cada época. (Rosa et al., 2017).

A identidade de género corresponde à percepção interna e pessoal que cada indivíduo tem de si próprio, podendo identificar-se como homem, mulher, ambos, nenhum ou outra combinação de géneros. Quanto à expressão de género, esta refere-se à forma como essa identidade é manifestada por meio das roupas, gestos, aparência física, linguagem e comportamento nas interações sociais. (Rosa et al., 2017).

O termo “trans”, é um conceito inclusivo (abreviatura de transgénero), que engloba todas as identidades e/ou expressões de género que não coincidem com o sexo atribuído à nascença, abrangendo pessoas que se identificam como transexuais, transgénero, de género fluido, não binárias, entre outras. (AMPLOS, 2020). Por sua vez, “cisgénero” designa as pessoas cuja identidade de género corresponde ao sexo que atribuído à nascença. Estas definições são permeadas por ideologias, apresentam limites imprecisos e encontram-se em constante transformação (Rosa et al., 2017).

Segundo o DSM-V(pag.451) os critérios de diagnóstico de disforia de género são:

A-Incongruência acentuada entre o género experimentado/expresso e o género designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo seis dos seguintes (um deles deve ser o Critério A1):

1. Forte desejo de pertencer ao outro género ou insistência de que um género é o outro (ou algum género alternativo diferente do designado).
2. Em meninos (género designado), uma forte preferência por *cross-dressing* (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (género designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas.
3. Forte preferência por papéis transgéneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias.
4. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades preferidas pelo outro género.
5. Forte preferência por brincar com pares do outro género.
6. Em meninos (género designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (género designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas.
7. Forte desgosto com a própria anatomia sexual.
8. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o género experimentado.

B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

A pessoa trans vive num processo contínuo de afirmação de género, que implica mudanças constantes nas dimensões física, psicológica e social. Assim, tendo por base a teoria das Transições de Afaf Meleis, observa-se que a natureza da transição em pessoas trans é simultaneamente desenvolvimental e situacional, manifestando-se através de padrões múltiplos e interrelacionados, com propriedades distintas que coexistem e se influenciam mutuamente. (Meleis, 2010 citada por Correia, 2021)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2023), a intervenção em grupo apresenta diversos benefícios terapêuticos, privilegiando-se frequentemente em detrimento da intervenção individual. Entre os benefícios mais relevantes destacam-se: o grupo como facilitador da aprendizagem; o apoio mútuo entre pessoas com necessidades semelhantes; o feedback dos elementos do grupo como facilitador da aprendizagem; a possibilidade de experimentar novos papéis; a reprodução de padrões relacionais familiares; o desenvolvimento pessoal e de competências; a menor perceção de intrusão relativamente à intervenção individual; a partilha de poder, responsabilidades e tomadas de decisão; a maior satisfação dos profissionais de saúde; e a maior eficiência na utilização de recursos humanos e instituições.

Segundo a OE (2023), a intervenção em grupo pode também apresentar desvantagens, relacionadas com questões de confidencialidade, necessidade de recursos, menor atenção individual, possibilidade de estigmatização, tendência para alguns participantes evitarem determinadas questões e sentimentos de intimidação perante as competências dos outros.

Objetivos

Um objetivo é um “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1982, p.45).

Geral

Promover a saúde mental e o bem-estar de pessoas com diversidade de género e orientação sexual, acompanhadas na consulta externa de psiquiatria.

Específicos:

- Criar um espaço terapêutico afirmativo e seguro;
- Promover a autoaceitação e o reforço da identidade pessoal;
- Reduzir o isolamento social e o estigma;
- Desenvolver estratégias de coping, resiliência e autoestima;

- Melhorar a autoestima e a assertividade nas relações interpessoais;
- Reforçar o sentimento de pertença e apoio social;
- Avaliar o impacto do grupo no bem-estar e sintomatologia emocional;
- Facilitar o acesso à informação e recursos comunitários de apoio à diversidade de género.

População- alvo

Utentes da consulta externa de psiquiatria da [REDACTED], maiores de 18 anos, com diagnóstico de disforia de (trans, não-binários, entre outros).

Metodologia/atividades

Trata-se de um projeto piloto, com uma duração de 3 meses, é composto por seis sessões quinzenais/semanais em grupo, com 6 a 10 participantes adultos. Cada sessão é conduzida por dois dinamizadores com psicóloga da equipa, com recurso a dinâmicas de grupo, psicoeducação, escrita terapêutica.

O grupo é fechado, confidencial, de forma a criar um espaço seguro de partilha e aprendizagem.

Cada sessão tem 45 ou 60 minutos, divididos em momento de acolhimento, desenvolvimento do tema e a reflexão final.

O programa inclui seis sessões temáticas, que abordam os principais domínios de promoção da saúde mental: identidade, emoções, coping, autoestima e integração social.

Recursos necessários

Recursos humanos: Psiquiatra, Psicólogo, EESMP

Recursos materiais: Sala reservada, materiais didáticos, computador.

Recursos financeiros: Orçamento para impressão e materiais gráficos.

Cronograma

Mês 1 planeamento, seleccionar os participantes, avaliação inicial, e sessão 1;

Mês 2 e 3 – realização das sessões 2 a 6(quinzenais);

Mês 3- avaliação final e relatório de resultados.

Avaliação

De acordo com Tavares (1990, p.214) “a avaliação inicia-se logo na primeira etapa do processo de planeamento, acompanhando-o em todas as etapas subsequentes”. Podemos assim afirmar que a sua primeira função é determinar o grau de sucesso na obtenção de um

objetivo, através da elaboração de um julgamento, baseado em normas e critérios (Tavares, 1990).

A avaliação é realizada no início, na fase intermédia e na final, incluindo indicadores quantitativos e qualitativos. Os indicadores quantitativos que são: o número de participantes, assiduidade, satisfação. Os indicadores qualitativos: questionário de satisfação dos utentes, observação da melhoria na adaptação social e emocional.

Conclusão:

Após a fase piloto, pretende-se com este projeto integrar de forma permanente em consulta externa, mas sempre com a realização da avaliação anual, atualização de práticas, com a possibilidade de reforçar com parcerias com associações.

Referências bibliográficas

- Alves Rodrigues, C., Margulho, M., Ferreira, B., Nascimento, S., Nascimento, M., Cardoso, S., Silva, M., Pablo, A. C., Soares, C., Fernandes, C., & Gonçalves, M. (2024). *Disforia de género: Conceitos, diagnóstico e abordagem clínica*. Acta Médica Portuguesa, 37(5), 379–385. <https://doi.org/10.20344/amp.21057>
- American Psychiatric Association. (2013). *MANUAL DIAGNOSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - DSM-V* (Techbooks (ed.); 5a ed.). Artmed.
- Direção-Geral da Saúde. Norma nº 001/2021 – Cuidados de Saúde à Pessoa com Incongruência de Género.
- Ordem dos Enfermeiros (2022). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem de Saúde Mental*.
- Rodrigues, L. M., & Ferreira, L. L. (2023). *Género, diversidade e inclusão: Um olhar sobre a formação em saúde*. Revista Administração em Saúde, 23(98), 98–108. <https://doi.org/10.23973/ras.98.1026>
- Rodrigues, J. M. C., Lemos, C., & Figueiredo, Z. (2020). *Discriminação e barreiras ao acesso ao Serviço Nacional de Saúde percebidos por pessoas trans*. Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 6(3), 98–108. <https://doi.org/10.51338/rppsm.2020.v6.i3.152>
- Rocon, P. C., Zamboni, J., Sodré, F., Rodrigues, A., & Roseiro, M. C. F. B. (2017). *(Trans)formações corporais: Reflexões sobre saúde e beleza*. Saúde e Sociedade, 26(2), 521–532. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171907>
- Rosa, D. F., Carvalho, M. V. F., Pereira, N. R., Rocha, N. T., Neves, V. R., & Rosa, A. S. (2019). *Assistência de enfermagem à população trans: Gêneros na perspectiva da prática profissional*. Revista Brasileira de Enfermagem, 72(Supl. 1), 311–319. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0644>
- Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2017). *Psiquiatria Fundamental* (1a ed.). Lidel.
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. C. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da saúde.
- World Health Organization. (2013). *World health report 2013: Research for universal health coverage*. WHO Press. <https://www.who.int/publications>
- Sites :
- <https://www.amplos.pt/>

Apêndice IV Sessão de “Ideação suicida”

Plano de Sessão de Intervenção Psicoeducação

Atividade: Intervenção psicoeducativa “Ideação Suicida”

Data: 10 de dezembro de 2025

Hora: 18h-19h

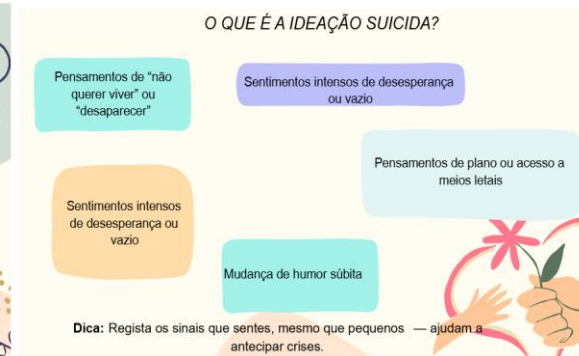
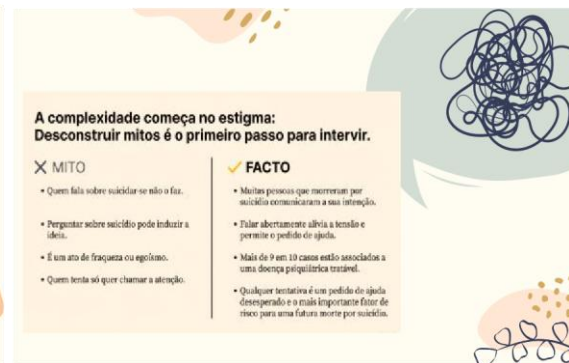
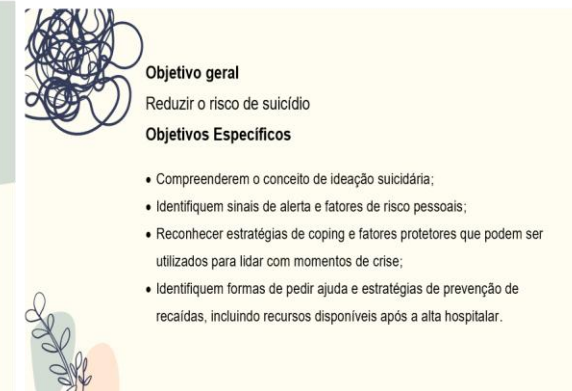
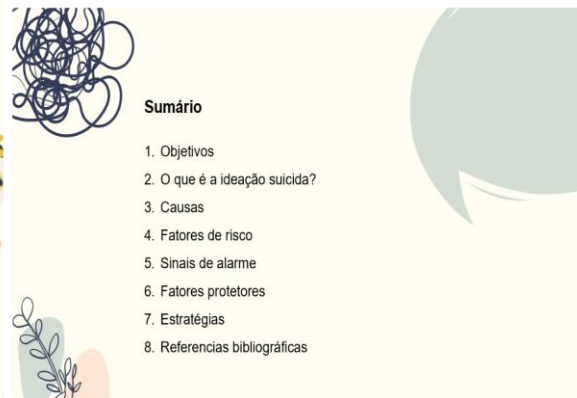
Duração: 60 min

Formandos: Utentes

Objetivo Geral: Reduzir o risco de suicídio nos utentes internados com o diagnóstico de Auto-agressão

Objetivos Específicos	Conteúdos	Métodos	Recursos	Avaliação
Compreenderem o conceito de ideação suicidária; Identifiquem sinais de alerta e fatores de risco pessoais; Reconhecer estratégias de coping e fatores protetores que podem ser utilizados para lidar com momentos de crise; Identifiquem formas de pedir ajuda e estratégias de prevenção de recaídas, incluindo recursos disponíveis após a alta hospitalar.	Quebra-gelo (5 minutos) Conceito de Ideação Suicidária(10minutos) Fatores Predisponentes / Fatores de Risco (10 minutos) Sinais de Alarme(10minutos) Fatores Protetores (10 minutos) Estratégias Imediatas para Lidar com a Crise (10 minutos)	Exposição oral breve em linguagem simples Diálogo orientado com os utentes Normalização da experiência	Apresentação em PowerPoint; Linguagem verbal acessível; Cadeiras; Mesa; Projector; Computador	Foram atingidos os objetivos traçados uma vez que o dinamizador conseguiu que os utentes participassem na intervenção. Foram realizados registos da intervenção no SClínico dos utentes que participaram. Participação verbal dos utentes Identificação de pelo menos um fator de risco pessoal Capacidade de reconhecer sinais de alerta Identificação de pelo menos um fator protetor Identificação de contactos de apoio Feedback verbal e emocional

	Estratégias de Prevenção de Recaídas Após a Alta (5 minutos)			
--	--	--	--	--



Tratar a causa: 9 em cada 10 mortes por suicídio estão associadas a doença mental

Depressão: a doença mais comum. O risco aumenta com a desesperança, pessimismo e impulsividade.

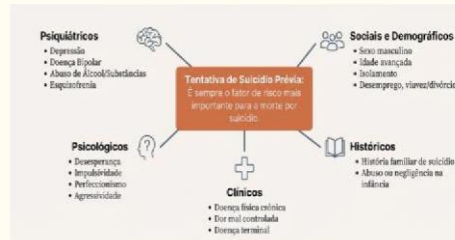
Esquizofrenia: risco mais alto nas fases iniciais e após internamento.

Doença Bipolar: risco elevado, especialmente nas fases depressivas e estados mistos.

Perturbação da Personalidade: especialmente a perturbação borderline, caracterizada pela instabilidade e impulsividade.

Abuso de álcool e substância: fator de risco de extrema importância, aumenta a desinibição e a impulsividade.

Fatores de Risco



"Perguntar sobre suicídio, não precipita o comportamento suicidário."

Sinais de Alarme

Discurso com mensagens de morte, desesperança

Mudanças súbitas de comportamento (isolamento, impulsividade)

Perda de interesse nas atividades habituais



Fatores protetores:

Suporte Social Boa rede familiar e de amigos, relações afetivas estáveis.	Acesso a Cuidados Boa relação terapêutica, acesso a cuidados de saúde mental e física.
Competências Pessoais Boas estratégias de coping e capacidade de resolução de problemas.	Responsabilidades e Propósito Sentido de responsabilidade pela família, filhos em casa.
Crenças Crenças religiosas, culturais ou morais que desencorajam o suicídio.	Qualidade de Vida Emprego, satisfação com a vida.

Estratégias imediatas para lidar com a crise

- Manter seguimento psicológico/psiquiátrico
- Não interromper medicação
- Construir rotina estruturada (Dormir, comer e organizar o dia com horários estáveis)
- Estabelecer rede de apoio (Identificar 2-3 pessoas a quem pedir ajuda se os pensamentos regressarem)
- Evitar isolamento (Sair de casa diariamente nem que seja por 10-15 minutos)
- Procurar atividades que tragam sentido (Ex.: grupos comunitários, atividade física, hobbies simples)
- **Usar linhas de apoio em crise**

Linha Nacional de Prevenção do Suicídio: 1411
SNS24: 808 24 24 24
SOS Voz Amiga: 213 544 545

'Pensamentos de suicídio podem voltar, mas com apoio, prevenção e estratégias, é possível reduzir o risco. Reconhecer os sinais, pedir ajuda e usar o plano de segurança salva vidas.

Não estás sozinho(a)."





Referencias bibliográficas

- Diário de Notícias. (2021). *Em Portugal, suicidam-se três pessoas por dia. Vamos falar sobre isso?* Diário de Notícias.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa nacional de saúde mental: Prevenção do suicídio*. DGS.
- Ministério da Saúde. (2025, setembro). *Linha nacional de prevenção do suicídio (1411): Informação pública sobre o serviço 24h/dia*. SPMS / Ministério da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia orientador de boa prática para a enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiatria*. OE.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). *Vamos falar sobre suicídio? Documento de sensibilização para o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio*. OPP.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024). *Contributo científico OPP: Prevenção do suicídio — Intervenções e políticas públicas efetivas*. OPP.
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Suicide worldwide in the 21st century*. OMS.
- Rádio Renascença. (2025, 4 de setembro). *Nova linha de prevenção do suicídio terá o número próprio 1411*. Renascença Notícias.
- República Portuguesa. (2024, 5 de fevereiro). *Lei n.º 17/2024 — Cria a linha nacional para a prevenção do suicídio e de comportamentos autolesivos*. Diário da República.
- República Portuguesa. (2025, 4 de setembro). *Portaria n.º 291/2025/1 — Regulamentação da linha nacional de prevenção do suicídio e de comportamentos autolesivos*. Diário da República.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (1.ª ed.). Lidel.



