



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa com Perturbação Psicótica induzida por Substâncias.

Estágio com relatório final em contexto de saúde mental na comunidade e internamento de doentes agudos.

Pedro Meneses Bastos

Viseu, 2026



Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na pessoa com Perturbação Psicótica induzida por Substâncias.

Estágio com relatório final em contexto de saúde mental na comunidade e internamento de doentes agudos no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2.^a edição)

Pedro Meneses Bastos, nº29740

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Tânia Correia, da Escola Superior de Saúde de Viseu.

e Coorientação de:

Professora Doutora Patrícia Alves da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, março de 2026

Resumo

A perturbação psicótica induzida por uso de substâncias constitui um desafio complexo em saúde mental, associando-se a maior instabilidade clínica e piores resultados funcionais e sociais. Neste contexto, as abordagens integradas e multidisciplinares, assumem particular relevância, destacando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na avaliação, intervenção e coordenação de cuidados.

O presente relatório tem como objetivo documentar o percurso formativo e as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio com relatório, bem como refletir criticamente sobre a prática clínica desenvolvida em dois contextos de estágio (saúde mental comunitária e internamento de agudos), evidenciando o desenvolvimento de competências especializadas.

A metodologia integrou revisão narrativa da literatura, dois estudos de caso de natureza qualitativa e análise crítica das atividades desenvolvidas.

As intervenções implementadas, incluindo Entrevista Motivacional, Psicoeducação e Intervenção familiar, evidenciaram resultados positivos no aumento da consciencialização, na motivação, na estabilidade clínica e em progressos na reabilitação psicossocial, reforçando a importância da abordagem integrada na recuperação de pessoa com psicose induzida por consumos.

Palavras-chave: Psicose induzida por substâncias; Enfermagem saúde mental e psiquiátrica; Entrevista motivacional; Psicoeducação.; Intervenção familiar.

Abstract

Substance-induced psychotic disorder constitutes a complex challenge in mental health, associated with increased clinical instability and poorer functional and social outcomes. In this context, integrated and multidisciplinary approaches gain particular relevance, highlighting the role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing in the assessment, intervention, and coordination of care.

This report aims to document the training path and the activities carried out within the framework of the final internship, as well as to critically reflect on the clinical practice developed in two different settings (community mental health and acute inpatient care), evidencing the development of specialized competencies.

The methodology included a narrative literature review, two qualitative case studies, and critical analysis of the clinical activities undertaken. The interventions implemented—Motivational Interviewing, Psychoeducation, and Family Intervention—demonstrated positive outcomes in raising awareness, enhancing motivation, promoting clinical stability, and supporting psychosocial rehabilitation. These findings reinforce the importance of an integrated, person-centered approach in the recovery process of individuals with substance-induced psychosis.

Keywords: Substance-induced psychosis; mental health and psychiatric nursing; Motivational interviewing; Psychoeducation; Family intervention.

Sumário

Resumo	5
Introdução	13
1. Enquadramento conceptual e teórico	15
2. Estágio em contexto de saúde mental na comunidade	25
2.1 Caraterização do contexto clínico	25
2.2 Atividades desenvolvidas	25
3. Estágio em contexto de internamento de doentes agudos	41
3.1 Caraterização do contexto clínico	41
3.2 Atividades desenvolvidas	42
4. Competências desenvolvidas	51
4.1 Competências comuns do Enfermeiro especialista	51
4.2 Competências específicas do EEESMP	53
5. Desenvolvimento de competências no âmbito da investigação	57
5.1 Resumo	57
5.2 Justificação do estudo	57
5.3 Revisão narrativa	59
5.4 Estudo de caso 1	62
5.5 Estudo de caso 2	70
5.6 Discussão	78
5.7 Conclusão	81
5.8 Implicações para a prática clínica	81
6. Considerações finais	83
7. Bibliografia	85
Apêndice 1 – Planeamento das sessões do estudo de caso 1	91
Apêndice 2 – Planeamento da formação sobre Burnout	103
Apêndice 3 – Planeamento das sessões do estudo de caso 2	109
Apêndice 4 – Planeamento da sessão - Estimulação Cognitiva em grupo	119
Apêndice 5 – Planeamento da Reunião comunitária	123
Apêndice 6 – Projeto de estágio em contexto de saúde mental na comunidade	127
Apêndice 7 - Projeto de estágio em contexto de Internamento de doentes agudos	133
Apêndice 8 – Consentimento informado	139

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

APA – American Psychiatric Association

APLD – Antipsicóticos de Ação Prolongada

CASCI – Centro de Atividades Sociais e Capacitação para a Inclusão

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças, 11.^a edição

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DMG – Doença Mental Grave

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

EM – Entrevista Motivacional

GHAF – Gestão Hospitalar Administrativa e Financeira

GOBP – Guia Orientador de Boas Práticas

ICN – International Council of Nurses

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

UIC – Unidade de Intervenção Comunitária

ULS – Unidade Local de Saúde

Introdução

A saúde mental constitui, nas sociedades contemporâneas, uma das dimensões mais críticas e simultaneamente mais negligenciadas da saúde pública global. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), as perturbações mentais afetam cerca de um em cada oito indivíduos a nível mundial, representando uma das principais causas de incapacidade, perda de produtividade e sofrimento humano em todas as regiões do globo.

Em Portugal, as perturbações psiquiátricas surgem entre as mais prevalentes da Europa, com impacto direto na qualidade de vida das pessoas, nas suas famílias e na sustentabilidade do sistema de saúde (DGS, 2020). Face a este panorama, a qualificação e a especialização dos profissionais de saúde mental tornam-se imperativos incontornáveis para a qualidade dos cuidados prestados.

O presente relatório final foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final, integrada no 2.º ano, 3.º semestre da 2.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu, em associação com a Escola Superior de Saúde de Santarém. Este relatório constitui um instrumento privilegiado de reflexão crítica, análise e síntese do percurso formativo desenvolvido em contexto clínico, traduzindo o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), bem como no âmbito da investigação e da formação ao nível de mestre.

O percurso formativo desenvolveu-se em dois contextos clínicos distintos, permitindo diferentes vertentes da intervenção especializada em enfermagem de saúde mental.

O primeiro estágio decorreu em contexto de saúde mental na comunidade. O modelo de cuidados deste local privilegia as consultas descentralizadas, as visitas domiciliárias e a articulação intersectorial com os serviços sociais, autarquias e redes de suporte comunitário.

O segundo estágio realizou-se em contexto de internamento de doentes agudos. Esta instituição recebe pessoas em situação de crise psiquiátrica aguda que, pela natureza da sua condição clínica, necessitam de cuidados num ambiente protegido.

A escolha do tema central deste relatório: a intervenção do EEESMP na pessoa com perturbação psicótica induzida por consumos, emergiu de forma natural a partir da experiência clínica vivenciada ao longo dos dois estágios.

A coocorrência destas duas condições representa, um dos maiores desafios clínicos da enfermagem de saúde mental.

Clinicamente, esta condição associa-se a desfechos significativamente mais negativos: maior número e gravidade das recaídas, baixa adesão ao tratamento, uso reiterado de serviços de saúde e risco acrescido de morte prematura (Hove et al., 2023).

. Este cenário sublinha a importância do papel do EESMP na avaliação, na intervenção psicoterapêutica e na coordenação de cuidados, constituindo uma resposta particularmente adequada.

O presente relatório tem como objetivo geral refletir de forma crítica e fundamentada sobre a prática clínica desenvolvida em dois contextos de estágio evidenciando o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns e específicas inerentes ao título de EESMP.

Para a concretização deste objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever e analisar criticamente as atividades e intervenções desenvolvidas, articulando-as com a evidência científica disponível.
2. Demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas nos domínios da avaliação diagnóstica, da intervenção psicoterapêutica, psicossocial e psicoeducativa.
3. Mobilizar conhecimentos e competências no domínio das metodologias de investigação em enfermagem.
4. Promover a disseminação do conhecimento emergente do percurso de estágio.

O presente relatório encontra-se estruturado em diferentes capítulos, iniciando-se com o enquadramento conceptual, seguido da descrição e análise das atividades desenvolvidas nos contextos de estágio, das competências desenvolvidas e do capítulo de investigação, que integra a revisão narrativa da literatura e os estudos de caso. Conclui com a discussão, conclusões e considerações finais. Este relatório cumpre as orientações da ESSV para a elaboração de trabalhos escritos, nomeadamente ao nível da estrutura, formatação e referência bibliográfica.

1. Enquadramento conceptual e teórico

Saúde mental e doença mental grave

A OMS define a saúde mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo reconhece as suas capacidades, consegue lidar com o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e contribui para a sua comunidade (OMS, 2022).

A doença mental grave (DMG) é entendida como uma doença psiquiátrica que, pela forma como evolui e pelas suas características clínicas, afeta de modo prolongado ou contínuo a capacidade de a pessoa funcionar no seu dia a dia. (ministério da saúde, 2010),

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) constitui um instrumento estratégico da política de saúde mental, orientando a organização dos serviços para um modelo de cuidados centrado na comunidade, na integração de cuidados e na promoção dos direitos das pessoas com doença mental (Ministério da Saúde, 2020).

Um marco relevante neste percurso foi a publicação da Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, que estabelece o novo regime jurídico da saúde mental em Portugal. Este diploma reafirma os princípios da autonomia da pessoa, do consentimento informado e da prestação de cuidados no ambiente menos restritivo possível, reforçando a centralidade dos direitos humanos. A lei determina ainda que o internamento deve constituir uma medida de último recurso, privilegiando sempre que viável o tratamento em regime ambulatorio e na comunidade.

Perturbação psicótica induzida por substâncias: definição e enquadramento diagnóstico

A psicose induzida por substâncias constitui um fenómeno clínico que engloba, pelo menos, três situações principais: episódios de perturbação psicótica induzida por substâncias, descompensações de perturbações psicóticas primárias precipitadas pelo consumo de substâncias e quadros em que uma perturbação psicótica coexiste com uma perturbação por uso de substâncias. Esta distinção é clinicamente relevante, mas nem sempre fácil de estabelecer, sobretudo em fases agudas (Fiorentini et al., 2021).

A psicose é definida como uma condição mental caracterizada pela perda de contacto com a realidade. De um modo geral, um transtorno que seja acompanhado de delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento desorganizado e/ou sintomas negativos (anedonia, avolia, etc.), pode ser considerado como psicótico (APA, 2020).

A psicose pode ser devida a transtornos psiquiátricos primários ("não orgânicos") ou ser secundária ao uso de substâncias ou etiologias clínicas específicas ("orgânicos"). Os

transtornos psicóticos primários incluem: esquizofrenia, transtorno delirante, transtorno esquizoafetivo, transtorno esquizofreniforme e transtorno psicótico breve. (APA, 2020)

O diagnóstico diferencial entre psicose primária e psicose induzida por substâncias constitui um dos maiores desafios clínicos. Segundo o DSM-5 - TR, as perturbações psicóticas induzidas por substâncias caracterizam-se pelo aparecimento de sintomas psicóticos durante ou imediatamente após a intoxicação ou abstinência, sendo expectável a sua remissão com abstinência sustentada. Assim, quando os sintomas persistem para além do período esperado de eliminação da substância, aumenta a suspeita de uma psicose primária, pertencente ao espectro das perturbações psicóticas (APA, 2020).

Relação entre consumo de substâncias e psicose

A relação entre consumo de substâncias e psicose é reconhecidamente bidirecional. Por um lado, determinadas substâncias psicoativas podem precipitar, agravar ou mimetizar sintomas psicóticos; por outro, indivíduos com vulnerabilidade psicótica podem recorrer ao consumo como estratégia de regulação de sintomas. (Fiorentini et al., 2021).

Entre as substâncias mais frequentemente implicadas na indução de episódios psicóticos destacam-se metanfetaminas, cannabis e cocaína, que apresentam um papel significativo no aumento da incidência de quadros semelhantes a perturbações psicóticas. Além disso, o aparecimento de novas substâncias psicoativas, como canabinoides sintéticos e catinonas, tem ampliado o risco de ocorrência de psicose induzida por substâncias (Fiorentini et al., 2021).

Uma das questões mais relevantes do ponto de vista clínico e prognóstico é o risco de transição de uma psicose induzida por substâncias para uma perturbação psicótica persistente. Murrie et al. (2020) estimou que cerca de 25% das pessoas com psicose induzida por substâncias evoluem para esquizofrenia, sendo este risco particularmente elevado nos casos associados ao consumo de cannabis (34%), alucinogénios (26%) e anfetaminas (22%).

Contudo, a conceptualização da psicose induzida por substâncias tem sido alvo de debate. Alguns autores defendem que este diagnóstico pode sobrevalorizar o papel do consumo na génese da psicose, uma vez que a evidência sugere que o uso de substâncias, isoladamente, não é suficiente para explicar o desenvolvimento de sintomas psicóticos, sendo necessária a presença de vulnerabilidade individual (Bramness et al., 2024).

Epidemiologia e fatores de risco

Estima-se que 275 milhões de pessoas, cerca de 5,6% da população mundial entre os 15 e os 64 anos, tenham consumido drogas pelo menos uma vez no último ano (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021).

A psicose apresenta uma incidência estimada entre 1,5 e 6,5 casos por 100 000 pessoas / ano, sendo que 25% dos primeiros episódios psicóticos atendidos em serviços de urgência correspondem a perturbações induzidas por substâncias (BMJ Best Practice, 2024).

A evidência indica que indivíduos com perturbações psicóticas apresentam taxas de consumo de substâncias superiores às da população geral (Fiorentini et al., 2021).

A prevalência de perturbação psicótica e perturbação por uso de substâncias varia entre 30% e 50% nos indivíduos com DMG, dependendo do contexto clínico e da substância em causa (Murrie et al., 2020).

No contexto europeu, o consumo de canábis mantém-se como o mais prevalente, sendo também aquele que apresenta associação mais consistente com o risco de psicose, sobretudo quando iniciado precocemente, em doses elevadas e em indivíduos com vulnerabilidade genética (Di Forti et al., 2019).

Em Portugal, dados do Serviço Nacional de Saúde indicam que, entre 2010 e 2014, os internamentos por perturbações mentais induzidas por substâncias aumentaram de 313 para 465 casos, evidenciando o impacto crescente do consumo de substâncias na saúde mental da população (Carvalho et al., 2016).

Os fatores de risco podem ser agrupados em três categorias: fatores relacionados com a substância, fatores individuais e fatores ambientais.

A canábis é a substância ilícita mais associada ao risco de psicose, especialmente quando consumida precocemente e de forma regular. Estimulantes como a cocaína e as metanfetaminas, bem como novas substâncias psicoativas, também contribuem para o aumento desse risco (Fiorentini et al., 2021).

O início precoce do consumo, a história familiar de perturbações psicóticas e a vulnerabilidade genética aumentam o risco de desenvolvimento destes quadros (Fiorentini et al., 2021). Fatores ambientais, como o stress psicossocial, a fácil disponibilidade de substâncias e dificuldades no acesso a cuidados de saúde mental, também contribuem para o aumento do consumo e do risco de psicose. Em Portugal, o álcool e a canábis continuam a ser as substâncias mais prevalentes e associadas a problemas de saúde mental (Direção-Geral da Saúde, 2016).

Impacto psicossocial e clínico.

O consumo de substâncias psicoativas, particularmente canábis e estimulantes, pode precipitar ou agravar sintomas psicóticos, contribuindo para maior instabilidade clínica (Fiorentini et al., 2021). Esta associação relaciona-se também com menor adesão ao

tratamento, maior frequência de recaídas e aumento das hospitalizações psiquiátricas (Bouchard et al., 2022).

Do ponto de vista prognóstico, pessoas com doença mental grave e consumo concomitante de substâncias apresentam uma esperança média de vida 10 a 20 anos inferior à da população geral (Siddiqui et al., 2024). Além disso, cerca de 25% a 32% dos casos de psicose induzida por substâncias evoluem posteriormente para esquizofrenia ou outra perturbação psicótica persistente (Murrie et al., 2020).

No plano social, esta comorbilidade associa-se frequentemente a comportamentos de risco, instabilidade habitacional, dificuldades legais e exclusão social. O impacto estende-se também às famílias e cuidadores, que frequentemente experienciam elevados níveis de sobrecarga emocional e stress (Sampogna et al., 2023; Hove et al., 2022).

Tratamento

O tratamento da psicose induzida por consumos requer uma abordagem integrada, envolvendo a estabilização do quadro agudo, a redução ou cessação do consumo de substâncias e a continuidade de cuidados com vista à prevenção de recaídas. A abstinência, ou a redução do consumo, constitui um objetivo central, uma vez que a persistência do uso se associa a agravamento da sintomatologia psicótica (Medeiros et al., 2021).

Na fase aguda, a intervenção centra-se na contenção do risco, controlo da agitação e redução dos sintomas psicóticos. Os antipsicóticos constituem a base da terapêutica farmacológica. As benzodiazepinas podem ser úteis na agitação psicomotora e em síndromes de abstinência. Em situações de maior complexidade, a clozapina pode ser considerada, existindo benefício em casos de diagnóstico dual (Barcellos, et al., 2024).

Nos casos de maior vulnerabilidade e risco de abandono terapêutico, os modelos integrados e comunitários podem ser particularmente úteis, ao favorecerem proximidade e continuidade de cuidados. A evidência mais robusta sustenta a combinação entre farmacoterapia, intervenções psicossociais e seguimento continuado como base do tratamento (Hunt et al., 2019).

Adesão terapêutica e abandono do tratamento

Diversos fatores contribuem para a não adesão terapêutica nesta população, incluindo défice de insight, efeitos adversos da medicação, ambivalência em relação ao tratamento e a interferência do consumo de substâncias no cumprimento do regime terapêutico. Estes fatores podem comprometer a continuidade dos cuidados e dificultar a estabilização clínica.

O abandono do tratamento é também significativamente mais elevado em pessoas com diagnóstico duplo quando comparado com indivíduos com perturbações psicóticas sem

consumo concomitante de substâncias. Uma meta-análise identificou uma taxa média de abandono de aproximadamente 27% em intervenções psicossociais dirigidas a esta população, evidenciando a vulnerabilidade destes utentes à interrupção precoce do acompanhamento terapêutico (Bouchard et al., 2022).

Modelo teórico de enfermagem

O presente relatório fundamenta-se na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, amplamente utilizada na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Este modelo conceptualiza a enfermagem como um processo terapêutico interpessoal, no qual a relação estabelecida entre enfermeiro e pessoa constitui o principal instrumento de cuidado (Peplau, 1991).

Segundo Peplau, a prática de enfermagem desenvolve-se através de uma interação dinâmica entre enfermeiro e doente, orientada para a identificação de problemas, mobilização de recursos e promoção da saúde. A relação terapêutica permite compreender as necessidades da pessoa, promover a expressão de sentimentos e apoiar o desenvolvimento de estratégias adaptativas, constituindo um elemento central na intervenção em saúde mental (Peplau, 1991).

A autora descreve quatro fases no desenvolvimento da relação terapêutica: orientação, identificação, exploração e resolução. Na fase de orientação, a pessoa reconhece a existência de um problema e procura ajuda, iniciando-se o estabelecimento da relação terapêutica. Na fase de identificação, desenvolve-se maior envolvimento da pessoa no processo terapêutico. Seguidamente, na fase de exploração, a pessoa utiliza os recursos disponíveis e desenvolve competências para lidar com as dificuldades. Por fim, na fase de resolução, ocorre a progressiva autonomia da pessoa na gestão da sua saúde (Peplau, 1991).

Este modelo assume particular relevância na intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma vez que enfatiza a relação terapêutica, a comunicação e o desenvolvimento de competências como elementos fundamentais do processo de cuidado. No contexto da psicose induzida por substâncias, a teoria de Peplau oferece um enquadramento conceptual adequado para orientar intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais, promovendo a adesão ao tratamento, o insight e processos de recuperação centrados na pessoa.

Comunicação e relação terapêutica

De acordo com Peplau (1991), a comunicação representa o principal instrumento da relação interpessoal em enfermagem, sendo utilizada de forma consciente e deliberada para promover crescimento pessoal e mudança. Neste contexto, o uso terapêutico do self traduz a

capacidade de o enfermeiro mobilizar a sua presença, atitudes e respostas emocionais como instrumentos de cuidado.

A comunicação terapêutica constitui um recurso da relação de ajuda em enfermagem, permitindo promover insight, adaptação e recuperação em saúde mental (Sequeira, 2020).

Associada a este processo, a relação terapêutica consiste numa relação profissional estruturada, baseada na empatia, autenticidade e respeito, que cria um espaço seguro para a expressão de sentimentos e para o desenvolvimento de estratégias de adaptação (Sequeira, 2020).

Na prática do EESMP, a comunicação e a relação terapêutica são fundamentais para estabelecer confiança, promover insight, apoiar a gestão de crises e sustentar intervenções psicoterapêuticas.

Entrevista Motivacional

A EM, constitui uma abordagem comunicacional colaborativa, centrada na pessoa e orientada para objetivos, cujo propósito é explorar e resolver a ambivalência, fortalecendo a motivação intrínseca para a mudança através do diálogo terapêutico. Esta abordagem parte do princípio de que a ambivalência é uma experiência humana expectável e frequentemente o principal obstáculo ao processo de mudança (Miller & Rollnick, 2013).

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), a EM é indicada em situações de abuso de álcool, abuso de drogas e adesão comprometida ao regime terapêutico, sendo estas as áreas onde a técnica demonstra maior utilidade clínica. Nesses contextos, os resultados de enfermagem esperados centram-se na redução ou cessação de comportamentos de abuso e na melhoria da adesão ao tratamento (OE, 2023).

A EM assenta em princípios fundamentais que estruturam o diálogo terapêutico: expressar empatia através de escuta reflexiva; desenvolver discrepâncias entre o comportamento atual e os valores pessoais para aumentar a motivação; ajustar-se à resistência evitando confrontação; compreender as motivações pessoais do cliente; e reforçar a autoeficácia, incentivando a confiança na capacidade de mudança. A técnica implica resistir ao impulso de dar conselhos, permitindo que o próprio cliente descubra soluções e conduza o processo de mudança (Miller & Rollnick, 2013).

A aplicação da EM exige a avaliação da prontidão para a mudança, entendida como um processo dinâmico que evolui pelos estádios de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. (Miller & Rollnick, 2013).

Nesse sentido, a EM articula-se diretamente com o Modelo Transteórico da Mudança, desenvolvido por Prochaska e DiClemente, que conceptualiza a mudança comportamental como um processo dinâmico composto por cinco estádios: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção. Esta integração é relevante porque permite calibrar a intervenção consoante o estádio em que o utente se encontra (Prochaska & Velicer, 1997).

A EM constitui uma abordagem que promove a motivação intrínseca para a mudança, orientando o diálogo clínico para um processo de mudança autodeterminado.

Psicoeducação

A psicoeducação constitui uma intervenção estruturada que integra componentes educativas e terapêuticas, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre a doença, promover competências de autocuidado e melhorar a adesão ao tratamento (OE, 2023). No contexto da enfermagem de saúde mental, esta intervenção visa capacitar a pessoa com doença mental para compreender a sua condição clínica, reconhecer sinais precoces de descompensação e desenvolver estratégias adaptativas que favoreçam a estabilidade e a recuperação (OE, 2023).

Na prática clínica, a psicoeducação é frequentemente implementada através de programas estruturados conduzidos por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros especialistas, podendo assumir formato individual ou grupal e envolver familiares ou cuidadores no processo terapêutico (Alves et al., 2024).

Esta intervenção contribui para fornecer informação e capacitar a pessoa e a família a compreender e gerir a doença mental, promovendo autonomia, adesão ao tratamento e prevenção de recaídas. Programas de psicoeducação integrados têm demonstrado impacto positivo na melhoria da adesão terapêutica e na redução de episódios de descompensação clínica em populações com duplo diagnóstico (Hove et al., 2023).

No plano regulatório, a psicoeducação é reconhecida como uma intervenção especializada da Enfermagem de Saúde Mental. o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica da OE (2023) descreve a intervenção psicoeducacional como uma competência específica do EESMP, integrando componentes educativas, apoio emocional e treino de coping orientados para a promoção da autonomia da pessoa e da sua família.

Do mesmo modo, o Regulamento n.º 515/2018 da OE estabelece que o EESMP desenvolve intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas ao longo do ciclo de vida, assumindo um papel central na conceção,

implementação e avaliação de programas psicoeducativos em contexto comunitário e hospitalar.

Intervenção familiar

A intervenção familiar consiste num conjunto de ações terapêuticas, educativas e de apoio psicossocial dirigidas à família da pessoa com doença mental, com o objetivo de reduzir a sobrecarga familiar, melhorar a comunicação, fortalecer estratégias de coping e promover a adaptação ao processo de doença (Sequeira, 2020). A evidência científica demonstra que as intervenções familiares estruturadas são eficazes na abordagem das perturbações mentais graves, contribuindo para a redução das taxas de recaída e reinternamento, bem como para a diminuição da emoção expressa no contexto familiar (Pharoah et al., 2010).

Neste processo, o EESMP desempenha um papel central na avaliação das necessidades da família, na promoção de uma relação terapêutica e na integração da intervenção familiar no plano individual de cuidados. A sobrecarga familiar, frequentemente associada a sentimentos de culpa, ansiedade e angústia, pode comprometer a dinâmica familiar e a capacidade de adaptação à doença, justificando a necessidade de intervenções estruturadas (Pinho, 2020).

Assim, a intervenção familiar contribui para melhorar a compreensão da doença, fortalecer estratégias adaptativas e promover a estabilidade clínica da pessoa com perturbação psicótica, constituindo uma abordagem essencial para a prevenção de recaídas e para a promoção do processo de recuperação (Pinho, 2020).

Gestão do Regime Terapêutico

A gestão do regime terapêutico engloba o conjunto de intervenções do EESMP destinadas a promover e sustentar a adesão da pessoa ao plano de tratamento ao longo do tempo. A administração de antipsicóticos de ação prolongada (APLD) constitui uma estratégia de elevada relevância nesta população, por garantir níveis plasmáticos estáveis e eliminar a incerteza sobre a adesão oral (Hove et al., 2023). A prevenção de recaídas articula-se com a identificação precoce dos sinais de alerta e com o desenvolvimento de um plano individualizado de ação em crise.

Sistemas de Classificação

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), desenvolvida pelo International Council of Nurses (ICN, 2019), constitui o sistema de classificação de referência para a prática de enfermagem que permite a formulação de diagnósticos, resultados e intervenções de forma padronizada (ICN, 2019).

Complementarmente à CIPE®, a NANDA International, Inc. (NANDA-I) disponibiliza uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem organizados em domínios e classes, descrevendo as respostas humanas às situações de saúde e doença. A NIC (Nursing Interventions Classification) classifica as intervenções de enfermagem de forma padronizada. A NOC (Nursing Outcomes Classification) classifica os resultados sensíveis às intervenções, permitindo avaliar de forma mensurável a eficácia das intervenções implementadas. A utilização articulada de NANDA-I, NIC e NOC configura um modelo de planeamento de cuidados robusto. (ICN, 2019).

Ao documentar rigorosamente os diagnósticos, intervenções e resultados, o EEESMP torna mensuráveis os ganhos em saúde que a sua prática produz, contribuindo para a demonstração do valor da enfermagem especializada no sistema de saúde (ICN, 2019).

Papel do EESMP

O exercício profissional EESMP encontra-se enquadrado pelos referenciais normativos da OE, que definem um conjunto de competências específicas e comuns orientadoras da prática clínica.

O Regulamento n.º 515/2018 estabelece as competências específicas do EEESMP, organizadas em quatro domínios: (F1) desenvolvimento de autoconhecimento e utilização do self como instrumento terapêutico; (F2) promoção e otimização da saúde mental ao longo do ciclo de vida; (F3) apoio à pessoa, família e grupos na consecução do máximo de saúde mental; e (F4) prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018). Complementarmente, o Regulamento n.º 140/2019 define as competências comuns do enfermeiro especialista, incluindo responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional (OE, 2019).

A prática do EESMP estrutura-se no processo de enfermagem (avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação) garantindo uma abordagem sistemática, contínua e centrada na pessoa (International Council of Nurses, 2019). A sua operacionalização através da CIPE® e de sistemas de informação como o SClínico permite a documentação padronizada dos cuidados, contribuindo para a visibilidade da prática especializada e para a monitorização dos ganhos em saúde (OE, 2018; ICN, 2019).

A prática baseada na evidência constitui um pilar fundamental da intervenção do EESMP, integrando a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica e os valores e preferências da pessoa, com vista à prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa (Naz & Ganaie, 2023).

A enfermagem de saúde mental, sustentada na evidencia científica apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociológicas e neurobiológicas procura alcançar padrões de qualidade na sua intervenção. O Regulamento n.º 356/2015 da OE identifica oito categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social. Estes padrões servem como diretrizes para os EESMP, orientando a sua prática profissional e assegurando a prestação de cuidados de elevada qualidade aos clientes. São também um instrumento essencial para a promoção da melhoria continua e com referencial para a reflexão sobre a prática (OE, 2015).

Em síntese, o papel caracteriza-se pela integração de competências clínicas, relacionais e científicas.

2. Estágio em contexto de saúde mental na comunidade

A abordagem da Saúde Mental Comunitária dá cada vez maior ênfase à manutenção dos doentes na respetiva comunidade residencial, com promoção da sua autonomia e integração social, em vez de os confinar, mais ou menos de forma permanente, em instituições psiquiátricas (Ministério da Saúde, 2020).

2.1 Caracterização do contexto clínico

O estágio curricular foi realizado em contexto de saúde mental na comunidade.

O local de estágio, em funcionamento há mais de 30 anos, assegura cuidados de saúde mental abrangendo uma população de aproximadamente 400.000 habitantes.

É atualmente um pilar da Rede Nacional de Cuidados de Saúde Mental Comunitária, com a missão de prestar cuidados integrados e continuados a pessoas com DMG, promovendo a reabilitação, a autonomia e a integração comunitária.

O setor onde decorreu o presente estágio, acompanha uma população de aproximadamente 115.000 habitantes, com um total de 160 utentes em acompanhamento ativo. O modelo assistencial é descentralizado, com consultas nos centros de saúde, acompanhamento telefónico e realização de visitas domiciliárias e institucionais.

A equipa do setor integra dois EESMP, três médicos psiquiatras, um assistente social, um psicólogo, um terapeuta ocupacional e um assistente técnico.

Quanto aos recursos, dispõe de gabinetes, salas de consulta, espaços para grupos, áreas administrativas, viatura e teleconsulta, permitindo uma intervenção diversificada.

A população-alvo é constituída maioritariamente por adultos e adultos jovens com DMG, nomeadamente esquizofrenia, perturbação bipolar e outras perturbações psicóticas persistentes. O encaminhamento ocorre através da consulta externa, internamento, cuidados de saúde primários ou serviços sociais.

O EESMP assume um papel central na avaliação, intervenção, reabilitação e coordenação de cuidados, promovendo intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, adesão terapêutica e articulação interinstitucional.

2.2 Atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas em contexto comunitário, em consonância com o projeto de estágio (Apêndice 6), refletem a proximidade e continuidade dos cuidados, permitindo intervir junto da pessoa no seu ambiente real de vida. Estas ações integraram avaliação, intervenção terapêutica, educação para a saúde e articulação com recursos locais, promovendo autonomia, estabilidade clínica e inclusão social.

Objetivo: Integrar a equipa multidisciplinar e a organização do serviço

A integração na equipa multidisciplinar constituiu um objetivo da fase inicial do estágio, sendo determinante para compreender o funcionamento do serviço e o modelo de cuidados comunitários. Esta fase incluiu o conhecimento da estrutura organizacional, dos recursos humanos e materiais, dos sistemas de informação e dos referenciais normativos que orientam a prática clínica.

Conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais.

Conhecer as infraestruturas, os profissionais e os recursos existentes foi uma condição essencial para compreender o funcionamento da equipa.

Relativamente à estrutura física, verificou-se que as condições variam consoante os locais de prestação de cuidados. No espaço onde se localiza o centro operacional, a sala de trabalho destinada aos profissionais revelou-se reduzida face ao número de elementos da equipa e às atividades desenvolvidas, condicionando a privacidade e a concentração. Em contraste, os espaços descentralizados nos cuidados de saúde primários apresentaram, de forma geral, condições adequadas para o atendimento clínico de qualidade.

Identificar os diferentes profissionais e suas funções permitiu desenvolver relações de colaboração. Esta experiência reforçou a convicção de que a prática interdisciplinar implica uma cultura de partilha e que esta cultura precisa de ser cultivada.

No plano organizacional, a equipa segue uma rotina semanal estruturada. À segunda-feira realiza-se a reunião da equipa da UIC, dedicada à discussão de casos clínicos e planeamento das intervenções. Entre terça e quinta-feira desenvolve-se maioritariamente trabalho na comunidade, através de consultas descentralizadas, visitas domiciliárias e articulação com instituições parceiras. A sexta-feira é dedicada ao trabalho de gabinete, incluindo atualização de registos clínicos e preparação de intervenções.

Consultar protocolos, normas e procedimentos do serviço.

A consulta dos protocolos, normas e procedimentos do serviço foi uma etapa da integração, que me permitiu compreender os referenciais orientadores e os procedimentos em vigor, ajudando-me a desenvolver intervenções alinhadas com a cultura organizacional.

Entre os documentos consultados, O Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave (DMG) apresenta um conjunto estruturado de orientações dirigidas aos EESMP, sublinha a importância de uma prática, centrada na pessoa, família e comunidade, promovendo autonomia, recuperação funcional e continuidade de cuidados. o EESMP atua como gestor de caso (OE, 2021).

A análise do relatório A Reforma da Saúde Mental em Portugal: Três Anos de Transformação (2024) permitiu-me enquadrar a evolução recente do modelo comunitário e compreender os desafios e metas atuais do sistema.

O Manual para a Implementação e Desenvolvimento das Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a População Adulta forneceu orientações sobre a constituição, organização e funcionamento destas equipas. Este manual define recursos mínimos, metodologias de intervenção, modelos organizativos e indicadores de avaliação, garantindo que a atuação seja integrada com os cuidados primários e com a comunidade (Sousa Gago et al., 2023).

Conhecer os sistemas de informação e documentação.

Segundo Gonçalves (2020), os Sistemas de Informação de Enfermagem permitem registos rigorosos e padronizados, apoiando a tomada de decisão e a continuidade dos cuidados. Também tornam visível o impacto das intervenções, possibilitando a produção de indicadores essenciais para demonstrar ganhos em saúde.

A familiarização com os sistemas de informação em saúde, nomeadamente o SClínico e o GHAF, permitiram compreender os processos de registo, consulta de dados clínicos, comunicação interna e monitorização dos utentes. No entanto, identifiquei algumas limitações, como menus pouco intuitivos e informação dispersa, fatores que dificultaram a pesquisa rápida de dados. Apesar destes constrangimentos, o treino e o domínio progressivo dos processos de documentação permitiram-me elaborar registos rigorosos.