Apêndice V- Sessão “Ataque de pânico”

Plano de Sessão de Intervenção Psicoeducação

Atividade: Intervenção psicoeducativa “O pânico”

gudos

Data: 11 de dezembro de 2025 **Horas:** 18h-19h

Duração: 60 min

Formandos:

Objetivo Geral: Promover a compreensão do ataque de pânico e desenvolver competências de autorregulação emocional nos utentes.

Objetivos Específicos	Conteúdos	Métodos	Recursos	Avaliação
Compreender o conceito de ataque de pânico; Reconhecer os sintomas físicos, cognitivos e emocionais; Identificar o ciclo do pânico; Reduzir crenças disfuncionais; Adquirir estratégias práticas de autorregulação; Desenvolver maior tolerância às sensações corporais;	Quebra-gelo (5 minutos) Conceito de pânico e perturbação (10 minutos) Sintomas (10 minutos) Ciclo vicioso do pânico (5 minutos) Estratégias (respiração diafragmática e técnica do 5-4-3-2-1-1) e demonstração da técnica; (15 minutos) Como prevenir (5 minutos)	Exposição oral breve em linguagem simples; Diálogo orientado com os utentes; Demonstração prática de estratégias; Esclarecimento de dúvidas	Apresentação em PowerPoint; Linguagem verbal acessível; Cadeiras; Mesa; Projektor; Computador.	Foram atingidos os objetivos traçados uma vez que o dinamizador conseguiu que os utentes participassem na intervenção. Foram realizados registos da intervenção no SClínico dos utentes que participaram. Participação verbal dos utentes Verbalizaram sintomas de pânico; Realizadas estratégias de forma eficaz; Identificação de contactos de apoio Feedback verbal e emocional

Promover sentimentos de autoeficácia e controlo; Incentivar a adesão ao tratamento.	Pedir ajuda (5 minutos) Reflexão (5 minutos)			
--	---	--	--	--

O Pânico

De inimigo a aliado

Trabalho elaborado: Ana Figueiredo nº 2201

Trabalho realizado sob orientação: Enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria: Tânia Araújo



Sumário

Objetivo Geral
Objetivos específicos
Conceito de ataque de pânico
O que é a perturbação do pânico ?
Sintomas
Ciclo Vicioso que alimenta o pânico
Causas
Estratégias
▪ Respiração diafragmática;
▪ Técnica 5-4-3-2-1
Como prevenir
Quando pedir ajuda
Referências bibliográficas



Objetivos geral:

- Promover a compreensão do ataque de pânico e desenvolver competências de autorregulação emocional nos utentes.

Objetivos específicos:

- Compreender o conceito de ataque de pânico;
- Reconhecer os sintomas físicos, cognitivos e emocionais;
- Identificar o ciclo do pânico;
- Reduzir crenças disfuncionais;
- Adquirir estratégias práticas de autorregulação;
- Desenvolver maior tolerância às sensações corporais;
- Promover sentimentos de autoeficácia e controlo;
- Incentivar a adesão ao tratamento.



O que é um ataque de pânico?

- Episódio súbito de medo intenso;
- Surge de forma inesperada e atinge o pico em poucos minutos.
- Pode ocorrer mesmo sem perigo real.
- Sensações físicas intensas levam muitas pessoas a pensar que estão a ter um AVC, ataque cardíaco ou "a enlouquecer".



O que é a perturbação de pânico?

A pessoa tem ataques de pânico repetidos e inesperados;

A pessoa passa a sentir medo constante de ter novos ataques

Começa a evitar lugares ou situações por receio do pânico

Os ataques de pânico começam a limitar a vida diária

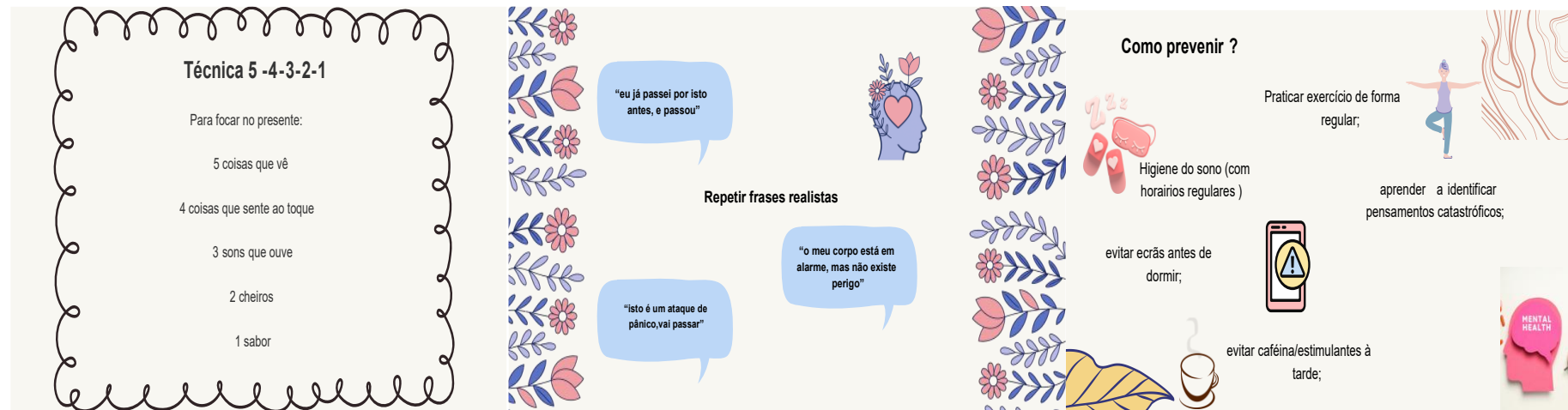
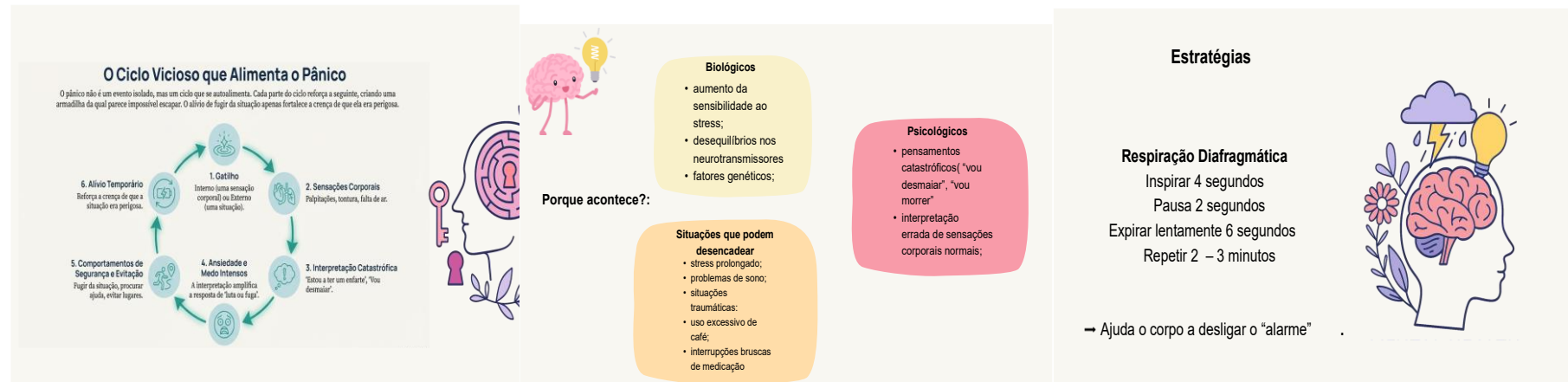



Sintomas de um ataque de pânico:

- Taquicardia, coração acelerado
- Suores
- Tremores
- Sensação de falta de ar ou sufoco
- Medo de perder o controlo, enlouquecer ou morrer
- Tonturas ou sensação de desmaio
- Sensação de irrealidade ou de "desligamento"
- Náuseas ou desconforto abdominal
- Dor ou um aperto no peito

TAKE CARE OF YOUR MIND





Quando devemos pedir ajuda?

- Quando os ataques são frequentes;
- Quando começa a evitar sair de casa;
- Quando interfere com trabalho, estudos ou relações;
- Quando aparece "medo do medo" quando há sintomas depressivos



“o pânico não mata. O que mata é o medo de sentir pânico”



Quando mais evitamos, maior fica o medo

Quanto mais a pessoa enfrenta, mais o cérebro aprende que não há perigo real

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Manual diagnóstico e estatístico das perturbações mentais* (5.ª ed., texto rev.). Artmed.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide* (4th ed.). Oxford University Press.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2008). *Panic disorder and agoraphobia*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (4th ed., pp. 1–64). Guilford Press.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living* (Revised ed.). Bantam Books.
- NICE. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management* (Clinical guideline CG113). National Institute for Health and Care Excellence.
- Öst, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25(5), 397–409. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90017-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90017-9)
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). <https://icd.who.int/>



Apêndice VI- Sessão “Ansiedade”



Ansiedade

Trabalho elaborado: Ana Figueiredo nº 2101

Trabalho realizado sob orientação da enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Objetivo Geral:

Promover a compreensão da ansiedade e ansiedade social e da relação com o consumo de substâncias, incentivando estratégias de coping mais adaptativas.

Objetivos Específicos:

- Ajudar o utente a reconhecer o que é a ansiedade e como se manifesta;
- Identificar sinais físicos, emocionais e comportamentais;
- Compreender a ligação entre ansiedade e consumo de substâncias;
- Refletir sobre alternativas saudáveis ao consumo.



- * A ansiedade é uma reação normal do corpo perante perigo ou stress ou medo.

Torna-se um problema quando é intensa, frequente e interfere na vida diária

Ansiedade Social:

- Medo de estar com outras pessoas;
- Medo de ser avaliado, criticado ou observado;
- Evitar situações sociais



Sintomas Físicos:

- coração acelerado,
- tremores,
- suor,
- falta de ar

Sintomas Emocionais:

- medo,
- vergonha,
- nervosismo

Sintomas Comportamentais:

- evitar pessoas,
- isolamento



A ansiedade patológica é mais do que preocupação; é uma condição incapacitante que interfere com a funcionalidade diária da pessoa.

A ansiedade torna-se uma **Perturbação de Ansiedade (PA)** quando as respostas são exageradas, não desaparecem e pioram com o tempo, causando sofrimento significativo e prejuízo no funcionamento social, escolar e profissional.

Psicológicos

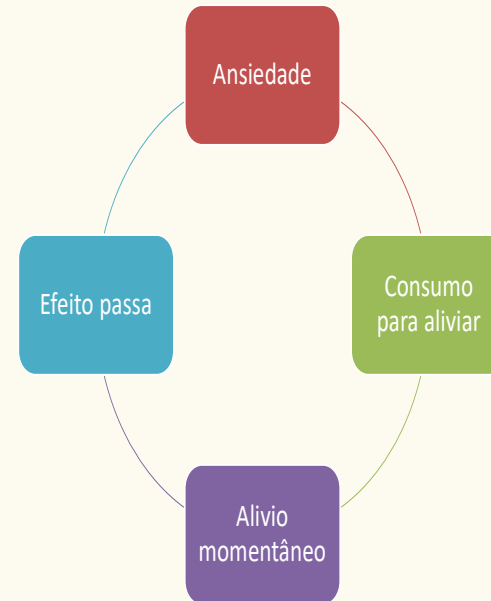


- Preocupação excessiva e apreensão
- Medos desproporcionais
- Comportamentos de evitamento
- Dificuldades de concentração
- Irritabilidade

Somáticos



- Taquicardia e palpitações
- Dispneia (falta de ar)
- Tensão muscular e tremores
- Sudorese
- Náuseas e desconforto gastrointestinal



Respiração Diafragmática

Inspirar 4 segundos

Pausa 2 segundos

Expirar lentamente 6 segundos

Repetir 2–3 minutos



Técnica 5-4-3-2-1

Para focar no presente:

5 coisas que vê



4 coisas que sente ao toque



3 sons que ouve



2 cheiros

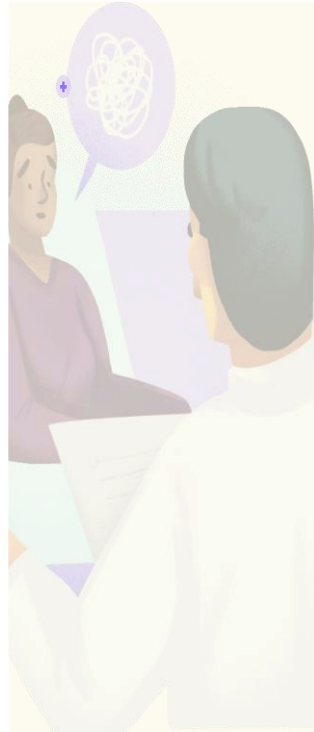


1 sabor



Nota : Pode ser usada antes de falar com alguém, ir a espaços comuns, consultas





Bola Anti-Stress

- Apertar durante 5 segundos;
- Libertar durante 5–10 segundos;
- Repetir 10 vezes

Respiração com Contagem nos Dedos

- Inspirar → subir o dedo;
- Expirar → descer o dedo;
- Repetir dedo a dedo

Temperatura (estimulação suave)

- Lavar o rosto com água fresca;
- Segurar algo fresco nas mãos;
- Beber água devagar

Música Calmante

- Sons calmos;
- Volume baixo;
- Atenção à respiração enquanto ouve;

Evitar músicas muito estimulantes



Foco Visual

- Escolher um objeto;
- Observar durante 1 minuto;
- Notar cor, forma, detalhes

Útil em espaços comuns

Objetos Táteis

- Pedra lisa; Chave; Tecido; Pulseira
- Segurar o objeto;
- Descrever mentalmente a textura, temperatura, forma

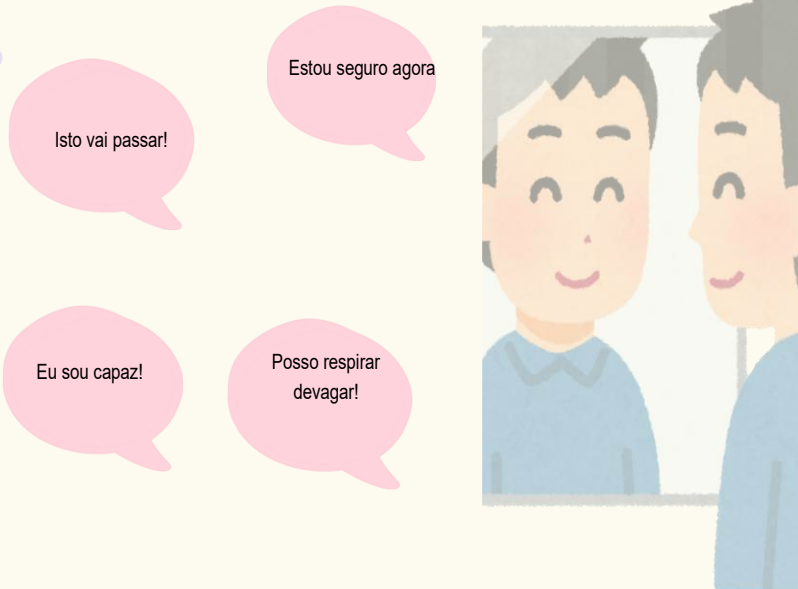


Objetivo: evitar isolamento total

Exemplos graduais:

- Ficar 2–3 minutos num espaço comum;
- Cumprimentar apenas uma pessoa;
- Ficar perto, sem falar





Isto vai passar!

Estou seguro agora

Eu sou capaz!

Posso respirar devagar!

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). DSM-5-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5.ª ed., texto rev.). Artmed.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional de Saúde Mental. DGS
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Soares, L. R. L. P. (2023). Intervenção terapêutica no controlo da ansiedade da pessoa internada com Perturbação Mental [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal; Universidade de Évora; Instituto Politécnico de Beja; Instituto Politécnico de Portalegre; Instituto Politécnico de Castelo Branco]
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções (1ª ed.).Lisboa. Lidel.