Observar atividades desenvolvidas pela equipa.

A observação das atividades desenvolvidas pela equipa permitiu aprofundar a compreensão da prática em saúde mental comunitária. Através da observação de consultas de enfermagem, visitas domiciliárias, reuniões multidisciplinares e intervenções psicoterapêuticas, desenvolvi consciência da diversidade de abordagens.

Paralelamente à componente assistencial, a participação em atividades formativas complementou o desenvolvimento profissional. A presença num Encontro de Saúde Mental constituiu um momento de reflexão crítica. O programa integrou comunicações e debates sobre competências culturais na prática clínica, o papel da família no processo de recuperação, bem como questões relacionadas com identidade, diversidade e desigualdade de género no acesso aos cuidados em saúde mental, expondo temas nem sempre refletidos. Durante o encontro, colaborei numa sessão de risoterapia, com recurso a exercícios de riso, dinâmicas de grupo e técnicas de relaxamento. Esta intervenção contribuiu para a promoção

do bem-estar emocional, da interação social e da redução do stresse, enquadrando-se como uma prática integrativa complementar em saúde mental (Rodríguez & Rojas Verdugo, 2017).

Finalmente, a participação no Encontro das Novas Equipas Comunitárias de Saúde Mental constituiu um momento de consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo do estágio, permitindo refletir sobre a implementação do modelo comunitário, os desafios da articulação interinstitucional e o papel do enfermeiro especialista na promoção da continuidade de cuidados.

Participar nas reuniões clínicas.

As reuniões de equipa constituem um recurso para o trabalho interdisciplinar, pois possibilitam o encontro entre profissionais. Quando bem estruturadas, estas, tornam-se espaços para a construção de planos individuais de cuidados, discussão de casos, partilha de responsabilidades, partilha de saberes, formação contínua e integração entre os diferentes níveis de cuidado. Para que sejam eficazes, exigem organização dos horários, compromisso da gestão e promoção de uma comunicação horizontal entre diferentes disciplinas, evitando assim práticas isoladas e promovendo um cuidado holístico (Giacomini, 2022).

Em consonância com os princípios do modelo comunitário e do trabalho em equipa, fui integrando progressivamente as reuniões clínicas multidisciplinares. Nestes espaços de partilha e articulação interprofissional, contribuí com informação pertinente sobre os utentes acompanhados, participei na discussão de casos clínicos e colaborei na definição de estratégias terapêuticas ajustadas às necessidades identificadas.

Objetivo: Desenvolver competências de avaliação diagnóstica e necessidades de intervenção.

Este objetivo, constitui um pilar da prática em EESMP. Esta competência materializa-se através de múltiplas atividades: entrevistas clínicas, observação, avaliação do estado mental, aplicação de escalas, visitas domiciliárias, reuniões multidisciplinares entre outras.

Acompanhar e realizar entrevistas clínicas

O acompanhamento e a realização de entrevistas clínicas constituíram uma oportunidade para o desenvolvimento de competências de comunicação terapêutica e de avaliação diagnóstica. A observação e a participação progressiva nestes momentos permitiram-me consolidar técnicas para a prática especializada.

A entrevista clínica é um instrumento essencial para recolher informações precisas que permitam orientar o pensamento para um diagnóstico ou para a caracterização de um problema (Sequeira, 2020). A qualidade depende das competências relacionais do enfermeiro, como a empatia, a autenticidade e a ausência de julgamento, sendo a relação terapêutica um

elemento essencial para a avaliação, intervenção e recuperação em saúde mental (Laranjeira, 2021).

No decurso do ensino clínico, planeei e realizei uma entrevista de avaliação inicial (Apêndice 1), que serviu de base à elaboração do estudo de caso.

Esta sessão teve como objetivo proceder a uma avaliação global das necessidades de intervenção. O planeamento da entrevista incluiu a definição de objetivos, a revisão prévia do historial clínico e a adequação do ambiente físico, garantindo condições de conforto, segurança e privacidade. A entrevista foi conduzida com base num guião estruturado (Apêndice 1), organizado em fases de introdução, desenvolvimento e conclusão, assegurando uma abordagem sistemática.

Ao longo do estágio tive ainda oportunidade de assistir a diversas entrevistas de avaliação clínica, as quais constituíram momentos de aprendizagem. Numa das entrevistas observadas, a uma utente com diagnóstico prévio de perturbação bipolar, apresentava uma reduzida perceção das consequências dos seus comportamentos e um humor elacionado caracterizado por um discurso acelerado e irritabilidade fácil. Esta avaliação permitiu sinalizar este caso.

Esta experiência permitiu reconhecer a entrevista não apenas como um instrumento diagnóstico, mas também como uma intervenção terapêutica em si mesma. A sua condução revelou-se exigente, uma vez que a comunicação terapêutica integra competências complexas como empatia, escuta ativa, utilização do silêncio, formulação de perguntas abertas, validação emocional, síntese e feedback, exigindo igualmente autorreflexão e capacidade de estabelecer limites (Sequeira, 2020). Em diversos momentos, experienciei ansiedade e insegurança, posturas que podem influenciar a a qualidade do contacto. Contudo, a prática progressiva permitiu consolidar estas competências, evidenciando que cada entrevista constituiu simultaneamente um momento de avaliação e um processo de crescimento e autoconhecimento.

Realizar visitas domiciliarias

A avaliação no domicílio possibilita considerar dados do estado físico, mental, e do meio social e familiar (condições habitacionais, suporte e competências do cuidador informal) (Freitas, 2023).

Um aspeto distintivo deste ensino foi a avaliação realizada através de visitas domiciliárias, que me permitiram observar *in situ* o contexto de vida dos utentes.

Uma das entrevistas acompanhadas decorreu com um utente com diagnóstico de esquizofrenia, com historial de múltiplos internamentos e adesão irregular ao tratamento.

Durante a entrevista foram explorados aspetos relacionados com a adesão à medicação, rotinas diárias, padrões de sono e sinais de descompensação, permitindo identificar fatores de risco, como isolamento social e desleixo no autocuidado.

Noutra visita realizada, identifiquei a ausência de rotinas, com o utente a permanecer grande parte do dia isolado no quarto, em ambiente pouco iluminado e com utilização prolongada de dispositivos eletrónicos, o que sustentou necessidade de sinalizar o utente para uma intervenção de vigilância e acompanhamento mais rigorosa.

Outro exemplo foi a avaliação do padrão de consumo de um utente em acompanhamento, que implicou a sua procura em locais não habituais. A avaliação realizada revelou estabilidade clínica, apesar da manutenção de consumos, sem sinais de descompensação, confirmando-se a necessidade de manter o acompanhamento.

Entrar no espaço de vida de uma pessoa é um ato que exige uma consciência ética permanente. O domicílio é o território da pessoa e este dado exigiu de mim uma postura de humildade e de respeito. A tensão entre o impulso de sugerir mudanças, de reorganizar o ambiente, e o respeito pela autonomia da pessoa foi uma aprendizagem exigente.

Realizar observação e exame do estado mental.

De acordo com Amaral (2020), a observação é um processo que deve integrar dimensões comportamentais, emocionais, cognitivas e relacionais do utente.

Durante o estágio, a observação clínica e o exame do estado mental constituíram instrumentos de avaliação diagnóstica. Esta competência foi desenvolvida tanto em contexto de consulta de enfermagem como em visitas domiciliárias e momentos informais de interação. A observação incidiu sobre dimensões, como o aspeto geral, o autocuidado, a postura, o contacto, a atitude e a interação social. De forma estruturada, procedi à realização do exame do estado mental, avaliando o comportamento, as características do discurso, o humor e afeto, a forma e o conteúdo do pensamento, orientação, funções cognitivas, bem como o nível de insight. A observação em contexto domiciliário acrescentou profundidade à avaliação, ao possibilitar a leitura do funcionamento real no quotidiano.

Aplicar escalas de avaliação padronizadas.

Este objetivo foi transversal a todo o percurso formativo, sendo por isso abordado de forma global no presente capítulo.

Uma escala de avaliação em saúde mental é um instrumento padronizado composto por um conjunto de itens que permite quantificar características psíquicas, psicológicas ou comportamentais que nem sempre são observáveis. Determinar a presença de um sintoma passa, necessariamente, pela subjetividade do paciente e/ou do avaliador. As escalas de

avaliação são apropriadas para estimar a intensidade, a frequência ou mudanças de sintomas, porém não servem para fazer um diagnóstico clínico, que é função das entrevistas diagnósticas (Gorenstein, 2016.)

No entanto, atendendo ao contexto de prática, marcado por elevada carga assistencial e situações de crise, considerei que a sua aplicação exigiria tempo, formação e condições que nem sempre estavam reunidas, podendo ainda ser percebida como intrusiva e comprometer a relação terapêutica. Por este motivo, optei por não aplicar escalas de forma sistemática.

Ainda assim, ao longo do estágio, procedi à pesquisa e análise de diversas escalas validadas para rastreio e avaliação em saúde mental, cuja eventual aplicação considerei em função da pertinência clínica. Entre estas destacam-se o Mini-Mental State Examination (MMSE), a Escala de Ansiedade de Hamilton, o Inventário de Depressão de Beck, a Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), a Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), o Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), a SOCRATES 8D, a Quality of Life Scale, a Escala de Autoestima de Rosenberg e a Escala de Sobrecarga do Cuidador, reconhecendo a sua relevância como complemento à avaliação clínica em contextos adequados.

Objetivo: Intervir a nível individual, grupal, familiar e comunitário.

Este objetivo reflete a capacidade de planejar e implementar intervenções que promovam a recuperação, a autonomia e a inclusão social da pessoa, considerando-a no seu contexto.

As intervenções desenvolvidas integraram abordagens psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais, orientadas para o empowerment da pessoa e da família, a prevenção de recaídas e o fortalecimento de redes de apoio.

Implementar intervenções de psicoeducação.

A psicoeducação constitui uma intervenção estruturada amplamente reconhecida na literatura como eficaz na melhoria da literacia em saúde mental, na promoção da adesão terapêutica e na prevenção de recaídas em pessoas com DMG (Alves et al., 2024). Para além da transmissão de informação, esta intervenção permite promover maior compreensão da doença, facilitar a identificação precoce de sinais de descompensação e desenvolver competências de autocuidado.

No âmbito do estudo de caso, planeie e implementei uma sessão individual de psicoeducação (Apêndice 1) com o objetivo de promover a compreensão da relação entre o consumo de cannabis e a exacerbação da sintomatologia psicótica, bem como reforçar

hábitos de vida saudáveis enquanto fatores protetores da estabilidade clínica. A sessão decorreu em ambiente privado e terapêutico, com duração aproximada 45 minutos.

A intervenção revelou-se relevante ao nível do aumento da consciencialização do utente quanto ao impacto do consumo de cannabis na evolução da psicose. Este ganho, constituiu um elemento que facilitou as intervenções seguinte de EM, uma vez que a psicoeducação pode funcionar como um primeiro passo no desenvolvimento do insight.

Do ponto de vista reflexivo, percebi que ensinar exige capacidade de transformar o conhecimento técnico em reflexão para o utente. O envolvimento progressivo do utente evidenciou a importância de uma abordagem centrada na relação terapêutica. Reconheço, contudo, que a gestão das competências relacionais e comunicacionais foram um desafio.

Paralelamente, durante o estágio, tive oportunidade de observar e intervir em diferentes contextos, nomeadamente em consultas individuais e visitas domiciliárias. Estas intervenções tiveram como objetivos principais, promover a literacia em saúde mental, reforçar a adesão terapêutica, prevenir recaídas e capacitar utentes e cuidadores para uma gestão mais autónoma da doença.

Destaco assim, uma intervenção realizada em contexto institucional, aquando da administração de um antipsicótico de libertação prolongada (APLP) a um utente com doença mental grave (DMG). Para além da administração, desenvolvi um momento de ensino dirigido aos cuidadores da instituição, centrado nos efeitos terapêuticos, potenciais efeitos adversos e sinais de alerta, bem como na importância da vigilância pós-administração e da comunicação atempada com a equipa de saúde.

Esta intervenção evidenciou a relevância da psicoeducação dirigida a cuidadores formais, frequentemente responsáveis pela vigilância quotidiana da pessoa com doença mental, constituindo assim um elemento importante na prevenção de recaídas e na continuidade dos cuidados.

Realizar Entrevista motivacional

Durante o estudo de caso foram realizadas duas sessões de EM (Apêndice 1) com duração aproximada de 30 minutos, em contexto de consulta de enfermagem. No guião da entrevista (Apêndice 1) foram contempladas questões em cada sessão assentando nas etapas de atuação.

A primeira sessão teve como objetivo estabelecer e consolidar a relação terapêutica, explorar as perceções do utente relativamente ao consumo de canábis e avaliar a sua motivação para a mudança. Nesta sessão procedi à exploração da ambivalência através da

utilização da balança decisional, promovendo a consciência e o desenvolvimento de discrepância

A segunda sessão centrou-se no aprofundamento da ambivalência e no reforço da motivação para a mudança. Foram utilizadas escalas de prontidão e confiança, com o objetivo de evocar linguagem de mudança e reforçar a autoeficácia do utente. Nesta sessão introduziram-se ainda mini-planos hipotéticos, permitindo ao utente refletir sobre possíveis estratégias de mudança.

A utilização de técnicas comunicacionais, nomeadamente perguntas abertas, escuta reflexiva, afirmações e sumários, aliada a uma postura empática, facilitou a expressão de conteúdos sensíveis, como receios com o sofrimento familiar. Como referem Miller e Rollnick (2013), o espírito da EM assente na parceria, aceitação, e evocação é tão determinante para os resultados como as técnicas específicas utilizadas.

Apesar de não se ter verificado cessação do consumo durante o período de acompanhamento, os resultados obtidos devem ser analisados de forma realista e contextualizada. A EM não teve como objetivo imediato a abstinência, mas sim o aumento da consciência da problemática, a clarificação da ambivalência e o reforço da motivação. Estes resultados podem ser considerados relevantes, uma vez que a EM tem como objetivo inicial promover reflexão e aumentar a motivação para a mudança. Assim, a intervenção contribuiu para a construção de um processo motivacional inicial, que poderá servir de base para intervenções terapêuticas futuras.

A realização de apenas duas sessões constitui um período relativamente curto para o desenvolvimento de um processo motivacional mais aprofundado. Neste sentido, a continuidade da EM ao longo do acompanhamento clínico poderia potenciar a consolidação dos ganhos.

Realizar Intervenção familiar

. A inclusão da família nos planos de cuidados melhora a adesão terapêutica, reduz as taxas de recaída e diminui a sobrecarga dos cuidadores (Pharoah et al., 2010). Em contexto comunitário, a intervenção familiar adquire particular relevância, uma vez que é frequentemente a família que suporta o quotidiano da pessoa com DMG, muitas vezes sem preparação ou apoio adequados.

No âmbito do estudo de caso, a intervenção familiar (Apêndice 1) foi integrada no plano de cuidados, tendo sido realizada uma sessão com duração de 45 minutos. Esta intervenção permitiu estabelecer uma relação terapêutica com a mãe do utente, criando um espaço seguro

para a expressão das suas vivências, preocupações e expectativas face à doença, promovendo maior envolvimento no processo terapêutico.

Os objetivos centraram-se na avaliação do conhecimento sobre a doença, na identificação de sinais de sobrecarga emocional, na clarificação de estratégias de gestão de crise e na promoção do autocuidado. Apesar de demonstrar conhecimento adequado sobre a doença, a sessão contribuiu para a clarificação de crenças e redução de atitudes culpabilizantes. Foram identificados sinais ligeiros de sobrecarga emocional, o que possibilitou refletir sobre estratégias de autocuidado. Observei um envolvimento ativo e disponibilidade da família para colaborar.

Ao longo do estágio em diversos contextos foi possível intervir com a família. Procurei promover a expressão de dúvidas, receios, crenças e/ou outras emoções, incentivando a partilha de informação. A presença do familiar favorece um planeamento conjunto e um maior envolvimento no projeto de saúde do utente. Nem sempre os utentes com patologia psiquiátrica apresentam *insight* suficiente para uma discussão aberta do seu estado clínico, tornando-se essencial a sensibilização da família.

Implementar intervenções na prevenção e gestão de crise.

Em contexto comunitário, esta responsabilidade é acrescida, uma vez que o enfermeiro é frequentemente o primeiro profissional a detetar alterações do estado clínico, seja em consulta, visita domiciliária ou contacto telefónico.

Neste sentido, destaco o caso de um utente que, durante uma consulta de enfermagem, apresentou discurso e comportamento desorganizados, evidenciando descompensação psicopatológica com exacerbação de sintomas positivos, nomeadamente ideação delirante e aumento da desconfiança. Diante destes sinais, sinalizou-se imediatamente a situação à equipa multidisciplinar, reforçando a vigilância, articulando com o médico psiquiatra e ajustando intervenções de enfermagem centradas na contenção emocional, clarificação da realidade e promoção da adesão terapêutica. Embora o caso tenha culminado em internamento, a intervenção precoce preveniu um agravamento severo, evidenciando a importância da atuação proativa.

Administrar medicação e apoiar na gestão e adesão ao tratamento

A administração de medicação em contexto comunitário constitui uma intervenção central. A utilização de APLP, frequentemente administrados por enfermeiros na comunidade, associa-se a melhores taxas de adesão e menor incidência de recaídas (Kishimoto et al., 2013).

No acompanhamento desenvolvido, a administração programada desta terapêutica implicou a avaliação da resposta clínica, a monitorização de efeitos adversos e a análise da aceitação do tratamento. Permitiu ainda observar o impacto da medicação no funcionamento diário e na evolução da sintomatologia psicótica.

Para além do ato técnico, cada momento de administração serve como oportunidade terapêutica, permitindo explorar dúvidas, informar sobre os benefícios do tratamento e identificar sinais de descompensação. A articulação da gestão da medicação com intervenções Psicoeducativas contribuiu para o aumento da literacia e reforço da responsabilidade

Assim, a administração de medicação e o apoio à adesão terapêutica configuram intervenções que mobilizam competências técnicas, relacionais e educativas, contribuindo para a estabilidade clínica, prevenção de recaídas e continuidade de cuidados.

Intervir e articular com estruturas na comunidade.

Segundo Thornicroft e Tansella (2008), a qualidade dos cuidados depende da coordenação eficaz entre diferentes níveis assistenciais e da integração entre serviços de saúde, apoio social e recursos comunitários, permitindo responder de forma abrangente à complexidade clínica e psicossocial das pessoas com DMG.

Neste domínio, destaco a participação numa reunião na CPCJ para discussão do caso de uma utente internada, previamente acompanhada por várias instituições, incluindo CPCJ, Pedopsiquiatria, ASSOL e Agrupamento de Escolas. A utente apresentava um comportamento desviante, marcado por episódios de violência, sobretudo dirigidos à progenitora. Dado tratar-se de uma pessoa com 18 anos, em transição para a vida adulta, tornou-se necessário articular diferentes estruturas da comunidade com o objetivo de definir uma solução para o período pós-alta clínica. Trata-se, adicionalmente, de um caso com significativo alarme social.

A reunião contou com a presença de profissionais de saúde, enfermeiros ESMP, assistentes sociais, gestora de caso, psicóloga do agrupamento de escolas e técnica da ASSOL. O contributo da EESM centrou-se na análise clínica e psicossocial da situação, na identificação dos fatores de risco e vulnerabilidade, e na clarificação das necessidades da utente para a reintegração comunitária. A enfermeira destacou ainda a importância de garantir um ambiente estruturado, de promover estratégias de gestão comportamental e de assegurar a continuidade terapêutica através de uma rede de suporte interinstitucional. Após discussão multidisciplinar, concluiu-se que a alternativa mais adequada seria a integração da utente

numa instituição de apoio à deficiência, nomeadamente um lar residencial ou uma resposta da CASCI, garantindo suporte especializado.

No momento da alta, realizou-se ainda uma reunião entre a médica, a assistente social, a enfermeira ESMP e a mãe da utente, na qual foi reforçado o plano de alta, garantindo continuidade de cuidados e articulação entre as instituições envolvidas.

Realizar Follow up telefónico

O follow-up telefónico tem sido descrito como uma intervenção que promove a continuidade de cuidados, reforça a adesão terapêutica e permite a identificação de sinais de descompensação. A evidência demonstra que contactos telefónicos regulares após a alta psiquiátrica estão associados a menor risco de reinternamento e melhor vinculação aos serviços de saúde mental, constituindo uma estratégia eficaz na gestão comunitária da doença mental (Vigod et al., 2013).

Destaco, uma consulta telefónica de follow-up pós-alta, que realizei e se revelou significativa, por permitir uma avaliação da gestão do regime terapêutico, verificando a adesão à medicação, o cumprimento das consultas agendadas e a organização das rotinas diárias. Foram também explorados aspetos relacionados com o sono, a alimentação e a gestão da ansiedade e do humor.

Esta experiência evidenciou que a qualidade da relação terapêutica não depende exclusivamente da presença física. Uma voz conhecida, uma postura de escuta genuína e a sensação de ser acompanhado podem constituir fatores protetores. Ao mesmo tempo, o formato telefónico impõe limitações à avaliação, nomeadamente a impossibilidade de observar a comunicação não-verbal, o que exige uma escuta ainda mais atenta e um questionamento mais rigoroso.

Objetivo: Desenvolver de competências de investigação e desenvolvimento profissional.

Realizar formação em serviço sobre Burnout.

O Regulamento n.º 122/2011 atribui ao enfermeiro especialista a responsabilidade pela formação de pares e outros profissionais. Nesse âmbito, realizei uma formação sobre Burnout numa unidade de cuidados de saúde primários (Apêndice 2), focada na saúde ocupacional e no impacto deste fenómeno a nível individual e institucional.

O Burnout é um fenómeno ocupacional decorrente do stresse crónico não gerido, manifestando-se por exaustão, despersonalização e baixa realização profissional (WHO,

2019). Dada a vulnerabilidade dos profissionais de saúde à carga emocional e exigência clínica, a instituição solicitou esta intervenção como estratégia de prevenção.

A formação adotou uma metodologia expositivo-dialogada, abordando desde conceitos e fatores de risco até estratégias de prevenção individual e organizacional. A adesão foi positiva, com os participantes a valorizarem a clareza dos conteúdos e a partilharem estratégias de autocuidado, como a atividade física, o lazer e cozinhar.

Esta atividade consolidou o meu papel como futuro EESMP na promoção da literacia em saúde mental e de uma cultura organizacional mais saudável. Concluo, contudo, que estas ações devem ser integradas em políticas institucionais contínuas de apoio psicológico e melhoria das condições de trabalho.

Realizar de estudo de caso.

O estudo de caso constitui uma estratégia relevante na prática de enfermagem, permitindo analisar as necessidades da pessoa, família e comunidade e orientar intervenções adequadas (Galdeano et al., 2003).

O presente caso refere-se a um utente com psicose induzida por substâncias, com antecedentes de internamento e acompanhamento na UIC após episódios de descompensação.

A sua elaboração baseou-se numa avaliação inicial abrangente, que sustentou a identificação de diagnósticos de enfermagem, definição de objetivos e planeamento de intervenções, incluindo Entrevista Motivacional, psicoeducação e intervenção familiar.

A implementação decorreu de forma faseada, com envolvimento do utente, família e equipa multidisciplinar.

O desenvolvimento detalhado e a análise crítica do estudo de caso encontram-se apresentados no capítulo de investigação.

Realizar de guia de acolhimento para utentes para acompanhamento na UIC e instrução de trabalho em caso de violência em contexto de visita domiciliaria.

Durante o estágio, identifiquei necessidades emergentes no serviço e, em articulação com a tutoria clínica, elaborei dois documentos técnico operacionais que constituíram uma intervenção no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados.

O Guia de Acolhimento, destinado a utentes e famílias, que visa humanizar o primeiro contacto com a UIC, permitiu sistematizar informação relevante sobre funcionamento da unidade, direitos e deveres dos utentes, objetivos do acompanhamento e recursos disponíveis.

A Instrução de Trabalho em Caso de Violência, um protocolo orientador de boas práticas de segurança e comunicação em situações de risco em visitas domiciliárias, representou um contributo para a uniformização de procedimentos e reforço da segurança clínica. Este documento visou orientar a identificação precoce de sinais de risco, a avaliação estruturada da situação, a articulação com equipas multidisciplinares e entidades competentes, bem como a adoção de medidas de proteção adequadas.

A criação desses instrumentos traduziu uma atitude proativa, crítica e colaborativa, legitimando o contributo do enfermeiro para a qualidade organizacional e para a segurança das equipas no terreno.

Objetivo: Desenvolver capacidade de reflexão crítica sobre a prática de cuidados especializados.

Este objetivo foi realizado durante todo o percurso formativo, sendo por isso abordado somente no presente capítulo. O desenvolvimento da capacidade de reflexão crítica constitui um pilar estruturante da formação especializada em enfermagem, na medida em que é através da análise sistemática e fundamentada da prática que o enfermeiro aprofunda o seu raciocínio clínico, consolida competências e fortalece a sua identidade profissional. Schön (1987) distingue dois processos complementares de reflexão: *reflection-in-action*, que ocorre durante a prática, e *reflection-on-action*, que se realiza posteriormente sobre as experiências vividas. Ambos são essenciais para o desenvolvimento de um profissional reflexivo e clinicamente competente.

Este referencial orientou a abordagem adotada ao longo dos diferentes contextos de estágio, reconhecendo que a prática clínica especializada exige não apenas a execução de intervenções, mas também a capacidade de as questionar, fundamentar e melhorar continuamente (Johns, 2022).

A operacionalização deste objetivo concretizou-se através de um conjunto de estratégias que promoveram a reflexão sobre a prática clínica. Foram realizadas avaliações intercalares e finais que permitiram monitorizar o desenvolvimento das competências ao longo do percurso formativo. Paralelamente, decorreram reuniões regulares de orientação e formação com as Enfermeiras Tutoras de cada serviço, que constituíram espaços privilegiados de supervisão clínica e de análise crítica das situações experienciadas. Realizaram-se igualmente reuniões com a Professora Orientadora, que favoreceram a articulação entre o referencial teórico-académico e a realidade clínica dos contextos de estágio.

A elaboração do relatório de estágio é um instrumento privilegiado de desenvolvimento profissional. Como refere Schön (1987), a prática profissional competente não se esgota na

aplicação de conhecimento técnico, mas implica uma reflexão contínua sobre a ação. O relatório de estágio é, neste sentido, o espaço por excelência onde essa reflexão se torna visível.

A necessidade de sintetizar informações complexas e apresentar exemplos práticos fundamentados contribuiu igualmente para o desenvolvimento de competências de comunicação escrita e de análise crítica.

A elaboração do relatório permitiu identificar com maior clareza os pontos fortes da minha prática e as áreas que requerem desenvolvimento continuado. O processo de redação foi, desde o início exigente. Ao longo deste processo, percebi que refletir sobre a prática implica reconhecer dúvidas, limitações e situações que nem sempre decorrem como planeado. No entanto, compreender essas dificuldades promovem a aprendizagem e o desenvolvimento profissional.

No plano normativo, o Regulamento n.º 140/2019 da OE estabelece, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que o enfermeiro especialista deve desenvolver o autoconhecimento, a capacidade reflexiva e a assertividade, sustentando a sua prática em sólidos padrões de conhecimento. Neste sentido, o percurso reflexivo desenvolvido ao longo do estágio contribuiu para o fortalecimento destas competências.

3. Estágio em contexto de internamento de doentes agudos

O internamento de doentes agudos constitui um recurso que se deseja de curta duração, orientado para a estabilização da pessoa em situação de crise aguda e para a redução do risco, devendo articular-se com respostas comunitárias (Ministério da Saúde, 2020).

As atividades desenvolvidas em contexto de internamento, em consonância com o projeto de estágio apresentado no Apêndice 7, decorreram em ambiente terapêutico estruturado, integrando avaliação, intervenção e preparação para a alta, promovendo estabilização clínica e continuidade de cuidados.

3.1 Caracterização do contexto clínico

A instituição conta com valências de internamento, consulta externa, pedopsiquiatria e apoio comunitário.

A filosofia do serviço assenta na promoção da reinserção social, na redução do tempo de internamento e na prevenção de recaídas, através de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducação, treino de competências sociais e envolvimento da família.

O espaço físico compreende o serviço de internamento, organizado em alas masculina e feminina, bem como biblioteca, salas de atividades, gabinetes, sala de jogos, Hospital de Dia e espaços exteriores ajardinados.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos psiquiatras e pedopsiquiatras, enfermeiros, incluindo EESMP, técnicos de serviço social, terapeuta ocupacional, psicólogos, assistentes administrativos e assistentes operacionais.

São prestados cuidados a pessoas com diversas patologias, incluindo perturbações do humor (depressão major e perturbação bipolar), perturbações psicóticas (esquizofrenia e outras psicoses), perturbações de ansiedade, da personalidade, perturbações por uso de substâncias e demências. Abrange uma população com cerca de 430 mil habitantes.

A admissão é realizada através do serviço de urgência ou por referenciação interna.

O internamento organiza-se em setores feminino e masculino. O método de trabalho de enfermagem adotado é o método individual, caracterizado pela atribuição de um enfermeiro responsável por um conjunto específico de utentes durante cada turno.

3.2 Atividades desenvolvidas

No contexto de internamento de pessoas em situação de descompensação aguda, as intervenções de enfermagem assumem um carácter orientado para a estabilização clínica, a gestão do risco e a reorganização psicossocial da pessoa. É neste enquadramento que as competências do EESMP, adquirem expressão, nomeadamente no que diz respeito à avaliação do estado mental, à implementação de intervenções psicoterapêuticas e à promoção da continuidade de cuidados.

Objetivo: Integrar a equipa do serviço de internamento.

A integração no serviço de internamento constituiu uma etapa complementar à experiência em contexto comunitário, permitindo compreender a articulação entre os diferentes níveis de cuidados em saúde mental.

Tal como no contexto comunitário, a integração inicial incluiu a familiarização com a organização do serviço, os profissionais da equipa multidisciplinar e os referenciais que orientam a prática clínica. Contudo, neste contexto, a observação das atividades centrou-se sobretudo na gestão de situações de crise psiquiátrica, na monitorização da evolução clínica dos utentes internados e na implementação de intervenções orientadas para a preparação para a alta.

Um aspeto particularmente relevante desta fase foi a oportunidade de colaborar no processo de implementação do SClínico no serviço. Dado possuir experiência prévia na utilização deste sistema, foi possível apoiar a equipa na adaptação aos novos procedimentos de registo, partilhando conhecimentos sobre a navegação no sistema e sobre a configuração do processo de enfermagem. Permitiu também refletir sobre novas formas de registar dados, através de partilhas de ideias.

A participação nas reuniões multidisciplinares semanais foi um momento que permitiu a discussão de casos clínicos, a partilha de experiências, a reflexão crítica sobre intervenções e a elaboração de planos de cuidados ajustados aos utentes. Estas reuniões evidenciam o valor do trabalho em equipa, onde diferentes saberes se complementam.

Durante o estágio foi possível observar as atividades de um programa implementado no serviço. Com início no primeiro dia de internamento, o programa consiste num conjunto de ações que garantem a continuidade dos cuidados no domicílio, promovem a adesão terapêutica e otimizam a reintegração social.

Este programa integra intervenções de entrevista motivacional, literacia em saúde mental, técnicas de relaxamento, intervenção familiar e treino de competências sociais.

A integração nesta atividade foi realizada de forma gradual. Numa primeira fase, observei as consultas conduzidas pelos enfermeiros tutores e progressivamente, fui realizando intervenções parciais, sob supervisão, o que representou um momento de consolidação de competências.

Este percurso implicou desenvolver competências de adaptação a contextos complexos e assumir gradualmente responsabilidades clínicas.

Objetivo: Desenvolver competências de avaliação diagnóstica e necessidades de intervenção.

A avaliação diagnóstica constitui um dos pilares da prática especializada em saúde mental, na medida em que é a partir daí que se fundamentam todas as intervenções subsequentes.

O EESMP deve recolher a informação necessária e pertinente para a compreensão do estado de saúde mental do doente, o que abrange também a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental (OE, 2018).

Partindo deste enquadramento normativo, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio incluíram a realização de entrevistas clínicas, a consulta do processo clínico, a observação sistemática, a avaliação do estado mental e a articulação com os diferentes elementos da equipa interdisciplinar.

A avaliação do estado mental é realizada através da observação direta, entrevista clínica e integração de informação proveniente de terceiros, podendo ser complementada por escalas padronizadas.

Entrevista clínica.

Para concretizar este objetivo, planeei e realizei uma entrevista de avaliação inicial (Apêndice 3) que serviu de base ao estudo de caso. O planeamento prévio incluiu a definição dos objetivos, a revisão do historial clínico do utente e a adequação do ambiente físico, de forma a promover segurança e privacidade.

As técnicas de comunicação aplicadas incluíram escuta ativa, formulação de perguntas abertas, uso do silêncio, linguagem clara e acessível, assertividade e empatia, as quais fortalecem a relação terapêutica entre profissional e utente (Sequeira, 2020).

O utente revelou-se globalmente colaborante, embora tenha evidenciado inquietação perante questões relacionadas com os consumos e a história pessoal. Esta reação constituiu uma oportunidade de aprendizagem quanto à importância do timing terapêutico e da não

imposição. A dificuldade na abordagem destas áreas exigiu flexibilidade técnica, com alternância entre uma exploração cuidadosa e o respeito pelos limites, numa lógica de construção gradual da confiança terapêutica.

Durante o estágio, utilizei frequentemente o diálogo como estratégia de avaliação, sobretudo em momentos informais do quotidiano do serviço, durante atividades terapêuticas ou em interações espontâneas nos espaços comuns. Esta modalidade facilitou a expressão espontânea dos utentes, promovendo a recolha de conteúdos relacionados com o estado mental.

Por exemplo, em interações informais com um utente, foi possível identificar ideias persecutórias e níveis elevados de ansiedade através de comentários aparentemente banais, como referências repetidas à vigilância por terceiros. Em contexto de refeição, a verbalização espontânea de desconfiança relativamente aos alimentos permitiu identificar alterações do conteúdo do pensamento.

Estes exemplos evidenciam como a avaliação em saúde mental não se esgota nos momentos formais, mas estende-se a toda a presença do enfermeiro no serviço.

Observação

A observação clínica constitui uma competência valiosa na prática especializada em saúde mental que permite recolher informação relevante para a compreensão do funcionamento psíquico e comportamental da pessoa.