Apêndice VII -Sessão aos cuidadores informais” Gestão de crise”

Plano de Sessão de Intervenção Psicoeducativa

Atividade: Intervenção psicoeducativa “Gestão de crise de Dia

Data: 18 de dezembro de 2025

Hora: 14h30-15h30

Duração: 60 min

Formandos: Cuidadores de pessoas com doença mental grave, do hospital de dia

Objetivo Geral: Capacitar os cuidadores para identificar sinais de crise, agir de forma segura e eficaz e promover o bem-estar próprio e do doente durante situações críticas.

Objetivos Específicos	Conteúdos	Métodos	Recursos	Avaliação
Reconhecer sinais de alerta de descompensação ou crise. Aplicar estratégias de prevenção e intervenção em crises. Compreender a importância do autocuidado do cuidador durante crises. Conhecer recursos de apoio e canais de ajuda.	Quebra-gelo (10 minutos) Conceito de Crise(5minutos) Sinais de Alerta (10 minutos) Estratégias de intervenção (15 minutos) Dinâmica de Grupo (10 minutos)	Exposição oral breve em linguagem simples; Dinâmica de grupo (partilha de experiências) Exemplos práticos / situações simuladas Esclarecimento de dúvidas	Apresentação em PowerPoint; Linguagem verbal acessível; Cadeiras; Mesa; Projetor; Computador Canetas Folheto informativo	Foram atingidos os objetivos traçados uma vez que o dinamizador conseguiu que os utentes participassem na intervenção. Participação verbal dos cuidadores Observação da participação e envolvimento do grupo Feedback verbal dos cuidadores

	Associações/ Apoios (5 minutos) Preenchimento dos questionários (5 minutos)			
--	---	--	--	--



Gestão de Crise

Sessão psicoeducativa para grupo de cuidadores do HOSPITAL DE DIA

Trabalho elaborado: Ana Filipa Sousa Figueiredo aluna do MESMP, sob orientação da EESMP- Tânia Araújo

Sumário

- Conceito de Crise
- Sinais de Alerta
- Estratégias de intervenção
- Dinâmica de Grupo
- Associações/ Apoios
- Referencias bibliográficas

Objetivo Geral

Capacitar os cuidadores para identificar sinais de crise, agir de forma segura e eficaz e promover o bem-estar próprio e do doente durante situações críticas.

Objetivos Específicos

- Reconhecer sinais de alerta de descompensação ou crise.
- Aplicar estratégias de prevenção e intervenção em crises.
- Compreender a importância do autocuidado do cuidador durante crises.
- Conhecer recursos de apoio e canais de ajuda.

“Quem aqui já presenciou uma situação de crise com o seu familiar? Como se sentiu?”



O que é uma crise?

Uma crise é uma situação em que os sintomas da doença mental aumentam ou surgem de forma intensa, dificultando o funcionamento diário.



Exemplos de crises:

- Psicose aguda (delírios, alucinações)
- Agitação ou agressividade
- Ideação suicida
- Episódio de depressão grave ou mania



Sinais de alerta

Sinais físicos :

- agitação;
- tremores;
- insônia;
- alterações no apetite.

Sinais emocionais :

- ansiedade intensa;
- irritabilidade;
- choro frequente;
- desespero.

Sinais comportamentais:

- isolamento;
- agressividade verbal ou física;
- abandono de atividades de autocuidado;
- mudanças bruscas de humor.

Estratégias de intervenção

Comunicação durante a crise

- Falar com voz calma e pausada;
- Usar frases curtas e claras;
- Evitar discussões, críticas ou confrontos;
- Demonstrar empatia: "Percebo que estas a sentir-te muito angustiado."

Segurança

- Manter distância segura;
- Retirar objetos perigosos, se possível;
- Não enfrentar fisicamente o doente;
- Priorizar sempre a segurança do cuidador.

Quando procurar ajuda

- Se houver risco para o doente ou terceiros;
- Se não for possível controlar a situação;
- Contactar serviços de emergência ou equipa de saúde mental.

Dinâmica de grupo

Ex: O seu familiar começa a gritar, diz que está a ser perseguido e tenta sair de casa de forma desorganizada.

1. O que fariam primeiro?
2. Como fariam com o vosso familiar?
3. Em que momento pediriam ajuda?



Linhas de Apoio e Contactos Úteis

• Caregivers Portugal – Associação Portuguesa de Cuidadores Apoio, informação, rede de cuidadores e contacto: +351 934 406 015 | geral@caregiversportugal.pt

• Because I Care – Associação de apoio e cuidar de cuidadores Apoio emocional e informação (associação dedicada aos cuidadores)

• Cuidadores Portugal@ – Associação Cuidadores de Portugal Recursos e apoio para quem cuida de familiares.

• DEB – Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares – Associação que também oferece contactos e recursos para famílias/cuidadores.

[Gov.pt](https://gov.pt)

• FamiliarMente – Federação Portuguesa das Associações de Famílias com experiência em doença mental

• **Emergência (todos os casos graves): 112** – número de emergência geral

• **Linha Nacional de Emergência Social: 144** – apoio social imediato.

• **SNS 24: 808 24 24 24** – serviço de saúde 24 h, para orientação clínica e apoio inicial.

• **Linha de Apoio Emocional e de Prevenção do Suicídio (SOS Voz Amiga):** 213 544 545 / 912 802 669 / 963 524 660 (diariamente, 15h30–00h30).

“Cuidar não significa resolver tudo sozinho. Pedir ajuda é um ato de responsabilidade.”

Referencias bibliográficas

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional de saúde mental 2017–2020*. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013–2020*. Direção-Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Código deontológico do enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Sequeira, C. A. C. (2016). *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (2.ª ed.). Lidel.

Sequeira, C. A. C., & Sampaio, F. (2014). Intervenção de enfermagem em situação de crise psiquiátrica. In C. A. C. Sequeira (Ed.), *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (pp. 231–246). Lidel.

Carers Portugal. (2021). *Cuidar de quem cuida: O impacto do cuidar na saúde mental do cuidador informal*. Carers Portugal.

Muito obrigado pela vossa
partilha!

Apêndice VIII- Sessão dos cuidadores informais “Cuidar em 2026”
“Cuidar em 2026”

“Ano novo, cuidar com novos sentidos”.

O que foi difícil no ano passado	O que consegui fazer apesar das dificuldades

Este ano, como cuidador(a), quero tentar:

Uma coisa que preciso cuidar melhor em mim é:

Um sinal de que estou a chegar ao meu limite é:

Apêndice IX- Panfleto de gestão de crise



Associações/Apoios

- Caregivers Portugal – Associação Portuguesa de Cuidadores
Apoio, informação, rede de cuidadores e contacto: +351 934 406 015 | geral@caregiversportugal.pt
- Because I Care – Associação de apoio e cuidar de cuidadores
Apoio emocional e informação (associação dedicada aos cuidadores)
- Cuidadores Portugal© – Associação Cuidadores de Portugal
Recursos e apoio para quem cuida de familiares.
- DEB – Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares
– Associação que também oferece contactos e recursos para famílias/cuidadores. Gov.pt
- FamiliarMente – Federação Portuguesa das Associações de Famílias com experiência em doença mental

Linhas de Apoio e Contactos Úteis

- Emergência (todos os casos graves):112** – número de emergência geral
- Linha Nacional de Emergência Social:144** – apoio social imediato.
- SNS 24: 808 24 24 24** – serviço de saúde 24 h, para orientação clínica e apoio inicial.
- Linha de Apoio Emocional e de Prevenção do Suicídio (SOS Voz Amiga):** 213 544 545 / 912 802 669 / 963 524 660 (diariamente, 15h30–00h30).

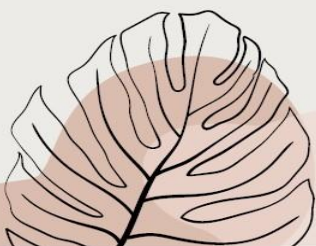
Gestão em CRISE

Realizado por aluna do MEESMP : Ana Figueiredo sob orientação da enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria

Gestão de Crises

O que é uma crise ?

Uma crise é uma situação em que os sintomas da doença mental aumentam ou surgem de forma intensa, dificultando o funcionamento diário.



Sinais de alerta

1

Sinais Físicos

- agitação;
- tremores;
- insônia;
- alterações no apetite.

2

Sinais emocionais:

- ansiedade intensa; irritabilidade;
- choro frequente; desespero.

3

Sinais comportamentais

- isolamento;
- agressividade verbal ou física;
- abandono de atividades de autocuidado;
- mudanças bruscas de humor.

Estratégias de intervenção

Comunicação durante a crise

- Falar com voz calma e pausada;
- Usar frases curtas e claras;
- Evitar discussões, críticas ou confrontos;
- Demonstrar empatia: "Percebo que estas a sentir-te muito angustiado."

Segurança

- Manter distância segura;
- Retirar objetos perigosos, se possível;
- Não enfrentar fisicamente o doente;
- Priorizar sempre a segurança do cuidador.

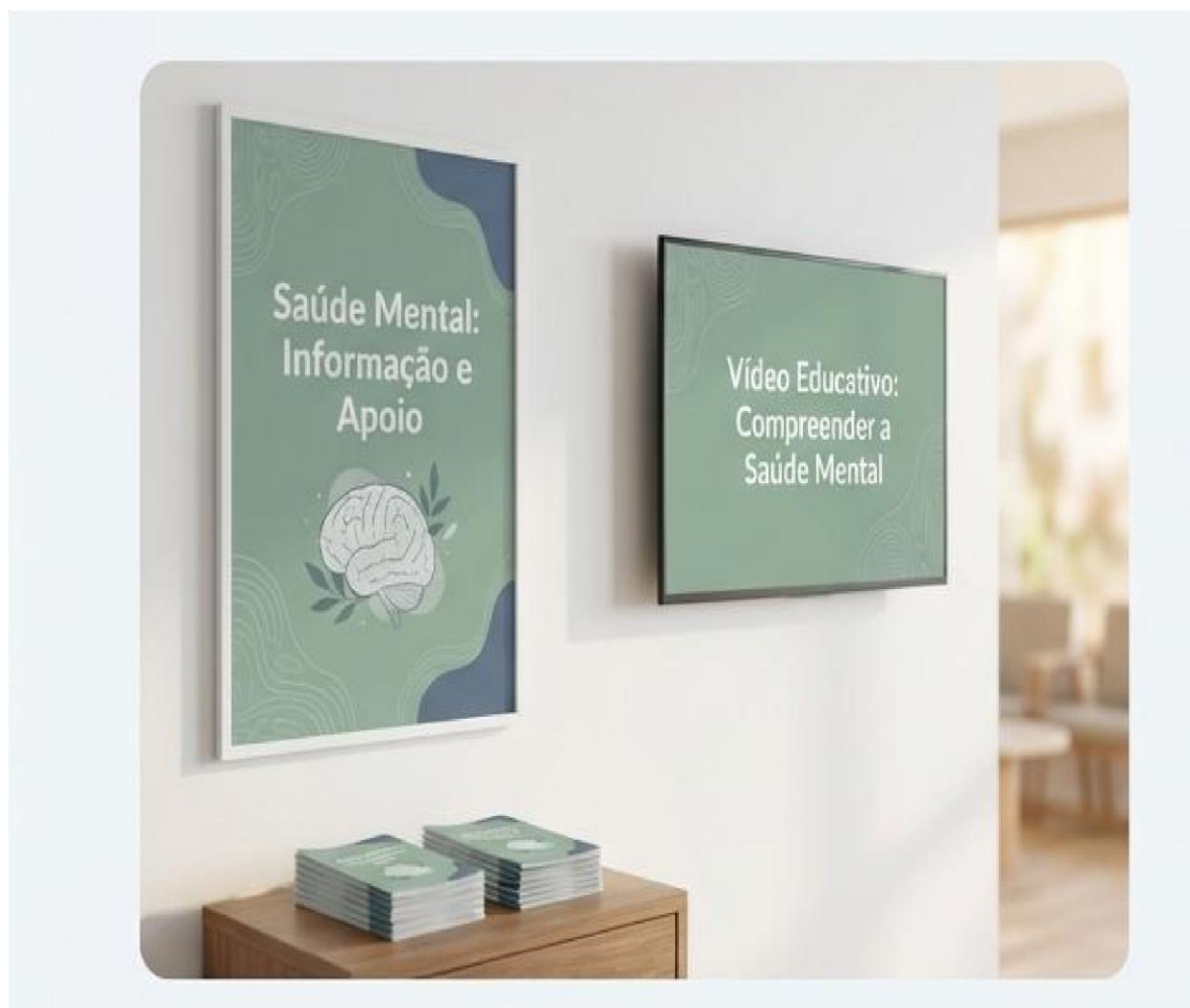
Quando procurar ajuda

- Se houver risco para o doente ou terceiros;
- Se não for possível controlar a situação;
- Contactar serviços de emergência ou equipa de saúde mental.



**Projeto de melhoria continua- “Da Espera à aprendizagem: promoção da
literacia em saúde mental “- Apêndice X**

Projeto melhoria continua-



“Da Espera à aprendizagem: promoção da literacia em saúde menta”I

Janeiro 2026

Da Espera à aprendizagem: promoção da literacia em saúde mental

Introdução

A Saúde Mental, mais especificamente as doenças mentais é uma das áreas da saúde que mais alterações tem sofrido ao longo das últimas décadas. (Santos, 2013).

A saúde mental constitui um pilar essencial do bem-estar individual e coletivo, influenciando a forma como os indivíduos pensam, sentem, agem e se relacionam com os outros (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022) Assim, a saúde mental não se limita à ausência de doença, mas corresponde a um estado de equilíbrio que possibilita lidar com os desafios da vida quotidiana, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020).

A OMS (2013) definiu Literacia em saúde, como: “A Literacia em Saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formular juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida” (OMS, 2013).

A Literacia em Saúde tem assumido, nas últimas décadas, um papel de destaque. Atualmente, apresenta-se como um conceito chave na promoção da saúde e na prevenção e gestão das doenças, designadamente na área das doenças mentais (Figueiral, 2016).

Justificação do tema/ Identificação do problema

No contexto do internamento em psiquiatria, consta-se frequentemente a presença de dúvidas, medos, crenças erradas e estigma relativamente à doença mental. Estas situações contribuem para o aumento da ansiedade, dificuldades de adaptação ao internamento e menor envolvimento da pessoa e da família no processo terapêutico. A baixa Literacia em Saúde Mental constitui um fator de risco para uma gestão inadequada do processo de saúde-doença.

Enquadramento teórico

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a saúde mental não corresponde apenas à ausência de doença, mas a um estado de completo bem-estar, no qual o indivíduo reconhece as suas capacidades, consegue lidar com as exigências da vida quotidiana, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade (OMS, 2022). Assim, pode afirmar-se que a saúde mental constitui base da forma como pensamos, sentimos e agimos no quotidiano.

Segundo Santos (2013), o conceito de LSM foi definido em 1997 por Jorm e colaboradores (Jorm et al., 1997). Esses autores basearam-se na definição de LS proposta por Nutbeam (1993) e estabeleceram diversos objetivos relacionados com a LS no âmbito de várias

doenças físicas. Contudo, não incluíram qualquer referência à LS enquanto estratégia para a promoção e manutenção da saúde mental, evidenciando uma lacuna nesta área específica (Santos, 2023).

A LSM refere-se ao conjunto de conhecimentos e crenças acerca das perturbações mentais que permitem a sua identificação e compreensão. Quando os níveis de LSM são reduzidos, esta condição pode constituir um fator de risco, uma vez que limita a capacidade da pessoa para reconhecer sinais e sintomas, compreender a doença e procurar ajuda adequada. A evidência científica demonstra que uma baixa LSM se associa a dificuldades no processo de tomada de decisão, comprometendo a adesão ao regime terapêutico e a gestão do processo de saúde-doença. Adicionalmente, encontra-se relacionada com consequências negativas ao nível psicossocial, como diminuição da autoestima, redução da perceção de autoeficácia e maior vulnerabilidade emocional. (Santos,2013).

Na sequência da ausência de referência à LSM nas abordagens iniciais à LS, foi proposto o conceito de LSM, definido como o conjunto de conhecimentos e crenças sobre as perturbações mentais que permitem o seu reconhecimento, adequada gestão e prevenção. Este conceito passou a integrar diferentes dimensões, nomeadamente o conhecimento sobre estratégias de prevenção das perturbações mentais, a capacidade de identificar sinais precoces do desenvolvimento de uma perturbação mental, o conhecimento acerca das opções de procura de ajuda e dos tratamentos disponíveis, bem como a compreensão de estratégias eficazes de autoajuda em situações de menor gravidade. Adicionalmente, inclui competências de primeiros socorros em saúde mental, essenciais para apoiar outras pessoas quando estas desenvolvem uma perturbação mental ou se encontram em situação de crise (Jorm et al., 1997; Jorm, 2012, citados por Santos, 2023).