A observação inicial centra-se essencialmente no biótipo, no modo como a pessoa reage à situação e às informações que lhe são fornecidas, na forma como comunica, se veste, sem movimenta, nos comportamentos de cidadania, etc. (Amaral, 2020)

A observação foi desenvolvida em múltiplos contextos, permitindo avaliar dimensões como a interação, a participação em atividades e o autocuidado, enquanto indicadores do estado mental. Na interação social, foi possível identificar utentes com contacto espontâneo, envolvimento em conversas informais e respeito pelas regras institucionais, contrastando com outros que evidenciavam isolamento, retraimento ou evitamento dos espaços comuns. No domínio do autocuidado, a avaliação da higiene, alimentação, vestuário e autonomia nas atividades de vida diária permitiu distinguir entre utentes funcionalmente adaptados e outros que apresentavam sinais de negligência ou necessidade de supervisão.

O desenvolvimento desta competência foi exigente. Com o tempo, fui desenvolvendo uma observação capaz de identificar inconsistências. A observação clínica é uma habilidade que se constrói com prática e reflexão.

Triangulação com equipa e família.

A triangulação com a equipa multidisciplinar e com a família na avaliação do estado mental consiste na recolha e cruzamento de informações provenientes de múltiplas fontes (enfermeiros, médicos, psicólogos, familiares e o próprio utente) com o objetivo de aumentar a fiabilidade da avaliação clínica (Silva & Costa, 2012).

A título de exemplo, refiro uma entrevista com um familiar em que foi acrescentada informação sobre adesão irregular à medicação nos dois meses anteriores, coincidindo com o início do quadro atual, marcado por episódios de autoagressividade, insónia e isolamento social. Outro exemplo foi durante uma passagem de turno em que a enfermeira do período noturno referiu aumento da ansiedade, preocupações financeiras e receio de perda do emprego de um utente.

As integrações destes dados contribuem para uma avaliação abrangente do estado mental dos utentes, reduzem vieses de informação e sustentam o planeamento das intervenções.

Objetivo: Intervir a nível individual, grupal, familiar e comunitário.

A intervenção psicoterapêutica de enfermagem consiste na aplicação informada e intencional de técnicas específicas, realizada por um EESMP e sustentada na relação terapêutica. Para tal, deve recorrer a diferentes escolas da psicoterapia, adaptando à resposta às necessidades específicas identificadas em cada caso clínico.

Entrevista Motivacional

A EM emergiu como uma das abordagens psicoterapêuticas centrais do ensino clínico, revelando-se adequada aos às especificidades dos utentes acompanhados.

No âmbito do estudo de caso, a EM (Apêndice 3) foi aplicada de forma estruturada a um utente com consumo de substâncias, encontrando-se no estágio de pré-contemplanção. A intervenção centrou-se na promoção da consciência do problema, no fortalecimento da relação terapêutica privilegiando uma abordagem não confrontativa.

A implementação da EM implicou a adaptação contínua das estratégias comunicacionais, tendo em conta fatores como a desesperança, os défices cognitivos e a resistência à mudança. Apesar destes desafios, observaram-se indicadores de evolução, nomeadamente maior aceitação do plano terapêutico.

Os principais desafios da intervenção incluíram a gestão da desesperança, o impacto dos sintomas na expressão emocional e a presença de défices cognitivos, que exigiram uma adaptação da linguagem utilizada. A adaptação das intervenções ao estado de motivação do

utente constituiu igualmente um desafio, exigindo estudo e treino. A aceitação do plano terapêutico constitui um indicador positivo, traduzindo uma mudança subtil, mas clinicamente relevante.

Durante o ensino clínico, surgiu também a oportunidade de acompanhar e realizar pequenas intervenções sob supervisão dos enfermeiros Tutores. Destaco o acompanhamento de uma primeira sessão com um utente internado por comportamento desajustado, na qual foi utilizada a abordagem da EM, em que o utente se mostrou renitente à intervenção. Perante esta situação, a intervenção centrou-se no respeito pelo momento do utente, evitando qualquer postura de pressão, validando a sua posição e mantendo uma atitude não julgadora. Foi privilegiada a estratégia de manter a “*porta aberta*”, reforçando a disponibilidade para futuros contactos.

Ajudar o Cliente a mudar constitui um desafio, é importante dispor de técnicas capazes de promover mudanças comportamentais. Esta experiência permitiu compreender que a mudança é um processo gradual e que o papel do EESMP é acompanhar o utente com competência técnica, criando condições para que a mudança emerja, sem impor soluções.

Realizar Psicoeducação.

A Psicoeducação constitui uma intervenção sistematizada que integra informação, suporte emocional e treino de competências, com o objetivo de capacitar a pessoa e a família para a gestão eficaz da doença e para a promoção da saúde mental (OE, 2023).

No contexto do estágio, a sua aplicação no estudo de caso (Apendice 3) revelou-se particularmente relevante na abordagem à psicose induzida por substâncias, permitindo explorar a relação entre sintomatologia, comportamentos de consumo e adesão terapêutica. A intervenção incidiu na promoção do insight, na adoção de hábitos de vida saudáveis e no desenvolvimento de estratégias de coping e prevenção de recaídas.

Apesar de se terem observado alguns ganhos, nomeadamente ao nível da consciência da doença e da adesão ao tratamento, a intervenção foi condicionada por fatores como défices cognitivos, sintomatologia negativa e resistência à mudança. Estes aspetos reforçam a necessidade de uma abordagem integrada, contínua e multidisciplinar.

O desenvolvimento detalhado da intervenção encontra-se descrito no estudo de caso.

No estágio, tive oportunidade de intervir, sob supervisão, junto de uma utente com Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA), com foco na promoção da literacia em saúde mental e no desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas. A intervenção centrou-se na psicoeducação sobre as características das PCA, abordando fatores de risco, sinais de alerta, consequências físicas e psicológicas, bem como alguns mitos associados à

alimentação e à imagem corporal. Foram também explorados pensamentos disfuncionais relacionados com o peso, a forma corporal e o controlo alimentar.

Paralelamente, foram introduzidas e treinadas estratégias de coping, incluindo técnicas de gestão da ansiedade e práticas de mindfulness aplicadas à alimentação. A discussão de situações práticas, a identificação de gatilhos emocionais e a reflexão sobre experiências vividas favoreceram o envolvimento da utente.

Esta prática ensinou-me também que competência em Psicoeducação não é só sobre dominar conteúdos, mas muito sobre dominar o processo. Saber quando e como ensinar, quanto informação partilhar em cada momento, como adaptar a intervenção ao contexto, como validar as suas experiências, constituem dimensões tao exigentes quanto o conhecimento as sustenta.

Estimulação cognitiva

Reconhecendo que as perturbações psicóticas comprometem também o funcionamento cognitivo, a prática clínica contemplou igualmente a realização de estimulação cognitiva.

A literatura aponta que pessoas com esquizofrenia apresentam desempenho inferior em domínios neuropsicológicos como atenção, memória, funções executivas e linguagem comparativamente a grupos de controlo (Fioravanti et al., 2005). A estimulação cognitiva visa promover competências neurocognitivas, integrando princípios de empowerment, autodeterminação e redução do autoestigma, com impacto funcional e na qualidade de vida (Marques, 2006).

No âmbito do estágio, foi planeada e executada uma sessão de estimulação cognitiva em grupo (Apendice 2), dirigida a quatro utentes com diagnóstico de esquizofrenia e diagnóstico de enfermagem de cognição comprometida, com duração aproximada de 45 minutos.

A sessão teve como objetivo promover a estimulação das funções neurocognitivas atenção, memória e funções executivas, através de exercícios adaptados ao nível de funcionamento. A estruturação da sessão, seleção dos utentes, escolha de exercícios e preparação do ambiente mostrou-se essencial para garantir eficácia. Todos os quatro participantes conseguiram realizar os exercícios propostos, alguns de forma autónoma, outros com necessidade de incentivo e reforço positivo. Registaram-se resultados positivos no envolvimento e participação dos utentes.

Esta experiência evidenciou como a intervenção grupal, quando bem estruturada, possui um potencial terapêutico.

Reunião comunitária

A literatura evidencia que reuniões comunitárias, conduzidas por profissionais capacitados, contribuem significativamente para um ambiente colaborativo e terapêutico (Novakovic, 2010).

No contexto do estágio, foi dinamizada uma reunião comunitária (Apêndice 5) subordinada ao tema “Saúde Mental e Hábitos de Vida Saudáveis”, dirigida a um grupo de 6 utentes, selecionados de acordo com o interesse demonstrado e com a condição psicopatológica.

A intervenção teve como finalidade promover a reflexão sobre determinantes da saúde mental, fomentar a expressão de experiências e incentivar a adoção de estratégias de autocuidado.

A análise da sessão evidencia níveis adequados de envolvimento e participação, com capacidade dos utentes para identificar fatores protetores da saúde mental e reconhecer a importância de hábitos de vida saudáveis. Apesar das dificuldades referidas na transposição para o quotidiano, observou-se aquisição de estratégias de promoção do bem-estar.

Esta intervenção corrobora a evidência de que as reuniões comunitárias constituem dispositivos terapêuticos relevantes.

Objetivo: Desenvolver competências de investigação e desenvolvimento profissional

O desenvolvimento de competências de investigação e de desenvolvimento profissional constitui uma dimensão indissociável da prática, na medida em que a qualidade dos cuidados depende não apenas da competência técnica, mas também da sua capacidade de investigar e atualizar continuamente o conhecimento. É neste enquadramento que se inscrevem as atividades descritas neste capítulo, entendidas como momentos de um percurso de crescimento.

A formação contínua constitui um dever ético e profissional. Como refere Benner (2001), o desenvolvimento da *expertise* em enfermagem é um processo progressivo que exige, além da experiência acumulada, uma atitude reflexiva e uma procura ativa de aprendizagem ao longo de toda a carreira.

Assistir a sessões de formação contínua

Durante o período de estágio, assisti a duas sessões de formação em serviço. A primeira centrou-se no treino de técnicas de contenção física em situações de agitação ou risco de agressividade. Esta formação abordou os procedimentos técnicos e os princípios éticos que devem orientar a sua aplicação. A contenção física, representa uma limitação da autonomia, que exige uma justificação rigorosa e o esgotar da procura de todas as alternativas possíveis. O objetivo da contenção não é o controlo, mas a segurança.

A segunda sessão de formação incidiu sobre a utilização do sistema de informação SClínico, numa fase em que o serviço se encontrava em processo de implementação deste sistema. A minha experiência prévia, adquirida profissionalmente, permitiu-me beneficiar da formação e contribuir ativamente para ela. O estagiário pode ser, simultaneamente, aprendiz e recurso, e esta reciprocidade enriquece tanto quem aprende como quem ensina.

Realizar estudo de caso

A realização do estudo de caso constituiu uma estratégia central de integração teórico-prática, permitindo aplicar conhecimentos no contexto de uma situação clínica concreta. Esta metodologia possibilitou uma abordagem sistematizada, orientada pelo processo de enfermagem, incluindo avaliação, identificação de diagnósticos, planeamento, implementação de intervenções e avaliação de resultados.

A intervenção centrou-se na utilização de abordagens como a Entrevista Motivacional, Psicoedução e a intervenção familiar, visando promover a adesão terapêutica, aumentar o insight e apoiar o processo de mudança.

O desenvolvimento do estudo de caso, encontra-se descrito de forma detalhada no capítulo de investigação.

Realizar revisão narrativa

A revisão narrativa constituiu uma estratégia de síntese do conhecimento, permitindo enquadrar teoricamente a problemática em estudo e sustentar a prática clínica com base na evidência. A sua realização implicou a pesquisa em bases de dados científicas e a consulta de documentos normativos, orientada por critérios de relevância e atualidade.

Este processo contribuiu para o desenvolvimento de competências no domínio da prática baseada na evidência, facilitando a articulação entre conhecimento científico e intervenção clínica.

A revisão narrativa encontra-se descrita de forma detalhada no capítulo de investigação.

4. Competências desenvolvidas

A competência profissional inscreve-se num paradigma de aprendizagem ao longo da vida, entendido como um processo contínuo de desenvolvimento e aperfeiçoamento do conhecimento e da prática. Com a elaboração do presente relatório, pretendo demonstrar as competências adquiridas no âmbito do CMESMP. Nos subcapítulos seguintes serão abordadas as competências comuns as competências específicas desenvolvidas.

4.1 Competências comuns do Enfermeiro especialista

O perfil de competências comuns do Enfermeiro especialista encontra-se definido no Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro, publicado em Diário da República. Estas competências encontram-se divididas em quatro domínios, a saber, (1) o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; (2) o domínio da melhoria contínua da qualidade; (3) o domínio da gestão dos cuidados e (4) o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Apresentam-se, em seguida, as atividades realizadas durante o estágio de natureza profissional que permitiram o seu desenvolvimento.

1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal:

Ao longo do ensino clínico, desenvolvi uma prática profissional assente nos princípios éticos, legais e de responsabilidade profissional, assumindo de forma consciente e fundamentada as intervenções realizadas.

As intervenções foram precedidas de explicação adequada, garantindo a obtenção do consentimento informado e promovendo a sua participação ativa no processo de cuidados. No âmbito dos estudos de caso, foi igualmente assegurado o consentimento informado, conforme modelo apresentado em apêndice (Apêndice 8). Sempre que pertinente, foram estabelecidos contratos terapêuticos como instrumentos orientadores da intervenção.

A prática desenvolvida respeitou os valores, crenças e preferências individuais, promovendo cuidados centrados na pessoa e culturalmente congruentes. Reconheci, de forma contínua, os limites da minha competência, recorrendo à supervisão clínica, assegurando a qualidade dos cuidados prestados.

Adicionalmente, adquirei formação e desenvolvi competências na gestão de situações de risco, incluindo a atuação em contextos de necessidade de contenção, sempre orientada pelos princípios da segurança e respeito pela dignidade da pessoa.

2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Durante o ensino clínico desenvolvi uma prática orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, avaliando de forma sistemática as intervenções realizadas e ajustando-as de acordo com a resposta dos utentes.

A avaliação do impacto das intervenções foi realizada através da observação clínica, da evolução do estado mental e do feedback dos utentes e das famílias. A satisfação do utente foi considerada um indicador relevante da qualidade dos cuidados, promovendo-se uma comunicação clara, o respeito pelas preferências individuais e o envolvimento da pessoa no planeamento dos cuidados.

A prática foi sustentada na evidência científica e na reflexão crítica, recorrendo à supervisão clínica como instrumento de melhoria da intervenção. Foi dada particular atenção à segurança do doente, garantindo a realização das intervenções em ambientes adequados para as necessidades dos utentes.

A intervenção desenvolvida procurou alinhar-se com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE (Regulamento n.º 356/2015) que incluem a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado, a readaptação funcional e a organização adequada dos cuidados.

3. Domínio da Gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, a experiência desenvolvida permitiu-me adquirir um entendimento mais aprofundado dos desafios associados à gestão eficaz, quer de pessoas, quer de recursos materiais. A gestão de pessoas revelou-se dependente da compreensão do contexto assistencial e da capacidade de adaptar a liderança às características e dinâmicas da equipa, promovendo a articulação, a comunicação eficaz e a cooperação entre os diferentes profissionais.

Paralelamente, a gestão de recursos materiais assumiu particular relevância, nomeadamente através da monitorização e organização de stocks, de forma a assegurar a disponibilidade contínua dos materiais necessários à prestação de cuidados seguros e de qualidade, com especial destaque para a gestão dos antipsicóticos de longa duração (APLD).

Neste contexto, o enfermeiro assume um papel central na liderança, coordenação e direcionamento dos recursos humanos e materiais, garantindo a continuidade, a eficiência e o aperfeiçoamento dos cuidados prestados, mesmo em contextos assistenciais exigentes e complexo.

4. Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, privilegiei o planeamento das intervenções com base na evidência científica, recorrendo à revisão da literatura para sustentar a prática e garantir a utilização da melhor evidência disponível. A Prática Baseada em Evidências (PBE) consiste na integração das melhores evidências científicas disponíveis com a experiência clínica e as preferências dos pacientes, visando oferecer cuidados mais eficazes, seguros e eficientes no contexto da enfermagem e da saúde. (Stevens, 2013).

Os processos de decisão basearam-se na avaliação das necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo planejar intervenções orientadas para a prevenção de riscos, identificação precoce de complicações e resolução de problemas.

O desenvolvimento destas competências foi sustentado por um processo contínuo de supervisão clínica, com acompanhamento das enfermeiras tutoras nos contextos de estágio e orientação das docentes, constituindo momentos privilegiados de reflexão, validação das práticas e consolidação das aprendizagens.

A experiência adquirida ao longo do estágio permitiu, assim, articular de forma progressiva a teoria com a prática, promovendo uma atuação mais crítica, reflexiva e fundamentada.

4.2 Competências específicas do EESMP.

As competências específicas do EESMP encontram-se definidas no Regulamento n.º 515/2018 da OE, refletindo a necessidade de uma intervenção especializada que integre dimensões psicoterapêuticas, psicossociais e comunitárias. Durante o ensino clínico, foram desenvolvidas diversas atividades que contribuíram para a consolidação destas competências.

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

A integração nos diferentes contextos de estágio, exigiu adaptação a dinâmicas distintas e ao trabalho em equipa multidisciplinar. Este processo permitiu desenvolver flexibilidade relacional.

A utilização do “*self*” como instrumento terapêutico revelou-se fundamental principalmente na interação com pessoas com psicose induzida por substâncias, frequentemente marcadas por ambivalência, resistência à mudança e défice de insight.

O feedback da equipa e a discussão de casos contribuíram para o desenvolvimento do raciocínio clínico e da capacidade reflexiva, em linha com Schön (1987) que destaca a importância da reflexão-na-ação e da reflexão-sobre-a-ação no desenvolvimento profissional.

A prática evidenciou a importância da maturidade pessoal, do autocuidado e da disponibilidade emocional, na medida em que permitem manter equilíbrio e disponibilidade relacional, assegurando uma intervenção ética

Durante as sessões, foram mobilizadas competências como escuta ativa, empatia e validação emocional, facilitando a relação terapêutica e o envolvimento do utente.