Importa salientar que esta definição não se refere apenas ao conhecimento sobre saúde mental ou perturbações mentais, mas ao conhecimento que as pessoas podem utilizar para adotar medidas práticas em benefício da sua própria saúde mental ou da dos outros (Jorm,2019, citado por Santos,2023).

Mais recentemente, a LSM tem sido conceptualizada como a capacidade de compreender como promover e manter uma saúde mental positiva, conhecer as perturbações mentais e as respetivas opções terapêuticas, reduzir o estigma associado à doença mental e aumentar a eficácia da procura de ajuda. Este conceito inclui saber quando e onde recorrer a apoio especializado, bem como desenvolver competências que favoreçam os cuidados em saúde mental e a autogestão da condição de saúde (Kutcher et al., 2015, citado por Santos,2023).

Esta definição acompanha a evolução do conceito de LS, integrando o estigma e alargando a noção de estratégias de autoajuda proposta por Jorm (2012), ao incorporar a

importância da procura de ajuda eficaz como componente essencial da LSM (Kutcher et al., 2015, citado por Santos, 2023).

Por conseguinte, importa referir que a baixa LSM se assume como um fator de risco, na medida em que se associa a problemas de comunicação entre profissionais de saúde, dúvidas sobre como auxiliar os outros, aumento do estigma relativamente às pessoas com perturbação mental e menor procura de ajuda (Jorm, 2000).

Segundo Santos (2023), a baixa LSM pode conduzir a um atraso no diagnóstico e no tratamento, à falta de adesão ao tratamento prescrito e à perpetuação do estigma social. Assim, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na promoção da literacia em saúde mental. Ao fornecer informações precisas e compreensíveis sobre os problemas de saúde mental, os EESMP capacitam as pessoas a para reconhecer sinais precoces de perturbação mental, procurar ajuda adequada e adotar medidas preventivas.

Uma percentagem significativa da população portuguesa apresenta pelo menos uma perturbação psiquiátrica ao longo da vida, sendo a depressão e a ansiedade as mais frequentes. Estes dados encontram-se em consonância com os relatórios nacionais e internacionais, que alertam para o impacto crescente das perturbações mentais na saúde pública e reforçam a necessidade de estratégias de promoção da saúde mental e prevenção da doença (DGS, 2020; OMS, 2022). Portugal é, de forma consistente, um dos países europeus com maior prevalência de doença mental, reforçando a necessidade de investimento em literacia, prevenção e redução do estigma.

A saúde mental resulta da interação dinâmica de múltiplos fatores, envolvendo dimensões biológicas, psicológicas e sociais/ambientais. Os fatores biológicos e psicológicos incluem aspetos como a genética, a química cerebral, a resiliência, a vulnerabilidade emocional e as competências emocionais. A literatura indica que as predisposições biológicas se combinam com experiências de vida para moldar o risco de desenvolvimento de perturbações mentais. (OMS, 2022).

Por sua vez, os fatores sociais e ambientais incluem as relações familiares, as condições socioeconómicas, o apoio social e comunitário, bem como situações de pobreza, exclusão social e discriminação, habitação e ambiente envolvente. Estes fatores podem tanto proteger como aumentar o risco de doença mental, segundo os modelos psicossociais, atuando como fatores de risco ou de proteção para a saúde mental. (Silva e Ribeiro., 2021).

Os EESMP desempenham um papel importante na redução do estigma associado à saúde mental. Os enfermeiros podem assumir um papel fundamental na educação e sensibilização da população relativamente às perturbações mentais, desmistificando crenças errôneas e fornecendo informações atualizadas. Esta abordagem educativa contribui para a

criação de uma sociedade mais inclusiva e acolhedora, na qual as pessoas com perturbações mentais sejam tratadas com respeito e inclusão, de acordo com a Lei de Saúde Mental (Lei 35/2023, de 21 de julho).

Assim, O presente projeto encontra-se alinhado com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018), que atribui ao EESMP a responsabilidade de desenvolver intervenções de promoção da saúde mental, educação terapêutica, capacitação da pessoa, da família e do cuidador, bem como ações de prevenção da doença e redução do estigma.

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental (2023), reforça a importância do papel desempenhado pelas autoridades nacionais na promoção da saúde e prevenção da doença ao longo de todas as fases do ciclo de vida. Além disso, recomenda-se que as intervenções tenham como principal objetivo a redução do estigma, da discriminação e do desrespeito aos direitos humanos, devendo ainda ser adaptadas às reais necessidades da população.

Portugal destaca-se como um dos países com níveis de LS. Neste contexto, cerca de 65% da população apresenta um nível suficiente de literacia em saúde. O estudo revela ainda que 5% da população possui um nível “excelente”, enquanto apenas 7.5% apresenta níveis adequados e 22% níveis problemáticos de LS. Assim, observa-se um aumento dos níveis de literacia em saúde comparativamente com estudos realizados em anos anteriores (DGS, 2021).

Objetivos

Geral

- Promover a literacia em saúde mental de utentes e visitantes, através de uma intervenção de enfermagem especializada desenvolvida nas salas de espera de um serviço de saúde mental e psiquiatria, enquadrada num projeto de melhoria contínua segundo o ciclo PDCA.

Específicos

- Aumentar o conhecimento sobre saúde mental e doença mental;
- Reduzir mitos e estigmas associados ao internamento psiquiátrico;
- Facilitar a compreensão do processo de internamento;
- Capacitar familiares e cuidadores para o apoio à pessoa com doença mental;
- Promover a procura adequada de ajuda especializada.

Enfoque na Literacia e Informação

- Avaliar o nível de conhecimento dos familiares sobre saúde mental e identificar lacunas informativas.
- Disponibilizar conteúdos educativos claros e acessíveis sobre saúde mental nos espaços de espera/ visitas.
- Promover a compreensão dos sinais de alerta e das estratégias de apoio à pessoa com doença mental.

Enfoque na Redução do Estigma

- Sensibilizar os familiares para a importância da saúde mental, desconstruindo mitos e preconceitos.
- Fomentar atitudes positivas e inclusivas em relação às pessoas com doença mental.

Enfoque na Adesão Terapêutica

- Informar os familiares sobre a relevância da adesão ao tratamento e do papel da família no processo terapêutico.
- Disponibilizar orientações práticas para apoiar a pessoa doente na continuidade do tratamento.

Enfoque no Autocuidado Familiar

- Promover estratégias de autocuidado para familiares que lidam com situações de doença mental;
- Facilitar o acesso a recursos e serviços de apoio psicológico destinado aos familiares.

Enfoque na Avaliação

- Avaliar a eficácia da intervenção através de questionários aplicados antes e após a implementação dos materiais educativos.

População- alvo

- Pessoas internadas no serviço de saúde mental;
- Profissionais de saúde;
- Familiares e cuidadores;
- Visitantes do internamento;
- Comunidade hospitalar.

Metodologia/atividades

Alinhamento do Objetivo com o Ciclo PDCA

Plan: identificar necessidades de LSM de utentes e visitantes e planear uma intervenção educativa adequada ao contexto da sala de espera

Do: implementar a intervenção de enfermagem especializada durante o período de estágio

Check: avaliar o impacto da intervenção ao nível do conhecimento, compreensão e satisfação dos participantes

Act: reformular e otimizar a intervenção com base nos resultados obtidos, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A metodologia adotada assenta numa abordagem descritiva e interventiva, visando descrever o processo de desenvolvimento das intervenções e avaliar os resultados das intervenções psicoeducativas. Para atingir este objetivo, o projeto recorre à implementação de intervenções psicoeducativas, enquanto estratégias educativas dirigidas à população. Esta abordagem de intervenção-ação tem como objetivo o desenvolvimento de competências do EESMP.

Trata-se de um projeto de intervenção em contexto institucional, com carácter educativo, contínuo e preventivo, orientado para a promoção da saúde mental e para a redução do estigma associado à doença mental.

Para a concretização do projeto serão utilizados os seguintes métodos:

- método expositivo-informativo, através da utilização de posters e cartazes educativos;
- método participativo, através do esclarecimento informal de dúvidas durante o contacto com pessoas internadas.
- método psicoeducativo, integrando conteúdos baseados em evidência científica adaptados ao nível de literacia da população.

Diagnóstico de situação (Análises de necessidades)

O diagnóstico de situação constituiu a fase inicial do projeto de melhoria contínua, utilizando o ciclo PDCA.

O ciclo PDCA (Plan–Do–Check–Act) é uma metodologia de gestão orientada para a melhoria contínua da qualidade, amplamente utilizada em diferentes contextos organizacionais. Este modelo baseia-se num processo cíclico e sistemático que permite planejar ações, executá-las, avaliar os resultados obtidos e agir de forma corretiva ou preventiva, promovendo a melhoria sustentada dos processos (Carvalho, 2012).

O ciclo PDCA encontra-se atualmente integrado em diversos modelos de gestão da qualidade e constitui um dos pilares das normas internacionais, nomeadamente da ISO 9001, sendo amplamente adotado por organizações portuguesas (IPQ, 2015).

O ciclo PDCA é composto por quatro fases interligadas:

Planear (Plan):

Esta fase consiste na identificação do problema ou oportunidade de melhoria, na análise das causas e na definição de objetivos e ações a implementar. O planeamento deve ser sustentado em dados fiáveis e alinhado com a estratégia organizacional, uma vez que condiciona o sucesso das fases subsequentes (Carvalho e Rego., 2010).

Executar (Do):

Na fase de execução, o plano definido é implementado, preferencialmente em contexto controlado ou piloto. É fundamental garantir o envolvimento dos colaboradores e o registo sistemático da informação relevante, permitindo uma avaliação rigorosa dos resultados.

Verificar (Check):

Esta etapa corresponde à análise e avaliação dos resultados obtidos, comparando-os com os objetivos inicialmente definidos. A verificação permite identificar desvios, avaliar a eficácia das ações e recolher evidências para suportar a tomada de decisão (Pires, 2012).

Agir (Act):

Com base na avaliação realizada, são implementadas ações corretivas ou de melhoria. Quando os resultados são positivos, as práticas adotadas são padronizadas, caso contrário, o ciclo reinicia-se, promovendo ajustes contínuos.

O principal objetivo do ciclo PDCA é promover a melhoria contínua dos processos, aumentando a eficiência, a eficácia e a qualidade dos serviços. A sua aplicação favorece uma abordagem estruturada à resolução de problemas, assente na análise crítica e na aprendizagem organizacional (Carvalho, 2012).

O diagnóstico da situação enquadra-se na etapa Plan do ciclo PDCA, tendo como objetivo identificar as necessidades de LSM de utentes e visitas, bem como as condições internas e

externas que poderiam influenciar a implementação da intervenção nas salas de espera do serviço de saúde mental e psiquiatria.

Identificação das Áreas Prioritárias

Para a identificação das áreas prioritárias de intervenção, foi aplicado um questionário estruturado a utentes e visitantes do serviço de saúde mental e psiquiatria, com carácter anónimo e voluntário. O instrumento teve como finalidade avaliar o nível de conhecimento, percepções e necessidades de informação em saúde mental.

O questionário inclui-a questões relativas ao conhecimento sobre saúde mental, às principais fontes de informação utilizadas, à percepção da existência de estigma associados às doenças mentais, aos temas sobre os quais gostariam de obter informação e às formas preferenciais de acesso à informação. Incluía ainda uma questão relativa à importância atribuída à LSM.

Foram utilizados questionários digitais, através da plataforma Google Forms implementados durante um fim de semana, na sala de espera do internamento, participaram dezassete pessoas.

A análise do contexto do serviço evidencia a necessidade de intervenções educativas simples, acessíveis e contínuas, dirigidas a pessoas internadas, familiares, cuidadores e visitantes.

A análise dos dados obtidos permitiu identificar lacunas significativas ao nível da LSM, destacando-se como áreas prioritárias a dificuldade no reconhecimento precoce de sinais de alerta, a persistência de crenças estigmatizantes associados à doença mental e a informação limitada sobre recursos de apoio e vias de acesso aos cuidados de saúde mental.

Estes resultados fundamentaram a definição dos conteúdos e das estratégias educativas a implementar nas salas de espera.

Análise e Interpretação dos resultados

Com o objetivo de complementar o diagnóstico de situação e apoiar o planeamento estratégico da intervenção, foi realizada uma análise SWOT, permitindo identificar fatores internos e externos que influenciam o desenvolvimento do projeto.

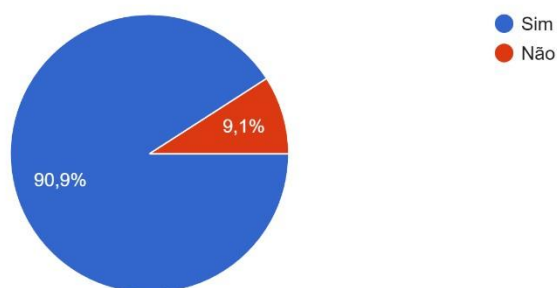


Gráfico 1- “alguma vez ouviu o termo saúde mental?”

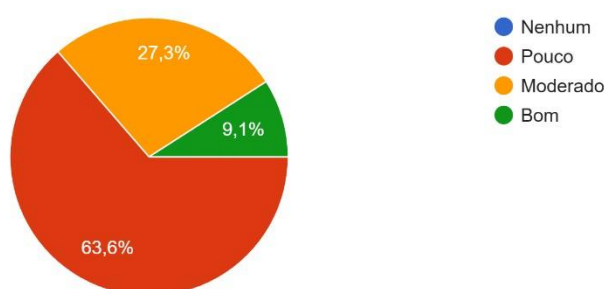


Gráfico 2- nível de conhecimento sobre saúde mental

Conforme apresentado na Figura 1, a maioria dos inquiridos (94,1%) refere já ter ouvido falar do termo saúde mental. Contudo, a autoavaliação do nível de conhecimento revela que 52,9% consideram possuir pouco conhecimento, 35,3% referem um conhecimento moderado e apenas 11,8% avaliam o seu conhecimento como bom (Figura 2). Estes resultados evidenciam uma discrepância significativa entre o reconhecimento do conceito e a compreensão efetiva da temática, refletindo níveis reduzidos de literacia em saúde mental, tal como descrito na literatura (OMS, 2013; DGS, 2020).

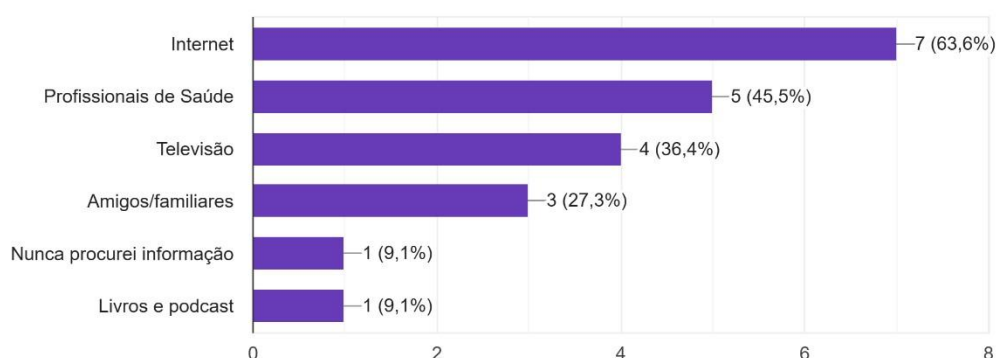


Gráfico 3- meios de obter a informação

Relativamente às fontes de informação utilizadas (Figura 3), a internet surge como o principal meio de acesso à informação (76,5%), seguida dos profissionais de saúde (41,52%) e

da televisão (23,5%). Uma percentagem significativa dos participantes recorre ainda a amigos e familiares (17,6%), enquanto 5,9% refere nunca ter procurado informação sobre saúde mental. Estes dados reforçam a necessidade de disponibilizar informação fidedigna, acessível e cientificamente validada, reduzindo a exposição a conteúdos incorretos ou descontextualizados, frequentemente associados a fontes informais ou digitais.