O contacto com situações complexas reforçou a necessidade de autorreflexão e gestão emocional. A identificação de reações como frustração ou preocupação permitiu evitar respostas impulsivas, mantendo uma postura terapêutica ajustada.

Por fim, a reflexão sobre crenças pessoais e a manutenção de limites profissionais claros revelaram-se essenciais, especialmente em situações de testagem de limites, contribuindo para uma intervenção ética e centrada na pessoa.

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

A realização de entrevistas clínicas, exame do estado mental e análise do processo clínico permitiu caracterizar o funcionamento psicopatológico e identificar necessidades de intervenção. A prática evidenciou que a avaliação em saúde mental exige competências relacionais. Como refere Sequeira (2020), a qualidade da avaliação depende da capacidade de estabelecer uma relação terapêutica que permita compreender a experiência subjetiva.

A integração de informação proveniente da equipa multidisciplinar e da família permitiu construir uma visão global e identificar padrões de evolução, respostas ao tratamento e fatores de vulnerabilidade.

A avaliação em diferentes contextos como enfermaria e domicílio, possibilitou compreender o funcionamento real da pessoa, identificando dificuldades ao nível das rotinas, interação social e organização. Em particular, as visitas domiciliárias permitiram observar o contexto de vida, incluindo condições de habitabilidade, dinâmica familiar e fatores de risco ou proteção, reforçando a importância da contextualização (Thornicroft & Tansella, 2008).

Foi ainda avaliado o impacto do consumo de substâncias no funcionamento global da pessoa, evidenciando repercussões significativas na qualidade de vida, nas relações familiares e na integração social. A análise destes aspetos permitiu compreender a complexidade da patologia e a sua influência na estabilidade clínica.

A avaliação da relação da pessoa com os sistemas sociais e ocupacionais evidenciou dificuldades de integração socioprofissional, fatores que contribuem para a instabilidade clínica e reforçam a necessidade de intervenção.

A participação em reuniões multidisciplinares permitiu integrar diferentes perspectivas profissionais, evidenciando a importância do trabalho em equipa na saúde mental.

Para além da avaliação, foram desenvolvidas intervenções de promoção da saúde, nomeadamente através da participação em reuniões comunitárias e na realização de formação em serviço sobre burnout. Esta última permitiu sensibilizar profissionais para a importância do autocuidado e da prevenção do desgaste profissional, em linha com a definição da WHO (2019).

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

No decurso da prática clínica, foram identificados problemas de saúde mental, dificuldades no funcionamento psicossocial, necessidades ao nível da família, nomeadamente sobrecarga do cuidador e na gestão da doença mental.

A prática permitiu reconhecer diferentes apresentações clínicas, distinguindo entre alterações de natureza psiquiátrica e situações decorrentes de condições orgânicas, estados fisiológicos ou efeitos da terapêutica, contribuindo para um raciocínio clínico mais rigoroso.

A identificação de emergência, como agravamento súbito da sintomatologia, exigiu capacidade de decisão e articulação com a equipa multidisciplinar. Como refere Townsend (2014), a identificação precoce de sinais de descompensação é determinante para a prevenção de agravamento clínico e para a segurança da pessoa.

foram formulados diagnósticos de enfermagem, nomeadamente abuso de substâncias, delírio, adesão comprometida ao regime terapêutico e isolamento social, recorrendo à CIPE. A elaboração de planos de cuidados individualizados, com definição de objetivos, intervenções e resultados esperados, permitiu estruturar a intervenção.

A gestão do regime terapêutico incluiu a administração de APLP, educação para a saúde, monitorização da adesão e resposta ao tratamento. Intervenções integradas (farmacológicas e psicossociais) evidenciam melhores resultados clínicos (Hunt et al., 2019).

A articulação com diferentes serviços e recursos da comunidade, revelou-se fundamental para responder à complexidade das situações clínicas, reforçando a importância dos cuidados integrados, conforme defendido por Thornicroft e Tansella (2008).

Ao longo do estágio, na comunidade foram progressivamente assumidas responsabilidades no acompanhamento de utentes com DMG, sob supervisão, integrando princípios de.

A elaboração de estudos de caso constituiu uma estratégia para a consolidação do raciocínio clínico com recurso a gestão de caso. Este exercício favoreceu a integração entre teoria e prática, promovendo uma abordagem fundamentada e reflexiva.

Assim, tive a oportunidade de diagnosticar, planear intervenções e identificar resultados esperados de forma a determinar ganhos em saúde. Implementei o plano de cuidados e conseqüentemente procedi à sua avaliação. Face ao exposto, considero que esta competência específica do EESMP foi adquirida

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 EM foi aplicada no contexto da psicose associada ao consumo de canábis, com o objetivo de explorar a ambivalência e promover a motivação. A mudança é um processo gradual, sendo relevantes os ganhos ao nível da consciencialização, em linha com os princípios descritos por Miller e Rollnick (2013).

Foram desenvolvidas sessões de psicoeducação dirigidas ao utente e família, com foco na compreensão da psicose e relação entre consumo de substâncias, descompensação clínica e na prevenção de recaídas. Como refere Galdino (2022) A psicoeducação revelou-se uma intervenção promotora do conhecimento sobre a doença, facilitando a adesão e o desenvolvimento de estratégias de coping. Contribui igualmente para o envolvimento do utente e da família, promovendo processos de aceitação, mudança e melhoria do funcionamento global. Paralelamente, foram utilizadas estratégias psicoterapêuticas como escuta ativa, reforço positivo, empowerment e promoção de coping eficaz, permitindo apoiar a pessoa na gestão das dificuldades e no desenvolvimento de competências adaptativas.

A promoção da interação social constituiu uma dimensão importante da intervenção, através do incentivo à participação em atividades lúdicas e educativas, como leitura, jogos de grupo, caminhadas. Estas atividades contribuíram para a redução do isolamento social

Em conclusão, as intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais desenvolvidas permitiram promover a recuperação, o empowerment e a reintegração social. A utilização de metodologias como a EM e a Psicoeducação, associadas a estratégias de relaxamento, coping eficaz e reforço de competências sociais, contribuíram para o desenvolvimento desta competência.

5. Desenvolvimento de competências no âmbito da investigação

5.1 Resumo

A psicose induzida por substâncias constitui uma problemática clínica complexa, marcada pela interseção entre sintomatologia psicótica e perturbações por uso de substâncias, com importantes implicações diagnósticas, terapêuticas e prognósticas. O presente trabalho teve como objetivo analisar a evidência científica sobre esta temática e aprofundar o contributo do EESMP na intervenção junto desta população, articulando revisão narrativa da literatura com dois estudos de caso desenvolvidos em contextos de comunidade e internamento psiquiátrico.

A revisão narrativa evidenciou que a associação entre psicose e consumos se relaciona com maior risco de recaída, pior adesão terapêutica, maior número de internamentos e acentuada vulnerabilidade psicossocial, reforçando a necessidade de abordagens integradas e continuadas. Destacam-se como intervenções relevantes a entrevista motivacional, a psicoeducação, a intervenção familiar, a promoção da adesão terapêutica e a reabilitação psicossocial.

Os estudos de caso permitiram ilustrar a aplicabilidade clínica deste enquadramento, evidenciando ganhos ao nível da relação terapêutica, da redução da sintomatologia psicótica, da melhoria do insight, da adesão ao tratamento e da mobilização de estratégias de coping mais adaptativas.

Conclui-se que o EESMP desempenha um papel central na abordagem da psicose induzida por substâncias, através de intervenções especializadas, integradas e centradas na pessoa, com impacto relevante na estabilização clínica, prevenção de recaídas e promoção da recuperação.

5.2 Justificação do estudo

A psicose induzida por substâncias, envolve quadros de psicose induzida por substâncias, recaídas de psicose primária precipitada por consumo e situações de psicose com uso concomitante de substâncias. Esta diversidade de apresentações clínicas coloca desafios diagnósticos e terapêuticos significativos nos serviços de saúde mental.

A comorbilidade entre a DMG e as perturbações aditivas, representa um dos desafios mais prementes e complexos para os sistemas de saúde (OMS, 2022).

Em Portugal, o relatório *Saúde Mental em Números* evidencia que as perturbações mentais constituem uma causa relevante de morbilidade, com impacto significativo na utilização dos serviços hospitalares e de cuidados de saúde primários (Direção-Geral da

Saúde, 2016). Neste contexto, o consumo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, é reconhecido como um fator de risco relevante para o desenvolvimento e agravamento de perturbações psicóticas, com particular destaque para o álcool e a cannabis.

A literatura destaca que diferentes substâncias (cannabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, entre outras) podem induzir sintomas psicóticos transitórios ou persistentes e que uma proporção dos casos pode evoluir, para perturbações do espectro da esquizofrenia ou perturbação bipolar, sobretudo em indivíduos mais jovens e/ou vulneráveis (Murrie et al., 2021; Starzer et al., 2018).

O tema deste estudo é complexo devido ao uso frequente de drogas psicotomiméticas por pacientes com perturbações psicóticas, o que torna extremamente difícil distinguir entre uma psicose induzida e uma reexacerbação de uma perturbação previamente diagnosticada.

Esta sobreposição clínica torna necessária uma abordagem integrada, que contemple simultaneamente a gestão da sintomatologia psicótica e a intervenção sobre os comportamentos aditivos.

No continuum de cuidados em saúde mental, o papel do EEESMP assume particular relevância. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas (Regulamento n.º 515/2018), compete a este profissional a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando recursos individuais, familiares, grupais e comunitários. Neste contexto, o EEESMP desempenha um papel central na gestão de regimes terapêuticos complexos, na promoção de ambientes terapêuticos seguros e na implementação de intervenções que favoreçam o insight, a adesão ao tratamento e o processo de *recovery*.

Perante a complexidade e a relevância deste fenómeno, torna-se pertinente aprofundar o conhecimento. Assim, optou-se pela realização de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de sintetizar o conhecimento disponível, com enfoque no contributo da EEESMP.

Complementarmente, foram desenvolvidos dois estudos de caso, que permitem ilustrar a aplicação prática deste enquadramento teórico, possibilitando uma análise aprofundada das intervenções de enfermagem.

Deste modo, o presente trabalho tem como objetivos:

1. Analisar a evidência científica disponível sobre a psicose associada a consumos e as intervenções terapêuticas recomendadas;
2. Explorar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na intervenção junto de pessoas com psicose associada a consumos;

3. Descrever e analisar, através de estudos de caso, a intervenção especializada de enfermagem em contextos clínicos reais.

5.3 Revisão narrativa

Metodologia

A revisão narrativa teve como objetivo analisar e sintetizar criticamente a evidência científica relativa às intervenções do EEMP na abordagem à perturbação psicótica induzida por substâncias.

A questão orientadora da revisão foi: “Quais as intervenções psicossociais mais eficazes na abordagem da psicose induzida por substâncias?”

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados científicas, nomeadamente PubMed, CINAHL e B-on, sendo complementada pela consulta de livros, documentos institucionais, legislação em vigor e websites relevantes e de referência na área da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A seleção dos documentos teve por base critérios de relevância temática, atualidade e pertinência para os objetivos do estudo.

Esta abordagem permitiu identificar conceitos-chave, intervenções terapêuticas e lacunas do conhecimento, constituindo o enquadramento teórico para a análise da prática clínica.

A articulação entre a revisão da literatura e os estudos de caso permitiu relacionar a evidência científica com a prática clínica, promovendo uma análise crítica da intervenção do enfermeiro especialista no contexto do duplo diagnóstico.

Intervenções do EESMP na pessoa com perturbação psicótica induzida por substâncias.

Entre as intervenções psicossociais mais utilizadas encontram-se a entrevista motivacional, a psicoeducação e a terapia cognitivo-comportamental. De forma geral, o tratamento da psicose associada ao uso de substâncias requer uma abordagem integrada, combinando intervenções farmacológicas e psicossociais num plano terapêutico individualizado (Fiorentini et al., 2021). Seguidamente, apresentam-se as principais intervenções psicossociais e estratégias terapêuticas descritas na literatura.

A **avaliação clínica** constitui o primeiro passo na intervenção junto de pessoas com psicose associada a consumos. Para um diagnóstico preciso, é fundamental realizar uma anamnese detalhada com o paciente ou acompanhantes, focando na história do uso de substâncias e no momento exato em que os sintomas se manifestaram (Fiorentini, 2021)

A **relação terapêutica** constitui particular relevância devido ao elevado risco de abandono do tratamento (Bouchard et al., 2022). Neste contexto, a construção de uma aliança terapêutica sólida revela-se fundamental para promover o envolvimento no tratamento e reduzir o risco de desistência (Bouchard et al., 2022).

A **EM** quando aplicada em contexto de diagnóstico duplo, tem demonstrado utilidade no envolvimento de indivíduos mais difíceis de mobilizar para o tratamento, contribuindo para melhorar a adesão inicial e preparando os pacientes para intervenções terapêuticas subsequentes (Siddiqui et al., 2024).

Contudo, a evidência relativa ao impacto direto da EM na redução do consumo de substâncias permanece limitada. Uma meta-análise conduzida por Wang et al. (2021) verificou que a EM, quando utilizada isoladamente, não produziu reduções estatisticamente significativas no consumo de substâncias. Resultados semelhantes foram descritos na revisão sistemática de Siddiqui et al. (2024), embora algumas intervenções baseadas em EM tenham demonstrado benefícios quando combinadas com outras estratégias terapêuticas, nomeadamente psicoeducação.

A **psicoeducação** está associada a melhorias no bem-estar psicológico, no funcionamento clínico e na relação terapêutica. Estes programas, frequentemente combinados com treino de competências, podem igualmente favorecer mudanças comportamentais, incluindo a redução do consumo de substâncias (Nessbach et al., 2024).

Chilton et al. (2018) demonstraram que um programa de psicoeducação em grupo com duração de dez semanas, aplicado em contexto comunitário, produziu melhorias significativas no bem-estar psicológico e na sintomatologia psiquiátrica, bem como uma redução no consumo da maioria das substâncias avaliadas.

No entanto, o impacto direto da psicoeducação na redução do consumo tende a ser moderado, sendo mais consistente quando integrada em intervenções de maior duração e em programas terapêuticos mais abrangentes (Drake et al., 2004).

A **terapia cognitivo-comportamental** (TCC) sugere efeitos positivos, embora de magnitude moderada. A integração da TCC com intervenções motivacionais e estratégias de tratamento do uso de substâncias, tem sido apontada como uma abordagem promissora e encontra-se referida em orientações internacionais para o tratamento (Siddiqui et al., 2024).

Hunt et al. (2019) identificou melhorias no insight e no funcionamento social em pessoas com DMG e consumo de substâncias, apontando para efeitos positivos, ainda que de moderados, das intervenções baseadas em TCC.

Alguns estudos incluídos na meta-análise de Siddiqui et al. (2024) observaram reduções na frequência do consumo de álcool e canábis após intervenções baseadas em TCC, embora os efeitos globais tenham sido modestos.

Resultados convergentes são descritos numa revisão recente que analisou 23 estudos, concluindo que as intervenções baseadas em TCC tendem a produzir melhorias nos sintomas mentais e/ou nos padrões de consumo de substâncias (Nessbach & Simpson, 2025).

A **intervenção familiar** pode também facilitar o reconhecimento precoce de sinais de recaída psicótica ou de retoma do consumo, permitindo uma resposta mais rápida e articulada com a equipa de saúde (Sampogna et al., 2023).

Um ensaio clínico demonstrou que o envolvimento familiar promove melhoria nos sintomas psiquiátricos, redução do consumo de substâncias e melhores resultados funcionais quando comparado com cuidados habituais (Mueser et al., 2013).

As intervenções familiares contribuem para a redução de recaídas, reinternamentos e níveis de emoção expressa no ambiente familiar (Pharoah et al., 2010).

Uma meta-análise conduzida por Sampogna et al. (2023), que incluiu 64 estudos realizados em 18 países, demonstrou que intervenções psicossociais dirigidas a cuidadores de pessoas com psicose estão associadas a melhorias significativas na sobrecarga, no bem-estar e qualidade de vida e no conhecimento.

Os **modelos comunitários** têm demonstrado melhorias no envolvimento terapêutico, na adesão ao tratamento e no funcionamento psicossocial, embora os efeitos diretos na redução do consumo de substâncias sejam variáveis (Drake et al., 2004; Siddiqui et al., 2024).

Na revisão de Siddiqui et al. (2024), o programa *Assertive Community Treatment* com duração de três anos demonstrou melhorias nas pontuações do consumo de substâncias.

Hunt et al. (2019) concluiu que **modelos integrados** de cuidados estão associados a menores taxas de abandono do tratamento e a melhorias no funcionamento global.

Um ensaio clínico que combinou EM, TCC e intervenção familiar em pessoas com esquizofrenia e perturbação por uso de substâncias evidenciou melhorias significativas no funcionamento global, redução dos sintomas positivos e aumento dos dias de abstinência ao longo de 12 meses, quando comparado com cuidados habituais (Barrowclough et al., 2001).

Em síntese, a evidência disponível sugere que intervenções psicossociais isoladas apresentam efeitos geralmente moderados na redução do consumo de substâncias em pessoas com psicose. Contudo, abordagens integradas, que combinam estratégias

farmacológicas, psicossociais e comunitárias, parecem oferecer melhores resultados em termos de adesão terapêutica, funcionamento global e continuidade dos cuidados.