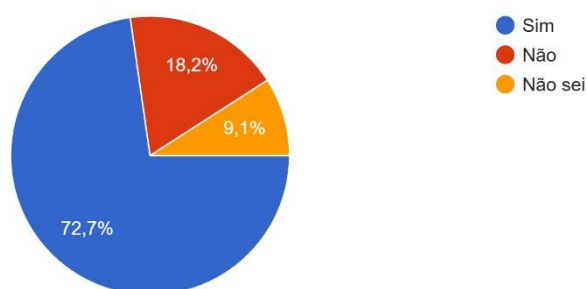


Gráfico 4 - Estigma associado à saúde mental

No que concerne à perceção do estigma, conforme ilustrado na Figura 4, a maioria dos inquiridos (82,4%) considera existir estigma associado às doenças mentais, o que vai ao encontro da evidência científica que identifica o estigma como um fator condicionante da procura de ajuda e da adesão terapêutica (Santos, 2013). A presença de respostas de incerteza (9,1%) sugere igualmente algum desconhecimento relativamente ao impacto psicossocial da doença mental, reforçando a pertinência de intervenções educativas nesta área.

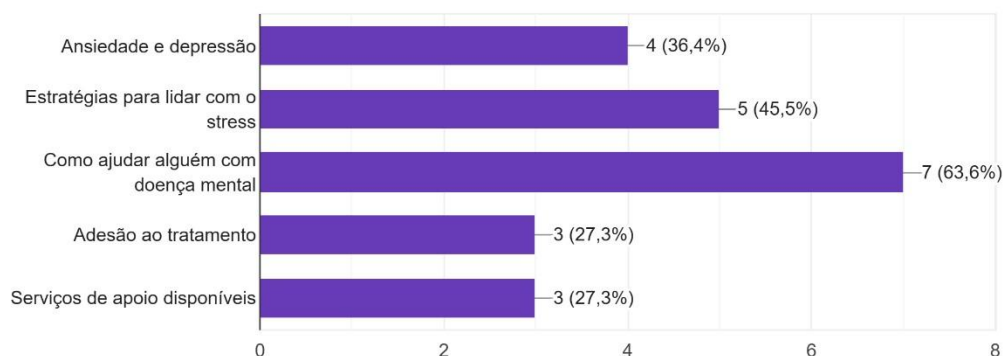


Gráfico 5- Necessidades de informação identificadas

Relativamente às necessidades de informação identificadas (Figura 5), destaca-se o interesse por conteúdos relacionados com a forma de ajudar alguém com doença mental (63,6%), estratégias para lidar com o stress (45,5%) e temas relacionados com ansiedade e depressão (36,4%). Estes resultados evidenciam a centralidade do papel da família e dos cuidadores no apoio à pessoa com doença mental, bem como a necessidade de capacitação

para uma participação ativa no processo terapêutico, em consonância com os princípios da promoção da literacia em saúde mental.

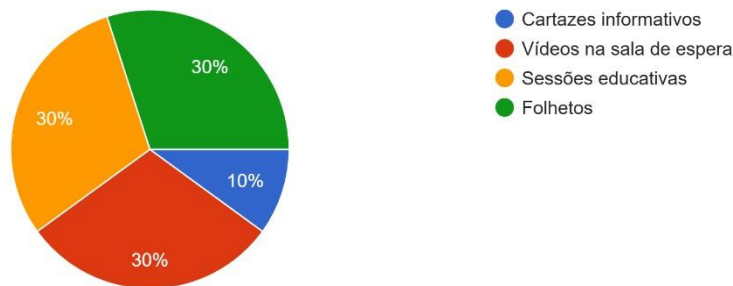


Gráfico 6- formas preferenciais de acesso à informação.

Quanto às formas preferenciais de acesso à informação (Figura 6), os participantes indicaram uma distribuição equilibrada entre vídeos na sala de espera (30%), sessões educativas (30%) e folhetos informativos (30%), o que sustenta a adoção de uma abordagem multimodal, adaptada ao contexto hospitalar e aos diferentes níveis de literacia da população.

O diagnóstico de situação evidenciou a existência de necessidades claras de intervenção ao nível da LSM, bem como condições favoráveis à implementação de uma intervenção educativa nas salas de espera. A conjugação dos resultados do questionário com a análise SWOT permitiu sustentar o planeamento de uma intervenção ajustada ao contexto, orientada para áreas prioritárias e passível de avaliação e melhoria contínua.

Análise Swot

Forças	Fraquezas
Projeto alinhado com orientações nacionais e internacionais (OMS, DGS, Guia de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental). Base científica sólida, sustentada em evidência atual. Intervenção simples, acessível e de baixo custo, facilitando a implementação. Envolvimento direto da equipa de enfermagem, nomeadamente do EESMP. Utilização de múltiplas estratégias educativas (cartazes, folhetos, conteúdos audiovisuais, contacto informal). Foco na redução do estigma, na adesão terapêutica e no autocuidado familiar. Integração da avaliação pré e pósintervenção, permitindo medir o impacto. Baixos níveis de literacia em saúde mental (63,6% com pouco conhecimento). Dependência de fontes informais ou digitais nem sempre validadas. Presença significativa de estigma associado à doença mental.	A intervenção dependente da disponibilidade e motivação da equipa de enfermagem. Alcance limitado a familiares e visitantes presentes no internamento, excluindo outros contextos comunitários. Possível variabilidade no nível de literacia da população-alvo, dificultando a uniformização dos conteúdos. Tempo de intervenção relativamente curto (2 meses). Avaliação maioritariamente qualitativa, podendo limitar a robustez dos resultados quantitativos. Dependência de recursos institucionais (TV e espaços físicos disponíveis). Elevada recetividade à obtenção de mais informação. Preferência por estratégias educativas já previstas no projeto (cartazes, vídeos, folhetos, sessões educativas). Reconhecimento do estigma, associado à doença mental, facilitando a intervenção educativa.
Oportunidades	Ameaças
Crescente valorização da saúde mental na sociedade e nas políticas de saúde. Possibilidade de replicação do projeto noutros serviços ou instituições de saúde.	Resistência cultural e persistência do estigma associado à doença mental. Sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, podendo comprometer a continuidade do projeto.

Potencial integração do projeto em programas institucionais contínuos de promoção da saúde. Utilização de plataformas digitais para ampliar o alcance (QR Codes, conteúdos online). Contribuição para o desenvolvimento de competências profissionais do EESMP, enquanto agente de promoção da LSM. A redução do estigma pode melhorar a adesão terapêutica e a experiência de internamento. Interesse evidente dos familiares em adquirir competências para apoiar a pessoa com doença mental. Potencial para transformar os espaços de espera em ambientes educativos e promotores de saúde.	Limitações orçamentais para impressão e atualização dos materiais educativos. Falta de interesse ou disponibilidade dos familiares durante períodos de maior stress emocional. Possíveis alterações organizacionais no serviço que dificultem a manutenção da intervenção.
--	---

Tabela 1- Análise Swot

Este diagnóstico encontra-se alinhado com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018), que atribui ao EESMP a responsabilidade de desenvolver intervenções de promoção da saúde mental, educação terapêutica, capacitação da pessoa, da família e do cuidador, bem como ações de prevenção da doença e redução do estigma, reforçando o enquadramento e a relevância do presente projeto.

Este projeto enquadra-se nas competências do EESMP, nomeadamente na promoção da saúde mental, na capacitação da pessoa e da família e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Planeamento da Intervenção de Enfermagem Especializada

A intervenção foi planeada para ser desenvolvida nas salas de espera, enquanto espaços estruturados de aprendizagem, recorrendo a estratégias educativas compatíveis com o tempo de permanência dos utentes e com o ambiente do serviço.

Foram definidos os seguintes elementos:

Tipo de intervenção: intervenção educativa de enfermagem especializada, de carácter informativo e promotora da literacia em saúde mental;

Estratégias: disponibilização de materiais educativos escritos e visuais, com linguagem clara, objetiva e adaptada ao público-alvo;

Conteúdos: selecionados de acordo com as áreas prioritárias identificadas;

Periodicidade: contínua durante o período de estágio;

Responsável pela intervenção: enfermeiro-estagiário, sob supervisão do enfermeiro especialista/orientador.

A fase Plan permitiu estruturar uma intervenção de enfermagem especializada fundamentada nas necessidades reais da população-alvo e nas características do contexto, assegurando coerência entre o diagnóstico de situação, os objetivos definidos e as estratégias planeadas. Este planeamento constituiu a base para a implementação da intervenção na fase Do, garantindo a sua orientação para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde mental.

Fase Do – Implementação da Intervenção

A fase Do consistiu na implementação da intervenção educativa de enfermagem especializada nas salas de espera do serviço de saúde mental e psiquiatria, com o objetivo de promover a literacia em saúde mental de utentes e visitantes, transformando o tempo de espera num momento de aprendizagem e capacitação.

Recursos necessários

Para a implementação do projeto de promoção da Literacia em Saúde Mental em contexto de internamento hospitalar, tornam-se necessários recursos humanos, materiais e organizacionais, garantindo a viabilidade, sustentabilidade e qualidade da intervenção.

Recursos Humanos

- **Equipa de enfermagem**: para aplicar questionários e sensibilizar Familiares;
- **Designer ou apoio gráfico**: [REDACTED] e Enfermeira Ana, responsáveis pela criação de cartazes, folhetos, vídeos;
- **Técnico de informática ou audiovisual**: para configurar conteúdos na Televisão;
- **Supervisor ou orientador**: para validação dos materiais e acompanhamento do projeto.

Recursos Materiais

- **Cartazes informativos**: impressos em formato A3 ou A2.
- **Folhetos educativos**: para distribuição aos familiares.
- **Questionários**: Digitais (Google Forms).

- **Quadro ou suporte para afixar cartazes:** nas salas de espera e visitas.

Recursos Tecnológicos

- **Televisão ou monitor** já existente nas salas de espera.
- **Pen USB ou computador** para carregamento de vídeos educativos.
- **Software de design** (Canva e PowerPoint): para elaboração dos materiais visuais.
- **Plataforma digital** (Google Forms): para recolha e análise de dados.

Recursos Financeiros (se aplicável)

- Impressão de cartazes e folhetos.
- Eventual aquisição de suportes ou molduras para cartazes.

Contexto e População-Alvo

A intervenção decorreu nas salas de espera do serviço de saúde mental e psiquiatria, dirigindo-se a utentes e visitantes/acompanhantes presentes durante os períodos de visita ao internamento e na sala de espera do hospital de dia. A intervenção foi desenvolvida ao longo do período de estágio, respeitando a dinâmica e o funcionamento do serviço.

Implementação das Estratégias Planeadas

Em consonância com o planeamento definido na fase Plan, foram implementadas as seguintes estratégias:

- Disponibilização de materiais educativos em formato escrito e visual, com linguagem clara, acessível e adequada aos diferentes níveis de literacia;
- Organização dos materiais de forma visível e apelativa, facilitando o acesso e a leitura durante o tempo de espera;
- Seleção de conteúdos centrados nas áreas prioritárias previamente identificadas:
 1. Ansiedade e depressão;
 2. Estratégias para lidar com o stress;
 3. Como ajudar alguém com doença mental;
 4. Adesão ao tratamento;
 5. Serviços de apoio disponíveis.

Sempre que possível, o enfermeiro supervisor e o estudante devem complementar os materiais disponibilizados com esclarecimentos pontuais, respeitando os princípios da comunicação terapêutica, a privacidade e o ritmo de cada utente ou visitante.

Monitorização Durante a Implementação

A fase Do permite operacionalizar o planeamento definido na fase Plan, assegurando a implementação de uma intervenção educativa coerente com as necessidades identificadas e com os objetivos do projeto. A intervenção desenvolvida nas salas de espera deve revelar uma estratégia viável e integrada na prática de enfermagem especializada, criando as condições necessárias para a avaliação sistemática na fase seguinte do ciclo PDCA.

Ao longo da fase Do, deve ser realizada uma monitorização contínua e informal da intervenção, permitindo:

- observar a adesão dos utentes e visitas aos materiais educativos;
- identificar dificuldades de compreensão ou desinteresse;
- registar situações que careciam de ajustamento posterior.

Esta monitorização constituiu um contributo fundamental para a fase Check, assegurando a recolha de informação relevante para a avaliação da intervenção.

Enquadramento da Não Realização da Fase Check

Apesar de o projeto ter sido concebido no âmbito de um ciclo de melhoria contínua PDCA, a fase Check (avaliação sistemática dos resultados) não foi realizada durante o período de estágio. Esta decisão deveu-se a condicionantes temporais inerentes à duração do estágio, bem como à necessidade de um período de implementação mais prolongado que permitisse avaliar, de forma consistente, o impacto da intervenção ao nível da LSM.

Considerando que a intervenção foi implementada numa fase avançada do estágio, a recolha de dados de avaliação poderia comprometer a validade dos resultados, não refletindo de forma fidedigna os efeitos da intervenção. Assim, optou-se por privilegiar uma implementação estruturada e contextualizada, assegurando as condições necessárias para uma avaliação futura mais robusta.

Perspetiva de Avaliação Futura pelo Serviço de Origem

A avaliação da intervenção ficará a cargo do serviço de saúde mental e psiquiatria de origem, no âmbito dos seus processos internos de monitorização e melhoria contínua da qualidade.

Deste modo, a fase Check poderá ser desenvolvida pelo serviço após um período de consolidação da intervenção, possibilitando:

- avaliar o impacto da intervenção na literacia em saúde mental de utentes e visitantes;
- identificar oportunidades de melhoria
- sustentar a tomada de decisão relativamente à manutenção, reformulação ou expansão da intervenção.

Fase Check – Avaliação da Intervenção (Perspetiva Futura)

A fase **Check** corresponde à avaliação sistemática da intervenção implementada, permitindo analisar o impacto da intervenção sobre a literacia em saúde mental de utentes e visitantes. Considerando que a implementação ocorreu durante o estágio, a avaliação formal será realizada posteriormente pelo serviço de saúde mental e psiquiatria de origem, utilizando indicadores definidos de forma clara, objetiva e mensurável.

Indicadores

Percentagem de utentes

Indicador	Descrição	Meta (SMART)	Método de Avaliação	Periodicidade / Temporalidade
Conhecimento sobre sinais de alerta em saúde mental	Percentagem de utentes e visitas que conseguem identificar pelo menos três sinais de alerta de problemas de saúde mental	≥70% de respostas corretas	Questionário pós-intervenção	4 semanas após a implementação
Capacidade de aplicar estratégias de autocuidado	Percentagem de utentes e visitas capazes de enumerar pelo menos duas estratégias simples de promoção da saúde mental	≥60% de respostas corretas	Questionário ou entrevista breve	Mensalmente, pelo serviço
Satisfação com a intervenção	Percentagem de utentes e visitas que classificam a intervenção como útil ou muito útil	≥80% de respostas ≥4 numa escala Likert 1–5	Questionário de satisfação	Após o período de implementação definido pelo serviço

Cronograma do Projeto (Duração: 2 meses)

Fase	Atividades	Prazo
1. Planeamento	-Definir objetivos e indicadores -Elaborar questionário diagnóstico	Semana 1
2. Diagnóstico	-Aplicar questionário aos familiares - Analisar resultados	Semanas 2 e 3
3. Desenvolvimento	-Criar materiais educativos (cartazes, folhetos, vídeos) - Validar conteúdos com equipa	Semanas 4 e 5
4. Implementação	-Afixar cartazes e distribuir folhetos - Ativar conteúdos na TV	Semana 6
5. Avaliação	- Aplicar questionário pós-intervenção - Comparar resultados pré e pós	Semana 7
6. Relatório Final	- Redigir relatório com conclusões e sugestões	Semana 8

Avaliação

A avaliação do projeto será realizada de forma contínua e qualitativa, com base na observação do interesse e adesão dos utilizadores; no feedback informal de doentes, familiares e cuidadores, na reflexão crítica da equipa de enfermagem quanto à utilidade e impacto da intervenção.

Avaliação da Implementação

- **Checklist:** Verificar se os materiais foram colocados nos locais definidos (cartazes, folhetos, TV).
- **Indicador:** 100% das salas com materiais visíveis.
- **Método:** Observação direta + registo fotográfico.

Considerações finais

Este projeto constitui uma estratégia simples, sustentável e alinhada com as competências do EESMP, contribuindo para a promoção da LSM para a redução do estigma e para a melhoria da experiência de internamento.

A LSM corresponde ao conjunto de conhecimentos, competências e atitudes que permitem reconhecer sinais e sintomas, compreender a doença mental, apoiar o tratamento e procurar ajuda adequada. Níveis reduzidos de literacia estão associados ao aumento do estigma, à adoção de comportamentos inadequados e ao atraso na procura de cuidados de saúde podendo conduzir a diagnósticos tardios. Neste sentido, níveis mais elevados de LSM por parte da pessoa cuidadora contribuem para um melhor prognóstico do doente e para a redução da sobrecarga e sofrimento do cuidador.

Os EESMP desempenham um papel fundamental na promoção prática da LSM, através da educação terapêutica da comunicação clara e do suporte emocional prestado à pessoa, familiares e cuidadores.

Embora a fase Check não tenha sido concretizada durante o período de estágio, o presente projeto contribuiu de forma significativa para as fases Plan e Do do ciclo PDCA, deixando estruturadas as bases necessárias futuras para a avaliação e melhoria contínua da intervenção. Este contributo evidencia o papel do EESMP na conceção e implementação de intervenções promotoras da qualidade dos cuidados, alinhadas com as necessidades do contexto e com os princípios da melhoria contínua.

Referências Bibliográficas

- Carvalho, J. C. (2012). *Gestão da Qualidade: Teoria e Prática*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Carvalho, J. C., & Rego, A. (2010). *Manual de Gestão da Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Plano Nacional de Saúde Mental 2020–2030*. DGS.
- Ordem dos Enfermeiros, (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Portugal
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Relatório de Saúde Mental em Portugal*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde Mental 2023-2030*. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt>
- European Commission. (2023). *Mental health in the EU: Priorities and actions*. <https://health.ec.europa.eu>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2020). *Saúde Mental em Portugal: Desafios e Estratégias*. Lisboa: FCG.
- Instituto Português da Qualidade (IPQ). (2015). *NP EN ISO 9001:2015 – Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos*. Caparica: IPQ.
- Jorm, A. F. (2020). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 75(7), 911–924. <https://doi.org/10.1037/amp0000723>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Competências e práticas*. Lisboa: OE. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros, (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros. Portugal.

Pires, A. R. (2012). *Sistemas de Gestão da Qualidade: Ambiente e Segurança*. Lisboa: Edições Sílabo.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2018). Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental.

Programa Nacional para a Saúde Mental. (2021). *Guia de Boas Práticas em Saúde Mental*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Regulamento n.º 515/18 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º151.

Santos, D. S. M. dos. (2023). *Literacia em Saúde Mental – Percurso para o desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Silva, M., & Ribeiro, O. (2021). Determinantes sociais da saúde mental em Portugal. *Revista de Saúde Mental e Comunitária*, 7(1), 55–70.

World Health Organization. (2022). *Mental health: Strengthening our response*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengtheningour-response>

Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>

1

O que é a depressão?

A depressão é uma condição de saúde mental que afeta o humor, os pensamentos e o comportamento.

Não é sinal de fraqueza nem falta de vontade, e pode afetar qualquer pessoa.

2

Sintomas

- Tristeza persistente ou sensação de vazio
- Falta de energia
- Perda de interesse nas atividades
- Alterações do sono e do apetite
- Dificuldade de concentração
- Pensamentos negativos sobre si próprio ou o futuro

3

O que fazer no dia a dia...

- Manter uma rotina diária
- Estabelecer pequenos objetivos realistas
- Evitar o isolamento
- Falar sobre o que sente com alguém de confiança
- Aceitar apoio familiar e social
- Seguir o plano terapêutico indicado pelos profissionais de saúde



4

Quando procurar ajuda...

- Quando os sintomas duram várias semanas
- Quando interferem com a vida pessoal, familiar ou profissional
- Quando surgem pensamentos de desesperança ou autoagressão

5

Tratamento:

Medicamentos antidepressivos, não têm efeito imediato, pode demorar 4 a 6 semanas, até começar a sentir melhoria.

As intervenções psicoterapêuticas são particularmente úteis nas situações ligeiras e reativas às adversidades da vida.

Como lidar com o stress?



O stress é uma resposta normal do nosso corpo quando nos sentimos sobrecarregados ou em perigo.



SINAIS COMUNS DE STRESS

- Ansiedade
- Dificuldade em dormir
- Irritabilidade
- Tensão no corpo
- Pensamentos acelerados



ESTRATEGIAS

Respirar devagar ajuda a acalmar o corpo

- Inspire pelo nariz (4 segundos)
- Expire pela boca (6 segundos)



Escute o seu corpo

- Alongue braços e pernas;
- Relaxe os ombros;
- Feche os olhos por alguns segundos



Pequenas rotinas ajudam a reduzir o stress

- Horários regulares
- Cuidados pessoais
- Atividades simples e agradáveis



Não precisa lidar com tudo sozinho/a

Fale com um profissional ou alguém de confiança

Cuidar da saúde mental é um passo importante
Um dia de cada vez

Como ajudar a pessoa com doença mental?

A doença mental não é uma escolha.

Tal como outras doenças, precisa de cuidado, tempo e apoio.



01

Escutar é ajudar

- Ouça com atenção
- Deixe a pessoa falar
- Evite julgamentos ou críticas

"Estou aqui para te ouvir"



Mostre apoio

- Seja paciente
- Demonstre presença
- Respeite o ritmo da pessoa

Pequenos gestos transmitem segurança.

02



Evite frases que magoam

03

"Isso é falta de força de vontade"
"Pensa positivo"
"Há pessoas pior"

✓ Prefira dizer:

"Imagino que esteja a ser difícil"



Apoiar é um ato de cuidado.

A recuperação é possível, com tempo, respeito e ajuda.



04

Se a pessoa estiver muito agitada ou confusa:

- Mantenha a calma
- Fale devagar e com tom tranquilo
- Procure apoio da equipa de saúde

Estratégia simples para momentos de ansiedade

Quando sentir a ansiedade a aumentar:

- Pare por um momento e sente-se confortavelmente
- Inspire pelo nariz contando até 4
- Segure o ar 2 segundos
- Expire lentamente pela boca contando até 6
- Repita durante 3 a 5 minutos

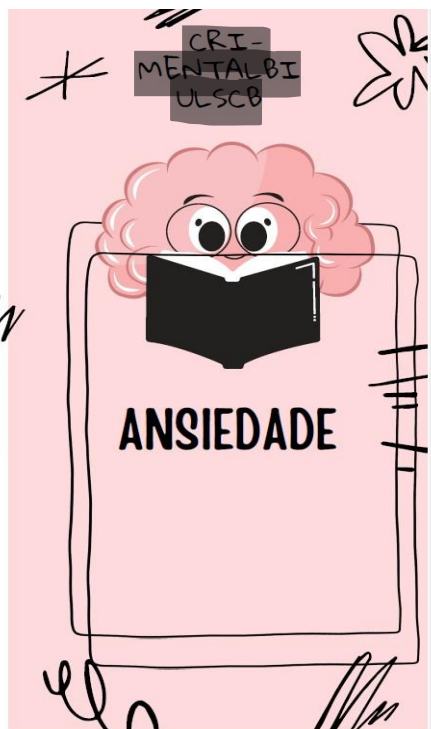
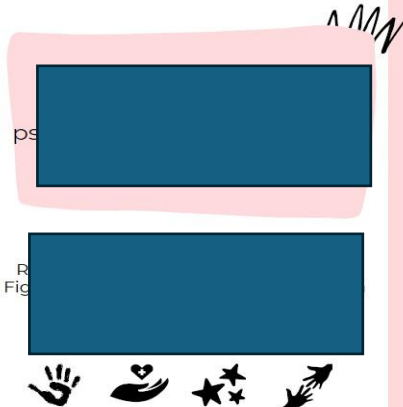
Nota: coloque uma mão no peito e outra no abdómen. Tente fazer com que a mão do abdómen se mova mais.



Quando procurar ajuda?

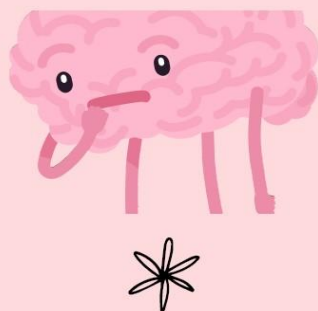
- Quando os sintomas duram várias semanas
- Quando interferem com a vida pessoal, familiar ou profissional
- Quando surgem pensamentos de desesperança ou autoagressão

"A ANSIEDADE TEM TRATAMENTO. PROCURAR AJUDA É UM PASSO IMPORTANTE"



O que é ansiedade?

A ansiedade é uma reação natural do organismo perante situações de stress, incerteza ou perigo. Quando é excessiva, persistente ou difícil de controlar, pode interferir com a vida diária e causar sofrimento.



Sintomas:

- Preocupação constante ou excessiva
- Sensação de nervosismo, tensão ou inquietação
- Palpitações ou aperto no peito
- Falta de ar
- Tensão muscular
- Dificuldade em dormir ou relaxar

Causas:

- genéticas
- psicológicas
- trauma
- drogas
- problemas de saúde mental
- problemas físicos

Tratamento:

Psicoterapia: ajuda a compreender como alguns dos seus hábitos de pensar e agir podem desencadear ou piorar a ansiedade. Inclui técnicas de relaxamento.

Medicação: tratamento de pessoas com perturbações de ansiedade moderadas a graves.

O que pode ajudar no dia a dia?



Manter uma rotina diária simples

Estabelecer pequenos objetivos realistas

Evitar o isolamento

Falar sobre o que sente com alguém de confiança

Aceitar apoio familiar e social

Seguir o plano terapêutico indicado pelos profissionais de saúde



Vídeos elaborados para passar na TV.

Anexos

Anexo I- Escala de CAN R2.0- Aplicada a um utente

CAN R2.0
CAMBERWELL ASSESSMENT OF NEED
RESEARCH VERSION R2.0
Michael Phelan, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee,
Graham Thornicroft and Till Wykes
PRISM - INSTITUTE OF PSYCHIATRY / LONDON, 15-11-93

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE
NECESSIDADES DE CAMBERWELL
Adaptação e validação efectuada por Joaquim Gago
Joaquim Gago, J. Caldas de Almeida e Miguel Xavier
NOVA MEDICAL SCHOOL - Departamento de Saúde Mental da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
Versão Portuguesa de Dezembro de 1996
Nota: para mais informações contactar
Prof. Dr. Joaquim Gago (joaquimgago@mc.com)

Número _____ Avaliação _____
Centro _____
Investigador _____ telef. _____
Investigação _____
Data _____

COMO UTILIZAR A VERSÃO PARA INVESTIGAÇÃO DO INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES DE CAMBERWELL (CAN R2.0):

A versão para investigação do CAN permite inquirir os utentes e os técnicos e determinar os diferentes pontos de vista de ambos. Antes de utilizar o CAN, leia por favor todo o inquérito, incluindo os exemplos que fornecem úteis indicações para escolher a cotação adequada.

Este inquérito apresenta 22 itens e cada item é constituído por quatro partes. As respostas dos utentes e dos técnicos são consideradas separadamente e podem ser diferentes em cada uma das questões.

SECÇÃO 1 Perguntar se tem ocorrido algum problema em cada uma das áreas questionadas (no último mês).

0 = Sem problema
1 = Sem problema ou problema parcialmente resolvido, devido a intervenção contínua.
(por e.g. necessidade respondida ou parcialmente respondida)
2 = problema grave
9 = desconhecido

Se a pessoa responder 0 ou 9 deve avançar para a página seguinte, caso contrário deverá completar as restantes questões.

Para cada um dos itens são sugeridas as questões a efectuar (em itálico).

SECÇÃO 2 Questionar sobre a ajuda/apoio recebido por prestadores de cuidados informais, durante o último mês.
(e.g. amigos, familiares, etc)

SECÇÃO 3 Questionar sobre a ajuda/apoio recebido e necessário prestado por profissionais, durante o último mês.
(profissionais do SNS, dos Serviços Sociais, das Autarquias, etc)

SECÇÃO 4 Perguntar se os cuidados prestados são adequados e qual o grau de satisfação do utente relativamente aos cuidados que recebe.

O CAN foi elaborado no PRISM por Michael Phelan, Mike Slade, Graham Dunn, Frank Holloway, Geraldine Strathdee, Graham Thornicroft e Till Wykes.

ÍNDICE

NÚMERO

ITEM / ASSUNTO

- 1 - ALOJAMENTO
- 2 - ALIMENTAÇÃO
- 3 - TAREFAS DOMÉSTICAS BÁSICAS
- 4 - AUTOCUIDADO
- 5 - ACTIVIDADES DIÁRIAS
- 6 - SAÚDE FÍSICA
- 7 - SINTOMAS PSICÓTICOS
- 8 - INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO
- 9 - SOFRIMENTO PSICOLÓGICO
- 10 - RISCO DE DANOS PARA O PRÓPRIO
- 11 - RISCO DE DANOS PARA OS OUTROS
- 12 - ALCOOL
- 13 - DROGAS
- 14 - CONTACTOS SOCIAIS
- 15 - RELAÇÕES ÍNTIMAS
- 16 - RELACIONAMENTO SEXUAL
- 17 - CUIDAR DOS FILHOS
- 18 - EDUCAÇÃO BÁSICA
- 19 - UTILIZAÇÃO DO TELEFONE
- 20 - UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES
- 21 - DINHEIRO
- 22 - SUBSÍDIOS / BENEFÍCIOS SOCIAIS

1. ALOJAMENTO

AVALIAÇÃO
utilidade técnicaA PESSOA CARECE DE UM ALOJAMENTO
HABITUAL PARA VIVER?

6 0

Qual o género de alojamento onde vive?

De que tipo de alojamento se trata?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. a pessoa tem uma casa condigna (mesmo se estiver no momento internada)
- 1= SEM/ PROBLEMA MODERADO DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA e.g. a pessoa está a viver em residência protegida ou lar
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. sem abrigo, alojamento precário sem condições de saneamento básico
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS
OU FAMILIARES EM RELAÇÃO AO ALOJAMENTO?

6 0

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. ajuda ocasional fornecendo algumas peças de mobiliário
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda significativa para melhorar o alojamento, como na remodelação da casa
- 3= GRANDE AJUDA e.g. vive com um familiar devido ao alojamento do próprio ser insustentável
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC)
RELATIVAMENTE AO O ALOJAMENTO?

6 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DESSES
SERVIÇOS FACE AO SEU ALOJAMENTO?

6 0

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. ligeira melhoria na decoração ou indicação de serviços de apoio à habitação
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. grandes melhorias, referência para serviços de apoio ao alojamento
- 3= GRANDE AJUDA e.g. ser realojado, ou entrar para lar ou residência protegida
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A AJUDA ADEQUADA RELATIVAMENTE
AO ALOJAMENTO ?

6 0

(0 = NÃO, 1 = SIM, 9 = DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE
RECEBE RELATIVAMENTE AO ALOJAMENTO?

6 0

(0 = NÃO SATISFEITA, 1 = SATISFEITA)

2. ALIMENTAÇÃO

AVALIAÇÃO
utilidade técnica

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM OBTER UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA ?

2 2

Qual o tipo de alimentos que come ?

É capaz de comprar os seus alimentos e preparar as suas refeições ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de comprar e preparar as refeições
- 1= SEM / ALGUM PROBLEMA e.g. refeições fornecidas DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. alimentação muito restrita ou culturalmente inapropriada
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 3

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO ?

3 3

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. refeições fornecidas semanalmente ou com menor frequência
- 2= AJUDA MODERADA e.g. ajuda semanal na compra de alimentos ou refeições fornecidas mais do que uma vez por semana, mas não diariamente
- 3= MUITA AJUDA e.g. refeições fornecidas diariamente
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO ?

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DESSES SERVIÇOS, EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO ?

0 0

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. fornecida uma refeição por semana ou ajuda nutricional por dia
- 2= AJUDA MODERADA e.g. fornecida uma refeição diária ou ajuda em todas as refeições
- 3= GRANDE AJUDA e.g. fornecidas todas as refeições
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA DE AJUDA NECESSÁRIA PARA OBTER UMA ALIMENTAÇÃO SUFICIENTE ?

0 1

(0 = NÃO, 1 = SIM, 9 = DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA OBTER UMA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA ?

1

(0 = NÃO SATISFEITA, 1 = SATISFEITA)

3. TAREFAS DOMÉSTICAS BÁSICAS

AVALIAÇÃO
utilidade técnica

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM CUIDAR DO SEU PRÓPRIO ALOJAMENTO ?

0 1

Você é capaz de cuidar da sua própria casa ?

Alguém o ajuda ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. a casa pode estar desarrumada mas limpa
- 1= SEM / ALGUM PROBLEMA e.g. tem ajuda doméstica regular DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. casa suja e com potencial risco para a saúde
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 4

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA CUIDAR DA CASA ?