5.4 Estudo de caso 1

Metodologia

A presente metodologia refere-se à realização de dois estudos de caso, consistindo na análise aprofundada de duas situações clínicas concretas, correspondentes a utentes com diagnóstico de perturbação psicótica induzida por substâncias, acompanhados em contexto comunitário e de internamento psiquiátrico. A seleção dos casos baseou-se na sua relevância clínica e pertinência para os objetivos do estudo, nomeadamente a presença de psicose induzida por substâncias e a necessidade de intervenção especializada.

A metodologia adotada fundamentou-se no processo de enfermagem, integrando as etapas de avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação das intervenções. A recolha de dados baseou-se na análise do processo clínico, observação direta, entrevistas clínicas e informação proveniente da equipa multidisciplinar.

Foram utilizados sistemas de classificação padronizados, nomeadamente a CIPE, para a formulação de diagnósticos de enfermagem, definição de resultados esperados e planeamento das intervenções.

Foram ainda assegurados os princípios éticos, nomeadamente a confidencialidade, o anonimato dos participantes e o respeito pela autonomia da pessoa, tendo sido obtido consentimento informado para a utilização dos dados para fins académicos.

Identificação pessoal

Pessoa do sexo masculino, adulto jovem, acompanhada em contexto comunitário, com antecedentes de psicose associada ao consumo de substâncias.”, possui o 12.º ano de escolaridade e encontra-se atualmente desempregado. Vive com os pais, o irmão e o avô, numa propriedade com boas condições de habitabilidade. Refere uma relação harmoniosa com a família. Após o falecimento da avó materna, passou a pernoitar em casa do avô,

Motivo de acompanhamento

O acompanhamento pela UIC teve início em 2024, na sequência de uma descompensação psicótica caracterizada por ideação delirante de conteúdo político e autorreferencial.

Em 2025, a mãe solicitou novo contacto, referindo agravamento do estado, psicopatológico. Observou-se exacerbação do quadro clínico após o período eleitoral,

marcado pelo aumento da ideação delirante de natureza político-persecutória, exemplificada por verbalizações como: “Agora puseram uns cartazes lá ao pé de casa a dizer ‘paga caloteiro’.” No café estão sempre a falar de mim”.

Mantém consumo regular de THC. À avaliação, apresentava crítica parcial face à sintomatologia e fraca consciência de doença, mantendo necessidade de vigilância clínica continuada e de reforço da adesão terapêutica.

Antecedentes psiquiátricos

Acompanhamento psiquiátrico desde 2018, ano do primeiro internamento hospitalar motivado por surto psicótico em contexto de consumo de substâncias psicoativas. Apresentou desorganização comportamental, heteroagressividade, delírios persecutórios e de grandiosidade, insónia e consumo regular de canábis. O episódio levou à intervenção das autoridades, acionadas pela mãe, para encaminhamento ao serviço de urgência.

Apresenta antecedentes de politoxicod dependência, com consumo abusivo de heroína, cocaína, crack e canábis desde os 16 anos. Realizou internamento em comunidade terapêutica, para desabitação. Desde então, refere apenas consumo de canábis.

Atualmente, mantém diagnóstico de psicose induzida por substâncias, encontrando-se em seguimento regular em consulta de Psiquiatria e pela UIC.

Antecedentes médicos

Apresenta antecedente de Linfoma de Hodgkin clássico, atualmente em remissão completa, com seguimento regular em consulta de Hemato-Oncologia. Realizou ciclos de quimioterapia com boa resposta terapêutica e sem intercorrências significativas.

Medicação Habitual:

- Paliperidona 6 mg
- Lorazepam 2,5 mg – uso em SOS; não tem sido necessário.
- Sem alergias medicamentosas conhecidas.

História pessoal e social

Apresenta antecedentes de consumo abusivo de substâncias psicoativas, desde os 16 anos de idade, com impacto negativo no funcionamento pessoal, ocupacional e familiar. É fumador desde os 14 anos, com consumo atual estimado em cerca de 10 cigarros por dia, referindo igualmente consumo diário de canábis, cerca de cinco cigarros (“charros”) por dia.

Entre 2012 e 2013 realizou internamento em comunidade terapêutica, durante cerca de sete meses, para desabitação de drogas. Desde então, refere abstinência de substâncias ilícitas de maior gravidade, mantendo consumo regular de canábis.

Iniciou contacto com a música na infância, aprendendo diversos instrumentos com o avô e integrando uma Banda, onde permaneceu até ao início da idade adulta.

Completo o 12.º ano de escolaridade e ingressou no ensino superior na área da Música, tendo concluído o 1.º ano. Posteriormente, ingressou em licenciatura em informática durante cerca de um ano, acabando por abandonar o ensino superior.

Inscreevou-se no IEFP em 2016, onde iniciou formação profissional em Controlo Numérico Computorizado, não tendo concluído. Frequentou ainda um Curso Profissional de Metalurgia, no ano de 2019.

Profissionalmente, trabalhou em contexto fabril até 2023, altura em que interrompeu atividade por dificuldade em tolerar jornadas completas de trabalho. Atualmente, encontra-se desempregado, realizando trabalhos esporádicos.

No quotidiano, permanece maioritariamente em casa, colaborando nas tarefas domésticas e prestando apoio regular ao avô materno (atividades como corte de lenha e relva). Mantém alguma estruturação de rotinas, incluindo lazer como caminhadas, idas a cafés, música e pesca.

História Familiar

Integra um agregado familiar composto pelos pais, um irmão e o avô materno. O pai, exerce funções como vigilante; a mãe, é Técnica superior; o irmão é estudante do ensino superior, e o avô materno, 88 anos, viúvo, é pensionista.

O utente refere manter uma boa relação com o irmão e descreve a relação com os pais como globalmente funcional, embora por vezes difícil, referindo sentir-se "demasiado controlado" e identificando no pai um padrão ocasionalmente mais reativo. Ainda assim, descreve uma dinâmica familiar marcada por apoio mútuo e ausência de conflitos significativos.

Após o falecimento da avó materna, em 2019, passou a pernoitar frequentemente na residência do avô, situada perto da sua habitação principal, prestando-lhe apoio emocional e instrumental, com visitas diárias.

Não são conhecidos antecedentes psiquiátricos na família.

A família vivencia a doença com significativo impacto emocional, assumindo um papel ativo no acompanhamento e na gestão de crises.

Exame físico

Sinais vitais dentro dos parâmetros normais, sem alterações significativas à inspeção geral. Estado nutricional adequado, sem sinais de desidratação ou má nutrição aparente. Não foram identificadas alterações cutâneas significativas, e ou sinais físicos de negligência. Marcha preservada e coordenação motora adequada.

Avaliação Psicofisiológica

Refere um padrão de sono globalmente regular, embora com episódios de insónia inicial. Mantém apetite e alimentação preservados, sem queixas de alterações significativas do apetite, nem perdas ou ganhos ponderais marcados, apresentando níveis de energia descritos como normais

Exame do estado mental

Aparência e comportamento: Cuidada, higiene adequada e vestuário apropriado ao contexto. Comportamento globalmente adequado, respeitando os limites da interação terapêutica. Atitude colaborante, com ligeiros indícios de desconfiança e alguma reserva em determinadas respostas.

Atitude relacional: Estabelece relação empática, com contacto visual adequado e expressão facial congruente, evidenciando disponibilidade para a interação.

Discurso: organizado, coerente e fluente, com ritmo, velocidade e volume dentro dos parâmetros de normalidade.

Humor e afeto: Eufímico e calmo. Afeto congruente com o conteúdo do discurso, com expressão emocional adequada.

Pensamento: lógico, organizado e coerente. Ideação delirante residual de conteúdo político-persecutório e autorreferencial, com convicção parcial.

Percepção: Sem alterações perceptivas identificadas.

Cognição: Orientado no tempo, espaço e pessoa. Atenção, concentração e memória preservadas. Funções executivas mantidas.

Insight: insight parcial, reconhecendo alguns aspetos da sua condição clínica e a importância da medicação, embora minimize a relação entre o consumo de THC e a descompensação psicótica.

Controlo de impulsos: Sem sinais de impulsividade.

Perspetivas futuras

Não verbaliza perspectivas futuras definidas. Pondera, integração em curso de formação profissional através do Centro de Emprego. Refere que quer continuara a ajudar o avô.

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Com base na avaliação clínica integral realizada, foram estabelecidos os seguintes diagnósticos de enfermagem, utilizando a taxonomia CIPE, integrada com as classificações NIC e NOC.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE): Abuso de Substâncias.

"Uso inadequado de substância quimicamente ativa para um efeito não terapêutico, que poderá ser nocivo para a saúde e causar adição." (ICN, 2011)

Intervenções de enfermagem:

- Estabelecer relação terapêutica.
- Avaliar Padrão de Consumo de Substâncias.
- Avaliar motivação para mudança.
- Avaliar conhecimento.
- Executar Entrevista Motivacional (Apêndice I).
- Executar intervenção psicoeducativa (Apêndice I).
- Executar intervenção familiar (Apêndice I).
- Promover Coping Eficaz.

Resultados esperados:

- Adere ao tratamento proposto.
- Reconhece o uso problemático de substâncias.
- Expressa desejo de parar uso de substâncias.
- Identifica efeitos adversos do uso de substâncias.
- Identifica benefícios do controle/cessação.
- Adota estratégias para evitar o uso de substâncias
- Melhora controlo de uso de substâncias

Resultados obtidos:

A relação terapêutica foi estabelecida, conforme evidenciado pela colaboração do utente na aceitação das intervenções propostas, bem como pela confiança demonstrada através da partilha espontânea de conteúdos sensíveis, incluindo padrões de consumo, vivências delirantes e receios familiares. Verificou-se ainda o cumprimento regular das sessões, indicador de adesão ao processo terapêutico.

A avaliação da história de consumo permitiu identificar um padrão de consumo regular de cannabis (4–5 cigarros de haxixe/dia ao longo de cerca de 10 anos).

O utente reconhece o uso problemático de substâncias, identificando o impacto negativo do consumo na sua saúde mental e funcionamento diário, o que traduz um ganho ao nível da consciência da doença.

Identifica igualmente efeitos adversos do consumo, nomeadamente a associação a episódios de descompensação psicótica, apesar de inicialmente percecionar a cannabis como estratégia de alívio emocional.

No que respeita à motivação para a mudança, o utente encontra-se no estágio de contemplação, reconhecendo a necessidade de redução ou cessação do consumo, embora mantenha os consumos.

O utente adere ao tratamento farmacológico proposto, verbaliza desejo de abstinência a médio prazo e demonstra implementação progressiva de estratégias de coping eficaz como a realização de caminhadas regulares e adiamento intencional de alguns padrões de consumo através de distração cognitiva.

A intervenção familiar contribuiu para promover a adesão ao tratamento proposto, favorecendo uma abordagem mais educativa e menos confrontativa.

A cuidadora reconheceu benefícios da redução ou cessação do consumo, incluindo maior estabilidade emocional, diminuição do risco de internamento e melhoria da dinâmica familiar.

A identificação da sobrecarga emocional da cuidadora e a promoção do autocuidado constituíram aspetos relevantes para a sustentabilidade da intervenção.

Diagnóstico de Enfermagem: Delírio Presente (Persecutório de Autorreferência).

“Processo de pensamento distorcido” (ICN,2011)

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar delírio.
- Avaliar conhecimento.
- Manter um ambiente seguro.
- Executar escuta ativa.
- Orientar para a crítica.
- Reduzir da Estimulação Ambiental.
- Ensinar Técnicas de Distração.

- Executar intervenção psicoeducativa.
- Monitorizar adesão terapêutica.

Resultados esperados:

- Delírio diminuído ou ausente.
- Verbaliza menor convicção nas ideias delirantes
- Reduz verbalizações persecutórias
- Reconhece delírio como sintoma
- Aceita explicação racional de eventos
- Utiliza técnicas distração.
- Mantém-se calmo durante ideias intensas.
- Demonstra controlo de impulsos.
- Refere diminuição da preocupação com ideias persecutórias.

Resultados obtidos:

Verifica-se uma diminuição da intensidade do delírio, traduzida por menor frequência de verbalizações delirantes e redução da convicção associada às ideias persecutórias, mantendo-se apenas verbalizações persecutórias residuais, acompanhadas de menor preocupação emocional. O utente demonstra maior capacidade de reconhecer o delírio como sintoma, aceitando, de forma parcial, explicações racionais e alternativas para os acontecimentos vivenciados.

Observa-se a adoção de técnicas de distração eficazes, nomeadamente ouvir música, caminhar e ajudar o avo. Verbaliza manter-se mais calmo e demonstra maior controlo dos impulsos.

Relativamente à adesão ao regime terapêutico, o utente reconhece os benefícios do tratamento farmacológico, verbalizando melhoria na intensidade da atividade delirante. De forma global, os dados obtidos indicam que o delírio se encontra diminuído.

Diagnóstico de Enfermagem: isolamento social

Intervenções de enfermagem:

- Promoção da Socialização.
- Ensino: Estilo de Vida Saudável.
- Desenvolvimento de Competências Sociais.
- Melhoria da Socialização.
- Apoiar a Família na Socialização.
- Promover da Reabilitação Psicossocial

- Estimular Participação Comunitária

Resultados esperados:

- Inicia e mantém interações sociais.
- Demonstra maior participação em atividades sociais estruturadas.
- Envolve-se em atividades significativas e socialmente integradoras.
- Reduz comportamentos de evitamento social.
- Identifica alternativas ao isolamento em momentos de stress .
- Reconhece a importância das relações sociais para a saúde mental.
- Família demonstra envolvimento no incentivo à socialização do utente.

Resultados obtidos:

Os resultados obtidos permitem evidenciar ganhos clínicos, ainda que em fase de consolidação.

Observou-se melhoria progressiva, traduzida pela capacidade em manter interações sociais adequadas. Este ganho é evidenciado por aceitar convites para sair, mesmo que por períodos curtos, pela participação em momentos de convívio familiar e pela manutenção de comportamento socialmente ajustado em espaços comunitários, como cafés locais.

Verificou-se aumento significativo, expresso pela inscrição do utente no grupo de música local, retomando uma atividade previamente significativa. Esta participação reflete envolvimento em contexto comunitário.

Constatou-se redução dos comportamentos de evitamento, com diminuição do tempo passado no domicílio.

O utente reconheceu a importância das rotinas estruturadas e da interação social para a manutenção da saúde mental, demonstrando interesse em projetos futuros, nomeadamente ao considerar o início de atividade laboral.

Verificou-se fortalecimento do envolvimento da família no incentivo à socialização.

Conclusão

Este caso evidencia a complexidade da psicose induzida por canábis e a necessidade de acompanhamento continuado. Apesar dos progressos observados, nomeadamente na estabilização clínica e na integração em atividades comunitárias, o utente mantém-se em fase de contemplação relativamente à cessação do consumo, o que reforça a importância de estratégias motivacionais e psicoeducativas. O suporte familiar demonstra ser um fator facilitadores da adesão terapêutica e do controlo sintomático. Persistem, contudo, desafios como a manutenção do consumo, a dependência económica e a ausência de um projeto

ocupacional, pelo que o plano de cuidados deverá manter o foco na prevenção de recaídas, na motivação para a mudança e na reintegração socioprofissional através de acompanhamento multidisciplinar.

5.5 Estudo de caso 2

Identificação Pessoal

Trata-se de uma pessoa do sexo masculino, jovem adulto, solteiro, com escolaridade correspondente ao ensino básico incompleto (7.º ano de escolaridade), encontrando-se atualmente em situação de desemprego. Reside no domicílio familiar com a mãe, que assume o papel de cuidadora principal, e com um irmão, constituindo este o seu principal contexto de suporte familiar e social.

Motivo do Internamento e história de doença atual

Após consulta externa realizada em 10/2025, e perante a ausência de melhoria clínica, foi decidido o internamento voluntário do utente, com o objetivo estabilização psicopatológica.

À admissão, o utente apresentava sintomatologia predominantemente negativa, caracterizada por isolamento social, apatia, desmotivação e inversão do padrão de sono. Referia incumprimento terapêutico, consumo excessivo de cafeína e episódios recorrentes de ansiedade, que motivaram várias idas ao Serviço de Urgência.

Nas semanas que antecederam o internamento, o utente relatava ideação autolesiva e impulsos de autoagressão, mantendo um padrão de sono invertido e hábitos noturnos centrados em jogos eletrónicos e visualização prolongada de filmes. Apresentava ainda consumo abusivo de café e bebidas energéticas, bem como consumos de Cannabis. Permanecia grande parte do dia em casa, predominantemente deitado, sem cumprimento de rotinas estruturadas ou envolvimento em atividades significativas.

Antecedentes Psiquiátricos

Esquizofrenia paranoide induzida por consumo de substâncias, encontrando-se acompanhado desde 2012, ano em que ocorreu o primeiro internamento. Desde então, contabiliza 4 internamentos por descompensação da patologia de base.

A evolução clínica tem sido marcada por vários episódios significativos:

2012: Primeiro internamento e início do acompanhamento.

2020: Internamento por episódios de agitação, insónia, agressividade, consumo excessivo de tramadol, cafeína e cannabis, ideação persecutória, alucinações e ansiedade psicótica

2021: Internamento por abandono terapêutico, abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, desorganização comportamental

2024, Internamento por abandono terapêutico, abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, desorganização e agressividade.

O utente tem sido acompanhado pela Equipa Comunitária.

Mantém seguimento regular em consulta externa de psiquiatria desde 2012.

No passado, apresentou um episódio de pancreatite associado a abuso de tramadol.