0 0

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. incentivar ou ajudar a arrumar ou limpar, ocasionalmente
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. incentivar ou ajudar a limpar pelo menos uma vez por semana
- 3= MUITA AJUDA e.g. lavagem das roupas e limpeza da casa supervisionada mais que uma vez por semana
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA CUIDAR DA CASA ?

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DESSES SERVIÇOS, PARA CUIDAR DA CASA ?

0 0

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. incentivada pelos técnicos
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. alguma ajuda nas tarefas domésticas
- 3= MUITA AJUDA e.g. maioria das tarefas de casa realizadas pelos técnicos
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CERTA DE AJUDA PARA CUIDAR ADEQUADAMENTE DA CASA ?

0 0

(0 = NÃO, 1 = SIM, 9 = DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA CUIDAR DA CASA ?

0

(0 = NÃO SATISFEITA, 1 = SATISFEITA)

4. AUTOCUIDADO

AVALIAÇÃO
utilidade técnicaA PESSOA TEM DIFICULDADES EM CUIDAR
DE SI PRÓPRIA?
☐ 0 ☐ 1

Tem dificuldades em manter os cuidados adequados de higiene?
Já alguma vez, alguém lhe chamou a atenção para
se cuidar melhor? Quem?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. a aparência pode ser esbelta ou
desarrumada, mas limpa
- 1= SEM / ALGUM PROBLEMA e.g. supervisão nos cuidados pessoais
DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. ausência ou insuficiente higiene pessoal
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 5

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU
FAMILIARES RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS?
☐ 0 ☐ 1

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. incentivo ocasional para mudar de roupa
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. insistir na prática regular de duche / banho
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão diária dos diversos
cuidados pessoais
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC)
RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS?
☐ 0 ☐ 1
QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESITA DESSES
SERVIÇOS, RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS?
☐ 0 ☐ 1

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. incentivo ocasional
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. supervisão semanal da lavagem pessoal
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão dos vários aspectos dos cuidados
pessoais, programa de aquecimento de autocuidados
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA ADEQUADA DE AJUDA
RELATIVAMENTE AOS CUIDADOS PESSOAIS?
☐ 0 ☐ 1

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE AOS AUTOCUIDADOS?
☐ 0 ☐ 1

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

5. ACTIVIDADES DIÁRIAS

AVALIAÇÃO
utilidade técnicaA PESSOA TEM DIFICULDADE COM AS ACTIVIDADES
DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS?
☐ 0 ☐ 1

Como ocupa o seu dia?

Tem actividades suficientes para se ocupar?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. emprego a tempo completo ou suficientemente
ocupado com actividades domésticas / sociais
- 1= SEM / ALGUM PROBLEMA e.g. frequência de um centro de dia
DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. sem nenhum tipo de emprego e sem
ocupação
suficiente com actividades domésticas / sociais

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 6

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS
OU FAMILIARES PARA ENCONTRAR OU MANTER
ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS?
☐ 0 ☐ 1

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. acompanhamento ocasional acerca das
actividades diárias
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. arranjar actividades diárias tais como
educação de adultos ou frequência de centros de dia
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão regular nas actividades diárias,
visitas diárias
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS
(SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC), PARA PROCURAR OU
MANTER ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS?
☐ 0 ☐ 1
QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESITA DE RECEBER
DESSSES SERVIÇOS PARA ENCONTRAR OU MANTER
ACTIVIDADES DIÁRIAS, REGULARES E APROPRIADAS?
☐ 0 ☐ 1

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. treino profissional / educação de adultos
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. trabalho protegido diário. Frequência de centro
de dia 2-4 dias por semana
- 3= MUITA AJUDA e.g. frequência diária de centro de dia ou hospital de dia
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA
RELATIVAMENTE ÀS ACTIVIDADES DIÁRIAS?
☐ 0 ☐ 1

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA
QUE RECEBE RELATIVAMENTE ÀS ACTIVIDADES DIÁRIAS?
☐ 0 ☐ 1

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

6. SAÚDE FÍSICA

AVALIAÇÃO
utilizes técnicas

A PESSOA TEM ALGUMA INCAPACIDADE OU ALGUMA DOENÇA FÍSICA ? 1 2

Como se sente em termos de saúde física ?
Efectua algum tratamento para problemas físicos, instituído pelo seu médico ?

0= SEM PROBLEMA e.g. fisicamente bem

1= SEM / ALGUM PROBLEMA e.g. doença física, como HTA, recebendo tratamento adequado

2= PROBLEMA GRAVE e.g. doença física, não tratada, também inclui os efeitos acessórios

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 7

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA ? 0 2

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. sugerindo a ida ao médico

2= ALGUMA AJUDA e.g. acompanhar na ida ao médico

3= MUITA AJUDA e.g. ajuda diária na ida à casa de banho, alimentação ou mobilização

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) EM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA ? 2 2

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS EM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA ? 1 3

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. fornecer dieta, aconselhar a família

2= ALGUMA AJUDA e.g. prescrever medicação ou consulta regular com o médico de família / enfermeira

3= MUITA AJUDA e.g. consultas hospitalares frequentes, alterações na casa

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS FÍSICOS ? 0 0

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE AOS PROBLEMAS FÍSICOS ? 0

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

7. SINTOMAS PSICÓTICOS

AVALIAÇÃO
utilizes técnicas

A PESSOA TEM ALGUNS SINTOMAS PSICÓTICOS, COMO IDEIAS DELIRANTES, ALUCINAÇÕES, DISTÚRBIOS FORMAIS DO PENSAMENTO OU EXPERIÊNCIAS DE PASSIVIDADE ? * 0 1

Alguma vez teve experiências difíceis de explicar, tais como ouvir vozes, ideias de perseguição, etc ?
Está a efectuar alguma medicação ou injeções ? Para que servem ?

0= SEM PROBLEMA e.g. sem sintomas positivos ou em remissão e sem estar a efectuar medicação

1= SEM / ALGUM PROBLEMA e.g. recebe medicação ou outra ajuda DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g. presentemente com sintomas ou em risco de os desenvolver

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 8

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ? 0 0

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. alguma compreensão e suporte

2= ALGUMA AJUDA e.g. prestadores informais de cuidados envolvidos na ajuda com estratégias de coping ou adesão à medicação

3= MUITA AJUDA e.g. supervisão constante da medicação e ajuda com estratégias de coping

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS) FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ? 0 3

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ? 2 0

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. revisão trimestral (ou mais espaçada) da medicação e grupos de apoio

2= ALGUMA AJUDA e.g. revisão da medicação com frequência maior que trimestral, terapia psicológica estruturada

3= MUITA AJUDA e.g. cuidados hospitalares durante 24 horas e medicação ou intervenção domiciliar na crise

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ? 0 0

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE FACE AOS SINTOMAS PSICÓTICOS ? 0

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

* Explorar este item adequadamente sob o ponto de vista Psiquiátrico

8. INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA
E TRATAMENTOAVALIAÇÃO
utentes técnicosA PESSOA RECEBEU INFORMAÇÃO ESCRITA OU VERBAL
CLARA SOBRE A DOENÇA E RESPECTIVO TRATAMENTO?

2 2

Tem recebido informação clara sobre a medicação ou outro tratamento?
Considera útil e suficiente a informação que recebeu?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. recebeu e entendeu informação adequada
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. não recebeu ou não entendeu toda a informação DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. não recebeu nenhuma informação
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 9

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS
OU FAMILIARES PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO?

0 0

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. algum aconselhamento de familiares ou amigos
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. familiares ou amigos fornecem informações ou põe a pessoa em contacto com grupos de auto ajuda
- 3= MUITA AJUDA e.g. contacto regular com médicos ou grupos como resultado da preocupação de amigos ou familiares
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA
OBTER ESSA INFORMAÇÃO?

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER
DESSES SERVIÇOS PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO?

0 3

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. informação verbal breve sobre a doença / problema
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. informação específica sobre grupos de auto ajuda, sessões com informação verbal mais longa sobre fármacos e alternativas ao tratamento
- 3= MUITA AJUDA e.g. informação escrita detalhada fornecida ou recebeu educação específica sobre este assunto
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA
PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO?

0 0

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE PARA OBTER ESSA INFORMAÇÃO?

0

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

9. SOFRIMENTO PSICOLÓGICO

AVALIAÇÃO
utentes técnicos

A PESSOA ESTÁ EM "SOFRIMENTO PSICOLÓGICO"?

1 1

Tem se sentido recentemente muito triste ou em "baixo"?

Tem sentido ansiedade ou medo excessivo?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. ligeiro ou ocasional sofrimento psicológico
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe aconselhamento regular DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. sofrimento psicológico afecta significativamente a vida, como impedir que a pessoa saia à rua
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 10

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU
FAMILIARES FACE AO SEU "SOFRIMENTO PSICOLÓGICO"?

0 0

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. alguma compreensão ou apoio
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. tem oportunidade (pelo menos semanal) de falar acerca do sofrimento psicológico com amigos ou familiares
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão e apoio constante
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC)
RELATIVAMENTE AO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO?

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES
SERVIÇOS RELATIVAMENTE AO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO?

0 0

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. avaliação do estado mental ou suporte ocasional
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. tratamento psicológico ou social específico para a ansiedade. Aconselhamento pelos técnicos (pelo menos semanalmente).
- 3= MUITA AJUDA e.g. cuidados hospitalares 24 horas ou intervenção na crise
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA DE AJUDA CORRECTA
RELATIVAMENTE AO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO?

0 0

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA
QUE RECEBE RELATIVAMENTE A ESSE SOFRIMENTO?

0

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

10. RISCO DE DANOS PARA O PRÓPRIO

AVALIAÇÃO
técnicosA PESSOA ENVOLVE-SE EM SITUAÇÕES DE RISCO PARA ELA PRÓPRIA ? ☐ ☐

Já alguma vez teve pensamentos de fazer mal a si mesmo ou efectuou mesmo autoagressão / tentativa de suicídio ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. sem ideias suicidas
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. risco de suicídio acompanhado pelos técnicos ou aconselhamento DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. expressou ideias de suicídio durante o último mês ou expõe-se a situações de risco
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 11

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ? ☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. capaz de contactar amigos ou familiares se se sentir em risco ou em perigo
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. amigos ou familiares com contacto regular e interessados em saber se a pessoa está em risco
- 3= MUITA AJUDA e.g. amigos ou familiares com contacto regular e muito interessados em saber e em prestar ajuda, se a pessoa estiver em risco
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ? ☐ ☐QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ? ☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. alguém para contactar quando se sente em perigo
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. técnicos efectuam avaliação ao mínimo semanal, aconselhamento e apoio regular
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão diária ou no internamento
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA REDUZIR O RISCO DE CAUSAR DANOS A SI PRÓPRIA ? ☐ ☐

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA REDUZIR ESSE RISCO ? ☐

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

11. RISCO DE DANOS PARA OS OUTROS

AVALIAÇÃO
técnicosA PESSOA É OU REPRESENTA UM RISCO POTENCIAL PARA A SEGURANÇA DOS OUTROS ? ☐ ☐

Em determinadas circunstâncias pensa que pode chegar a ser perigoso para as outras pessoas ? Já alguma vez perdeu o controlo e agrediu alguém ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. sem história de violência ou comportamento ameaçador
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. supervisão regular devido a DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA risco potencial
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. violência recente ou episódio violento recente ou ameaça
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 12

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA OS OUTROS ? ☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. ajuda (pelo menos semanal) em relação a comportamentos ou ameaças
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda em relação a comportamentos ou ameaças, com uma frequência maior que semanal
- 3= MUITA AJUDA e.g. praticamente ajuda constante em relação a comportamentos ou ameaças persistente
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS, (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC), PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA COM OS OUTROS ? ☐ ☐QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA COM OS OUTROS ? ☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. supervisão do comportamento (pelo menos semanal)
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. supervisão diária
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão constante, programa específico de coping
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA OS OUTROS ? ☐ ☐

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA REDUZIR O RISCO DE SE TORNAR PERIGOSA PARA OS OUTROS ? ☐

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

12. ALCOOL

AVALIAÇÃO
útilites técnicasA PESSOA BEBE EXCESSIVAMENTE OU TEM PROBLEMA EM CONTROLAR A INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS? ☐ ☐O consumo de bebidas alcoólicas causa-lhe algum problema?
Gostaria de reduzir o seu consumo de bebidas alcoólicas?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. sem problemas para controlar a ingestão alcoólica
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. em risco de dependência alcoólica DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA ou a receber ajuda
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. actualmente tem consumos alcoólicos nocivos e incontroláveis
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 13

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE ALCOOL? ☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. aconselhada a reduzir o consumo
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. aconselhada a ir aos Alcoólicos Anónimos
- 3= MUITA AJUDA ex. monitorização diária em relação ao consumo de bebidas alcoólicas
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS? ☐ ☐

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE ALCOOL? ☐ ☐

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. informação acerca dos riscos

2= ALGUMA AJUDA e.g. informação detalhada sobre locais de Autoajuda ou de tratamento

3= MUITA AJUDA e.g. presença nos Alcoólicos Anónimos ou numa clínica de alcoologia, programa terapêutico para a desintoxicação

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA EM RELATIVAMENTE AO CONSUMO DE ALCOOL? ☐ ☐
(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE RELATIVAMENTE AO CONSUMO ALCOOL? ☐

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

13. DROGAS

AVALIAÇÃO
útilites técnicasA PESSOA TEM ALGUM PROBLEMA DE TOXICODEPENDÊNCIA? ☐ ☐Toma algumas drogas ou medicamentos que não tenham sido prescritos?
Tem dificuldade em parar de consumir alguma droga ou medicamento?

- 0= SEM PROBLEMA ex. sem dependência nem abuso de drogas
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA ex. recebe ajuda para o abuso ou DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA dependência de drogas
- 2= PROBLEMA GRAVE ex. dependência ou abuso de drogas lícitas ou ilícitas, prescritas ou não
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 14

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE DROGAS? ☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. aconselhamento ocasional e apoio
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. aconselhamento regular e contacto com serviços de informação e apoio
- 3= MUITA AJUDA e.g. supervisão e ligação a outros serviços
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERVIÇOS SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) EM RELAÇÃO AOS CONSUMOS DE DROGAS? ☐ ☐QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS EM RELAÇÃO AOS CONSUMOS DE DROGAS? ☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. aconselhamento pelo médico de família
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. Clínica / Centro de Toxicodependência
- 3= MUITA AJUDA e.g. assistência na privação e cuidados no internamento
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA RELATIVAMENTE AOS CONSUMOS DE DROGAS? ☐ ☐
(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE EM RELAÇÃO AOS CONSUMOS DE DROGAS? ☐

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

14. CONTACTOS SOCIAIS

AVALIAÇÃO
graves - sérias

A PESSOA NECESSITA DE AJUDA NOS CONTACTOS SOCIAIS?

1 2

Sente que passa muito tempo sozinho?

Gostaria de ter mais contactos com os outros?

0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de estabelecer contactos sociais e ter amigos suficientes

1= SEM ALGUM PROBLEMA e.g. frequência de centros de dia, grupos de apoio, etc

2= PROBLEMA GRAVE e.g. sente-se com frequência só e isolado

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 15

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA DESENVOLVER E MANter UMA RELAÇÃO SOCIAL?

0 0

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. contacto social com frequência mas que nem sempre

2= ALGUMA AJUDA e.g. contacto social ocasional ou raramente

3= MUITA AJUDA e.g. contacto social pelo menos quatro vezes por semana

9= DESCONHECIDO

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (BNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) NO DESENVOLVIMENTO DE CONTACTOS SOCIAIS?

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA DESENVOLVER CONTACTOS SOCIAIS?

0 2

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. aconselhamento sobre serviços / "clubes" sociais

2= ALGUMA AJUDA e.g. frequência ocasional de centros de dia ou grupos de apoio

3= MUITA AJUDA e.g. presença directa em centros de dia

9= DESCONHECIDO

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA ESTABELECER CONTACTOS SOCIAIS?

0 0

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDO)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA ESTABELECER CONTACTOS SOCIAIS?

0

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

15. RELAÇÕES ÍNTIMAS

AVALIAÇÃO
graves - sérias

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM ENCONTRAR UM COMPANHEIRO OU EM MANter UM RELACÃO ÍNTIMA?

1 1

Pode ter um namorado / a?

Tem problemas no seu namoro / casamento?

0= SEM PROBLEMA e.g. tem relação satisfatória ou sem problemas por não ter acompanhado

1= SEM ALGUM PROBLEMA e.g. recebe terapia conjugal DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g. violência doméstica, pretende ter namorada

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 16

QUAL A AJUDA QUE RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA DESENVOLVER E MANter UMA RELAÇÃO ÍNTIMA?

0 0

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. algum apoio emocional

2= ALGUMA AJUDA e.g. várias conversas de apoio

3= MUITA AJUDA e.g. conversas de apoio mais intensas e sobem como lidar com os sentimentos

9= DESCONHECIDO

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (BNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA DESENVOLVER E MANter RELACÕES ÍNTIMAS?

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA DESENVOLVER E MANter RELACÕES ÍNTIMAS?

0 0

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. algumas conversas de apoio

2= ALGUMA AJUDA e.g. várias conversas de apoio

3= MUITA AJUDA e.g. terapia conjugal, treino de habilidades sociais

9= DESCONHECIDO

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA DESENVOLVER E MANter RELACÕES ÍNTIMAS?

0 0

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDO)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA DESENVOLVER E MANter RELACÕES ÍNTIMAS?

0

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

16. RELACIONAMENTO SEXUAL

AVALIAÇÃO

níveis técnicos

A PESSOA TEM PROBLEMAS COM A SUA VIDA SEXUAL ?

☐ ☐

Esta satisfeito com a sua vida sexual ?

Sente alguma dificuldade a esse nível ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. satisfeito com a vida sexual
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe terapia sexual DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. dificuldade sexual grave
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 17

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS E FAMILIARES COM OS PROBLEMAS NA SUA VIDA SEXUAL ?

☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. algum aconselhamento
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. várias conversas, material informativo, fornecer contraceptivos, etc
- 3= MUITA AJUDA e.g. estabelecer contacto com centros de aconselhamento e possível acompanhamento na vida a esse respeito. Acessibilidade para conversar sobre este problema
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) FACE AOS PROBLEMAS DA SUA VIDA SEXUAL ?

☐ ☐

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS FACE AOS PROBLEMAS DA SUA VIDA SEXUAL ?

☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. informação sobre contracepção, sobre sexo seguro e sobre impotência induzida por drogas ou fármacos
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. conversas regulares sobre sexo
- 3= MUITA AJUDA e.g. terapia sexual

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA FACE AOS PROBLEMAS DA SUA VIDA SEXUAL ?

☐ ☐

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE FACE AOS PROBLEMAS DA VIDA SEXUAL ?

☐

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

17. CUIDAR DOS FILHOS

AVALIAÇÃO

níveis técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM TOMAR CONTA DOS SEUS FILHOS ?

☐ ☐

Tem algum filho com menos de 18 anos ?

Tem alguma dificuldade em tomar conta dos seus filhos ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. sem filhos com menos de 18 anos ou sem problemas para cuidar dos filhos
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe ajuda nas tarefas parentais ou DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA nos cuidados com as crianças
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. tem sérias dificuldades em tomar conta dos seus filhos
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR 0 OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 18

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA CUIDAR DOS FILHOS ?

☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. "baby-sitting" ocasional, menos do que uma vez por semana
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. recebe ajuda a maioria dos dias
- 3= MUITA AJUDA e.g. as crianças vivem com amigos ou familiares
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA CUIDAR DOS FILHOS ?

☐ ☐

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS PARA CUIDAR DOS FILHOS ?

☐ ☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. frequência de infantiário
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda nas tarefas parentais
- 3= MUITA AJUDA e.g. crianças adoptadas ou em família de acolhimento
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA CUIDAR DOS FILHOS ?

☐ ☐

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA CUIDAR DOS FILHOS ?

☐

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

18. EDUCAÇÃO BÁSICA

AVALIAÇÃO
níveis técnicos

A PESSOA NÃO TEM PERÍCIAS BÁSICAS EM TERMOS DE LITERACIA E ACTIVIDADES DE CÁLCULO?

0 6

Tem dificuldade em compreender, ler ou escrever Português?
Tem dificuldade em confirmar o troco que recebe numa loja?

0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de compreender, ler ou escrever português

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe ajuda de familiares DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA

2= PROBLEMA GRAVE e.g. dificuldade com actividades básicas de leitura e cálculo, ausência de fluência na língua portuguesa

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 19

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA LER E FAZER CONTAS?

0 0

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. ajuda ocasional para ler e escrever frases

2= ALGUMA AJUDA e.g. põe a pessoa em contacto com escolas

3= MUITA AJUDA e.g. ensina a pessoa a ler

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) COM A ARITMÉTICA E A LITERACIA?

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DESSES SERVIÇOS COM A ARITMÉTICA E A LITERACIA?

0 0

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. auxílio no preenchimento de formulários

2= ALGUMA AJUDA e.g. dar informações e conselhos sobre escolas

3= MUITA AJUDA e.g. frequência de aulas de educação para adultos

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA COM A ARITMÉTICA E A LITERACIA?

0 0

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE COM A ARITMÉTICA E COM A LITERACIA?

0 0

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

19. UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

AVALIAÇÃO
níveis técnicos

A PESSOA TEM DIFICULDADE EM TER ACESSO OU EM UTILIZAR O TELEFONE?

0 1

Sabe como utilizar um telefone?

É fácil para si ter acesso ao telefone?

0= SEM PROBLEMA e.g. telefone a funcionar em casa ou fácil acesso a telefone pago

1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. tem acesso a telefone quando o necessita

2= PROBLEMA GRAVE e.g. sem acesso a telefone ou incapaz de o utilizar

9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 20

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS OU FAMILIARES PARA EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS?

0 0

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. ajuda a efectuar telefonemas (menos do que uma vez por mês ou em situações de emergência)

2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda mensal a dígitos

3= MUITA AJUDA e.g. ajuda disponível sempre que pretendida

9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS?

0 0

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER DOS SERVIÇOS LOCAIS PARA EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS?

0 0

0= NENHUMA

1= POUCA AJUDA e.g. acesso ao telefone quando pretendido

2= ALGUMA AJUDA e.g. fornecimento de cartão telefónico

3= MUITA AJUDA e.g. contribuir para a instalação de um telefone em casa

9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA EFECTUAR CHAMADAS TELEFÓNICAS?

0 0

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A AJUDA QUE RECEBE PARA EFECTUAR TELEFONEMAS?

0 0

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

20. UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES

AVALIAÇÃO
úteis técnicosA PESSOA TEM ALGUMA DIFICULDADE NA
UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTES PÚBLICOS ?☐☐Tem dificuldade em utilizar o autocarro, metro ou comboio ?
Recebe um passe de autocarro / metro gratuito ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de utilizar transportes ou tem acesso a carro
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. passe ou outra ajuda com os DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA transportes
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. incapaz ou sem possibilidade de utilizar os transportes públicos
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 21

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE FAMILIARES
OU AMIGOS COM OS TRANSPORTES ?☐☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. encorajamento para utilizar transportes
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. acompanhado com frequência nos transportes
- 3= MUITA AJUDA e.g. fornece transporte sempre que necessário
- 9= DESCONHECIDA

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) COM
OS TRANSPORTES ?☐☐QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER
DESSOS SERVIÇOS COM OS TRANSPORTES ?☐☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. fornecem passe para transportes públicos
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. despesas para taxi
- 3= MUITA AJUDA e.g. transporte para as consultas em ambulância
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA COM
OS TRANSPORTES ?☐☐

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE COM OS TRANSPORTES ?☐

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

21. DINHEIRO

AVALIAÇÃO
úteis técnicosA PESSOA TEM DIFICULDADE EM GERIR
O SEU DINHEIRO ?☐☐Tem alguma dificuldade em gerir o seu dinheiro ?
Consegue pagar as suas contas / despesas ?

- 0= SEM PROBLEMA e.g. capaz de comprar bens essenciais e pagar as contas
- 1= SEM/ ALGUM PROBLEMA e.g. recebe algum tipo de ajuda para DEVIDO A INTERVENÇÃO CONTÍNUA gerir o dinheiro
- 2= PROBLEMA GRAVE e.g. com frequência não tem dinheiro para bens essenciais ou para pagar as contas
- 9= DESCONHECIDO

SE PONTUAR O OU 9 PASSE DIRECTAMENTE PARA O ITEM 22

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DE AMIGOS
OU FAMILIARES PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?☐☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. ajuda ocasional na selecção das despesas domésticas
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. ajuda no orçamento semanal
- 3= MUITA AJUDA ex. disposição formal tal como tutela atribuída por decisão judicial

QUAL A AJUDA QUE A PESSOA RECEBE DOS SERVIÇOS
LOCAIS (SNS, SERV. SOCIAIS, AUTARQUIAS, ETC) PARA
GERIR O SEU DINHEIRO ?☐☐QUAL A AJUDA QUE A PESSOA NECESSITA DE RECEBER
DESSOS SERVIÇOS PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?☐☐

- 0= NENHUMA
- 1= POUCA AJUDA e.g. ajuda ocasional com o orçamento
- 2= ALGUMA AJUDA e.g. supervisão no pagamento da renda e dinheiro fornecido para despesas semanais
- 3= MUITA AJUDA e.g. dinheiro para despesas fornecido diariamente
- 9= DESCONHECIDA

A PESSOA RECEBE A FORMA CORRECTA DE AJUDA PARA
GERIR O SEU DINHEIRO ?☐☐

(0= NÃO, 1= SIM, 9= DESCONHECIDA)

EM TERMOS GLOBAIS, A PESSOA ESTÁ SATISFEITA COM A
AJUDA QUE RECEBE PARA GERIR O SEU DINHEIRO ?☐☐

(0= NÃO SATISFEITA, 1= SATISFEITA)

Anexo II- Jornal do Sentimentos

Journal dos Sentimentos para Autorregulação Emocional

Este diário ajuda a reconhecer emoções, identificar gatilhos e praticar estratégias de autorregulação. Use diariamente ou conforme necessário.

Entradas do Dia

Data/Hora	Situação	Emoção (Intensidade 0-10)	Pensamentos	Sensações Corporais	Comportamento	Estratégia de Autorregulação	Resultado	Reflexão

Recursos para Autorregulação

Lista de Emoções (use como referência)

- Alegria
- Calma
- Gratidão
- Interesse
- Esperança
- Tristeza
- Desânimo
- Solidão
- Culpa
- Vergonha
- Raiva
- Frustração
- Irritação
- Ressentimento
- Medo
- Ansiedade
- Preocupação
- Insegurança
- Pânico
- Nojo
- Desdém
- Surpresa
- Alívio

Escala de Intensidade (0–10)

0 = nenhuma intensidade | 10 = intensidade máxima. Circule ou marque o número que melhor representa a intensidade da emoção.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Estratégias de Autorregulação

Rápidas (em minutos)

- ☐ Respiração 4–6 (inspire 4s, expire 6s por 2–3 min)
- ☐ Pausa consciente: 3 respirações + notar 3 coisas que vê/ouve/sente
- ☐ Ancoragem 5-4-3-2-1 (sentidos)
- ☐ Alongamento ou caminhada curta
- ☐ Água fresca no rosto / lavar mãos

Cognitivas

- ☐ Reestruturação: que evidências tenho? há outra explicação?
- ☐ Diálogo interno compassivo (falar consigo como com um amigo)
- ☐ Cartões de enfrentamento (frases âncora)
- ☐ Journaling de pensamentos automáticos

Corpo e Sensações

- ☐ Respiração diafragmática
- ☐ Relaxamento
- ☐ Postura de poder / alongamentos de peito e ombros
- ☐ Exercício leve (10–20 min)

Sociais

- ☐ Falar com alguém de confiança
- ☐ Enviar uma mensagem pedindo suporte
- ☐ Contato com animal de estimação

Ambiente e Hábitos

- ☐ Organizar o espaço imediato (5 min)
- ☐ Música relaxante ou playlist positiva
- ☐ Exposição curta à natureza/sol
- ☐ Higiene do sono (rotina, luz, ecrãs)

Dicas de Uso

- Use o diário no momento ou logo após a situação. • Se a intensidade for alta (≥ 7), escolha primeiro estratégias rápidas e de segurança. • Revise semanalmente o que funcionou melhor para si.

Anexo III – Balanço decisional

História de Consumo de Álcool

Objetivo: Este exercício ajuda a compreender melhor a sua relação com o álcool e é um passo importante para o seu processo de recuperação. Ao escrever a sua história, estará a promover a consciencialização sobre os padrões de consumo e os fatores que influenciam essa problemática.

Instruções:

- Quando começou a consumir álcool.
- Tipos de bebidas que costuma consumir.
- Frequência e quantidade.
- Locais onde costuma beber.
- Pessoas com quem costuma beber.
- Situações ou sentimentos associados ao consumo (ex.: stress, festas, solidão).
- Momentos marcantes relacionados com o álcool.

A minha história:

Balanço Decisional



Objetivo: Este exercício ajuda a refletir sobre os prós e contras do consumo de álcool e a promover a conscientização para a mudança.

Instruções: Preencha os espaços abaixo com as vantagens e desvantagens que identifica em cada situação.

	Continuar a beber	Parar ou reduzir
Vantagens		
Desvantagens		

Anexo IV – “Adesão ao regime terapêutico”

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

UTILIZAR EFICAZMENTE A MEDICAÇÃO: MATERIAL INFORMATIVO

“Todas as pessoas são diferentes e encontrar a medicação certa é algo individual. Agora que encontrei a combinação certa para mim, a minha vida melhorou imenso. O seu médico pode considerar alternativas se os seus sintomas continuarem a afectar a sua vida”.

(David Kime , artista e escritor)

Porque é que a medicação é recomendada como parte do tratamento para a doença mental?

- A medicação é uma das repostas mais eficazes para reduzir sintomas e diminuir as recaídas. Quando as pessoas tomam regularmente a medicação como parte do seu tratamento, são menos afectadas pelos sintomas e têm menor probabilidade de ter recaídas.
- A medicação pode reduzir a vulnerabilidade biológica contribuindo para corrigir alterações neuroquímicas dos neurotransmissores no cérebro, provavelmente também relacionadas com os sintomas.

Quando as pessoas tomam medicação como parte do seu tratamento, geralmente:

- ▶ Tem sintomas com menor frequência e intensidade
- ▶ Melhoram a concentração e pensam com mais clareza
- ▶ Adormecem mais facilmente e dormem mais descansados
- ▶ Conseguem cumprir mais os seus objectivos

Questões que pode fazer ao seu Enfermeiro/ Médico

Como pode esta medicação melhorar-me? De que forma me vai ajudar?

Quais os efeitos secundários? Existem efeitos secundários da utilização prolongada do medicamento?

O que posso fazer se tiver efeitos secundários?

Que fazer se a medicação não resultar no meu caso?

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

UTILIZAR EFICAZMENTE A MEDICAÇÃO: MATERIAL INFORMATIVO

QUAIS SÃO AS SUAS CRENÇAS PESSOAIS EM RELAÇÃO À MEDICAÇÃO?

As pessoas têm várias crenças em relação à medicação, relacionadas com os seus antecedentes culturais, familiares e com a sua própria experiência.

Algumas pessoas têm crenças positivas em relação à medicação. Faça uma cruz nas frases seguintes, se estas estiveram de acordo com a sua forma de pensar:

___ "O meu tio é diabético e faz insulina. Ele vive uma vida normal. Eu tenho um problema de saúde mental e faço medicação. Para mim é uma situação semelhante".

___ "A medicação ajudou-me a libertar dos sintomas que tinha anteriormente. Isso fez uma grande diferença para o meu bem-estar."

___ "Fiz várias tentativas por mim (ex. exercício, relaxamento, aconselhamento) mas não melhorava e precisei de fazer a medicação." Outras pessoas têm crenças negativas em relação à medicação.

Faça uma cruz nas frases seguintes, se estas estiveram de acordo com a sua forma de pensar:

___ "Na minha cultura não acreditámos na medicina ocidental. Só pretendo utilizar medicamentos naturais".

___ "Tenho receio dos efeitos a longo prazo da medicação".

___ "É uma questão de força de vontade. Não devo necessitar de tomar um medicamento para me sentir melhor."

Questão: O que pensa acerca dos medicamentos?

Quais são os benefícios de fazer medicação para os problemas de saúde mental?

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

UTILIZAR EFICAZMENTE A MEDICAÇÃO: MATERIAL INFORMATIVO

Na sua opinião quais são os prós e contras de fazer a medicação? Para tomar uma decisão informada acerca da medicação é necessário que considere os potenciais benefícios (prós) e potenciais desvantagens (contras) de a fazer. O quadro seguinte pode ser útil para sintetizar essa informação:

BENEFÍCIOS DE FAZER A MEDICAÇÃO	DESVANTAGENS DE FAZER A MEDICAÇÃO

Anexo II

Medida de Adesão aos Tratamentos

(MAT)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6