Medicação habitual

- Quetiapina 300 mg (0+0+0+1)
- Sertralina 50 mg (1+0+0+0)
- Clozapina 100 mg (0+0+0+1)
- Lorazepam 2,5 mg (1+0+0+1)
- Propranolol 40 mg ($\frac{1}{2}$ +0+ $\frac{1}{2}$ +0)
- Injetáveis: Xeplion 100 mg IM

História Pessoal e Social

O percurso escolar do utente foi realizado no ensino regular, tendo concluído o 7.º ano de escolaridade. Este trajeto foi marcado por insucesso escolar persistente, absentismo e baixo rendimento, que culminaram em repetências e abandono precoce.

Na história pessoal do utente, destaca-se também o padrão atual de consumos e de utilização de substâncias/medicação.

O utente nega consumo atual de álcool e de drogas ilícitas, embora apresente histórico prévio de consumo de substâncias, em anos anteriores. Refere consumo excessivo e compulsivo de cafeína, ingerindo cerca de 6–7 chávenas de café por dia, associado a episódios de ansiedade.

Verifica-se ainda abuso de benzodiazepinas. Recorre à quetiapina, fora do plano terapêutico definido, o que aumenta o risco de efeitos adversos.

No domínio laboral, o percurso caracteriza-se por experiências breves e dificuldades de adaptação. Realizou trabalhos esporádicos em cafés, pequenas tarefas em armazém,

jardinagem e apoio pontual em obras, tendo ainda frequentado um curso profissional no IEFP, com participação irregular e sem conclusão da formação.

Ao nível relacional, mantém poucos vínculos afetivos, com rede de apoio essencialmente restrita à mãe, que assume o papel principal de cuidadora. Refere uma relação mais próxima com um amigo/vizinho, com o qual realiza passeios de mota, e mantém contactos pontuais com vizinhos e conhecidos, nomeadamente no café.

No que respeita à história de consumos, apresenta consumo de drogas ilícitas dos 12 aos 17 anos, tendo realizado cerca de três meses de internamento em clínica de desabituação.

Em 2021 ocorreu a morte do pai e da avó, com quem mantinha uma relação próxima e afetivamente significativa.

História Familiar

Os pais trabalharam emigrados durante vários anos, o que originou períodos uma dinâmica familiar marcada por ausências parentais e delegação de responsabilidades no contexto alargado. O pai faleceu em 2021, sem diagnóstico psiquiátrico conhecido, embora apresentasse padrões de consumo abusivo de álcool, com impacto negativo no ambiente familiar.

O irmão apresenta Perturbação do Desenvolvimento Intelectual e manifesta sintomatologia psicótica, constituindo outro elemento vulnerável no seio familiar.

Em 2021, o utente perdeu também a avó, com quem mantinha uma relação próxima e afetivamente significativa. Esta perda constituiu um marco emocionalmente exigente, ocorrendo num período de instabilidade clínica e comportamental, podendo ter funcionado como fator adicional de descompensação psíquica.

Avaliação Física

Sinais vitais dentro dos parâmetros normais, sem alterações significativas à inspeção geral. O estado geral mostrava-se preservado, com aspeto compatível com a idade cronológica. Estado nutricional adequado, sem sinais de desidratação ou má nutrição aparente. Não foram identificadas alterações cutâneas significativas, e ou sinais físicos de negligência. Marcha preservada e coordenação motora adequada.

Avaliação Psicofisiológica

Apresenta alterações no padrão de sono, com inversão do ritmo sono-vigília, dormindo predominantemente durante o dia e permanecendo acordado durante a noite.

O apetite encontra-se variável, evidenciando preferência por alimentos rápidos e estimulantes, com consumo frequente de café e bebidas energéticas.

Exame do estado mental

Aparência e comportamento: Aspecto pouco investido, com higiene mantida e postura relaxada. Comportamento globalmente organizado, com diminuição da interação social.

Atitude relacional: Hiperfamiliar, mantendo-se colaborante contacto ocular presente.

Discurso: Espontâneo, coerente e globalmente lógico, com ritmo, velocidade e volume dentro da normalidade. Conteúdo pobre.

Humor e afeto: Humor predominantemente ansioso e deprimido. Afeto superficial, pouco modulável e parcialmente congruente com o discurso. ideiação persecutória (“fico muito nervoso se vejo alguém a olhar-me de lado”).

Percepção: Relata alucinações auditivas, com conteúdo depreciativo, não se observando, no momento, comportamento de resposta a estímulos internos.

Cognição: Orientado no tempo, espaço e pessoa. Evidenciam-se sinais de deterioração cognitiva.

Insight e juízo crítico: Parcialmente mantido, reconhecendo a existência de doença, mas com tendência para minimizar o impacto dos comportamentos desadaptativos no seu funcionamento global.

Controlo de impulsos: Reduzida tolerância à frustração.

Perspetivas futuras

Nas conversas recentes, o utente verbaliza o desejo de retomar atividades estruturadas, afirmando: “Eu gostava de ir trabalhar e estudar...”. Contudo, esta intenção surge imediatamente acompanhada de uma visão negativa e desvalorizada de si próprio, acrescentando: “..., mas sabe que eu sou um doente nervoso terminal...”.

Esta frase evidencia uma percepção pessimista das suas capacidades, marcada por sentimentos de incapacidade, baixa autoestima e crenças limitadoras associadas à doença.

Apesar de manifestar vontade de investir em formação ou reinserção laboral, ainda não tomou qualquer iniciativa concreta para tratar de assuntos relacionados com emprego, formação ou reabilitação profissional.

Diagnósticos, Intervenções e resultados de Enfermagem (CIPE, NIC e NOC)

Diagnóstico de Enfermagem: Abuso de Substâncias.**Intervenções de enfermagem:**

- Estabelecer relação terapêutica.
- Avaliar história detalhada de uso de substâncias.
- Avaliar motivação para mudança.
- Avaliar conhecimento.
- Executar Entrevista Motivacional.
- Executar intervenção psicoeducativa.
- Executar intervenção familiar.
- Promover Coping Eficaz (Alternativas ao consumo).

Resultados esperados:

- Adere ao tratamento proposto.
- Reconhece o uso problemático de substâncias.
- Expressa desejo de parar uso de substâncias.
- Identifica efeitos adversos do uso de substâncias.
- Identifica benefícios do controle/cessação.
- Descreve estratégias de prevenção de recaída.
- Utiliza estratégias eficazes de redução de stress.
- Refere diminuição de sintomas físicos de stress.

Resultados obtidos:

No que respeita ao estabelecimento da relação terapêutica, verificou-se progressiva melhoria, traduzida por maior disponibilidade para o diálogo, confiança progressiva e redução de comportamentos defensivos nas sessões.

Apesar de episódios iniciais de minimização, o utente foi progressivamente capaz de reconhecer a relação entre consumo e agravamento sintomático.

Relativamente à avaliação da motivação para a mudança, o utente situou-se no estágio de pré-contemplação, com verbalizações pontuais de intenção de controlo/redução, sem compromisso consolidado.

A avaliação do conhecimento revelou défices iniciais sobre os efeitos das substâncias na sintomatologia psicótica e na eficácia da medicação antipsicótica. Após a intervenção psicoeducativa, o utente passou a identificar efeitos adversos do consumo, nomeadamente aumento da intensidade das vozes, perturbação do sono e maior instabilidade emocional, demonstrando aquisição de conhecimento.

A EM permitiu trabalhar a ambivalência, promover insight e reforçar a autoeficácia, sem aumento de resistência. Observou-se maior expressão verbal de benefícios associados à redução e utilização de linguagem de mudança, ainda que de forma inconsistente.

Relativamente à promoção de coping eficaz, o utente identificou e experimentou alternativas, como ouvir música, pintar, caminhar, recorrer ao diálogo e utilização de técnicas simples de relaxamento. Embora a aplicação destas estratégias não seja ainda sistemática, demonstrou capacidade de as reconhecer como úteis na redução do stress.

O utente comparece à segunda sessão, demonstrando disponibilidade e abertura para dar continuidade à exploração das temáticas abordadas.

Diagnóstico de Enfermagem: Delírio Presente (Persecutório de Autorreferência).

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar delírio.
- Avaliar conhecimento.
- Manter um ambiente seguro.
- Executar escuta ativa.
- Orientar para a crítica.
- Evitar hiperestimulação.
- Ensinar Técnicas de Distração.
- Ensinar técnicas de relaxamento e respiração.
- Executar intervenção psicoeducativa.

Resultados esperados:

- Delírio diminuído ou ausente.
- Reconhece que pensamentos persecutórios podem ser sintomas da doença.
- Utiliza técnicas de distração quando pensamentos são intensos.
- Refere diminuição da preocupação com ideias persecutórias.
- Mostra controlo de impulsos.
- Mantém-se calmo.
- Toma medicação antipsicótica conforme prescrito.

Resultados obtidos:

A avaliação do delírio possibilitou caracterizar o conteúdo persecutório e autorreferencial. Ao longo do tempo, verificou-se delírio diminuído em intensidade e impacto funcional, mantendo-se presente de forma residual.

Relativamente à avaliação do conhecimento, identificaram-se inicialmente défices na compreensão da natureza psicopatológica dos pensamentos persecutórios, sendo estes vivenciados como reais e ameaçadores. Após a intervenção psicoeducativa, o utente passou a reconhecer, de forma intermitente, que tais pensamentos poderiam constituir sintomas da doença, demonstrando insight parcial.

A manutenção de um ambiente seguro e com baixa estimulação foi percebida como contribuinte de diminuição de comportamentos desconfiança.

A orientação para realidade, permitiu que o utente questionasse, em alguns momentos, a veracidade das interpretações persecutórias,

O evitamento de hiperestimulação ambiental, aliado ao ensino de técnicas de distração como ouvir música, caminhar, desenhar ou conversar com profissionais e de estratégias de relaxamento e controlo respiratório, revelou-se eficaz segundo o relato de M. O utente demonstrou capacidade para recorrer autonomamente a estas estratégias em determinadas situações.

Aceita medicação sem resistência, reconhecendo a sua importância na redução dos sintomas psicóticos, embora necessite de reforço contínuo.

M. comparece à segunda sessão, evidenciando manutenção do vínculo terapêutico e envolvimento no processo interventivo.

Diagnóstico de Enfermagem: Adesão ao regime terapêutico comprometida

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar razões específicas para não adesão.
- Avaliar conhecimento.
- Executar Entrevista Motivacional.
- Intervenção psicoeducativa.
- Envolver família no processo terapêutico.
- Promover suporte à adesão.
- Realizar intervenção familiar.
- Vigiar cumprimento da medicação.

Resultados esperados:

- Demonstra melhoria progressiva da adesão ao tratamento
- Verbaliza compreensão da finalidade da medicação
- Descreve efeitos terapêuticos esperado
- Descreve consequências do incumprimento
- Participa ativamente no plano de cuidados
- Compreensão da finalidade da medicação
- Reconhecimento de efeitos adversos
- Conhecimento das consequências do incumprimento

Resultados obtidos:

A implementação das intervenções dirigidas à promoção da adesão ao regime terapêutico permitiu observar melhoria progressiva.

A avaliação das razões específicas para a não adesão permitiu identificar fatores determinantes, nomeadamente défices de insight, experiências prévias de efeitos adversos, ambivalência face à medicação, crenças disfuncionais associadas à doença e dificuldades na integração do regime terapêutico na rotina diária.

No âmbito da avaliação do conhecimento, verificou-se inicialmente compreensão limitada sobre a importância do cumprimento medicação antipsicótica. Após a intervenção psicoeducativa, o utente passou a verbalizar de forma clara a finalidade da medicação, reconhecendo o seu papel no controlo dos sintomas psicóticos e na prevenção de recaídas.

A aplicação da EM focada na adesão terapêutica permitiu observar uma evolução positiva na consciencialização do problema de saúde, traduzida por concordância com o regime terapêutico proposto, verbalização de compreensão da importância da medicação na estabilização clínica e expressão de intenção de manter a terapêutica após a alta hospitalar.

Relativamente aos efeitos terapêuticos esperados, o utente foi capaz de os descrever de forma adequada, associando a toma regular da medicação à redução da ansiedade, diminuição da intensidade das ideias persecutórias e maior estabilidade emocional. Demonstrou igualmente conhecimento sobre os principais efeitos adversos, reconhecendo a importância de os comunicar precocemente.

No que respeita às consequências do incumprimento, o utente passou a identificar a relação entre não adesão, agravamento sintomático e necessidade de reinternamento, evidenciando consciência do impacto funcional do abandono terapêutico.

A vigilância do cumprimento da medicação durante o internamento confirmou adesão adequada ao regime prescrito, sem recusas, permitindo consolidar hábitos de toma regular e reforçar comportamentos aderentes.

Conclusão

Este estudo de caso evidencia uma situação clínica crónica de psicose associada a consumos, marcada por múltiplos internamentos e dificuldades na manutenção da estabilidade clínica. As intervenções de enfermagem centraram-se na promoção da adesão ao tratamento, redução de consumos e gestão da sintomatologia psicótica, tendo-se observado melhorias na compreensão da doença, maior colaboração terapêutica e diminuição da intensidade dos pensamentos persecutórios.

A EM e a psicoeducação familiar revelaram-se úteis para aumentar o insight e favorecer atitudes mais aderentes. Face ao carácter crónico da situação, torna-se essencial a continuidade do acompanhamento pela equipa comunitária de saúde mental, com foco na prevenção de recaídas, adesão terapêutica e integração progressiva em atividades estruturadas.

5.6 Discussão

Os resultados obtidos na revisão narrativa e nos estudos de caso analisados permitem compreender de forma integrada o papel das intervenções do EESMP no acompanhamento de pessoas com psicose induzida por substâncias. Globalmente, os dados sugerem que intervenções psicossociais estruturadas, particularmente quando combinadas com estratégias farmacológicas e comunitárias, contribuem para melhorias na adesão ao tratamento, na gestão da sintomatologia psicótica e no funcionamento psicossocial.

Em ambos os casos, a construção de uma relação terapêutica revelou-se um elemento central que permitiu estabelecer um clima de confiança e facilitar o envolvimento dos utentes no tratamento. Este achado é congruente com a literatura, que identifica a aliança terapêutica como um fator determinante para a adesão e continuidade dos cuidados em pessoas com diagnóstico duplo, particularmente devido à elevada ambivalência relativamente à mudança e ao risco de abandono do tratamento (Bouchard et al., 2022).

No que respeita ao consumo de substâncias, os dois casos evidenciaram níveis distintos de motivação para a mudança. No primeiro estudo de caso, o utente encontrava-se no estágio de contemplação, demonstrando reconhecimento do uso problemático de cannabis e verbalizando intenção de cessação a médio prazo. No segundo caso, o utente situava-se em pré-contemplação, com maior tendência para minimizar o impacto do consumo. Estes

resultados refletem a heterogeneidade frequentemente observada nesta população e reforçam a importância da EM como estratégia para trabalhar a ambivalência e promover o processo de mudança. Tal como descrito na literatura, a EM demonstra particular utilidade no aumento do envolvimento terapêutico e na promoção de linguagem de mudança, embora o seu impacto isolado na redução do consumo seja limitado (Wang et al., 2021; Siddiqui et al., 2024).

A psicoeducação constituiu outra intervenção central nos dois casos analisados. Nos estudos de caso observou-se melhoria no conhecimento sobre a doença, reconhecimento da relação entre consumo de substâncias e agravamento da sintomatologia psicótica e maior compreensão do papel da medicação antipsicótica. Estes resultados são consistentes com a evidência que associa intervenções psicoeducativas a melhorias no bem-estar psicológico, no funcionamento clínico e na relação terapêutica (Nessbach et al., 2024). Contudo, tal como descrito na literatura, o impacto da psicoeducação na redução direta do consumo tende a ser moderado quando aplicada de forma isolada (Drake et al., 2004).

Relativamente à sintomatologia psicótica, ambos os estudos de caso evidenciaram redução da intensidade das ideias delirantes persecutórias ao longo do acompanhamento. Observou-se diminuição da frequência das verbalizações delirantes, menor convicção associada às crenças persecutórias e maior capacidade de questionar interpretações delirantes, ainda que com insight parcial. Estratégias como escuta ativa, orientação para a realidade, redução da estimulação ambiental e ensino de técnicas de distração mostraram-se úteis na gestão dos sintomas.

Outro aspeto relevante evidenciado nos estudos de caso foi a melhoria progressiva da adesão ao tratamento. No segundo caso, particularmente marcado por história de baixa adesão terapêutica, verificou-se evolução positiva após intervenções centradas na psicoeducação, na EM e no envolvimento familiar. O utente passou a reconhecer a importância da medicação antipsicótica na estabilização clínica e na prevenção de recaídas, demonstrando maior concordância com o regime terapêutico. Estes resultados são congruentes com os achados de estudos que apontam para a eficácia de abordagens integradas na redução das taxas de abandono e na melhoria do funcionamento global (Hunt et al., 2019).

A intervenção familiar constituiu igualmente um elemento relevante nos dois casos analisados. O envolvimento dos familiares contribuiu para reforçar a adesão ao tratamento, reduzir atitudes confrontativas e promover uma abordagem mais educativa e colaborativa. A literatura evidencia que as intervenções familiares podem reduzir recaídas, reinternamentos

e níveis de emoção expressa negativa, contribuindo para melhores resultados clínicos e psicossociais (Pharoah et al., 2010; Sampogna et al., 2023).

Os modelos integrados de tratamento têm sido apontados como a abordagem mais eficaz, uma vez que permitem intervir simultaneamente sobre a perturbação mental e o consumo de substâncias (Fiorentini et al., 2021; Hunt et al., 2019). Os resultados obtidos nos estudos de caso analisados são globalmente consistentes com esta evidência, demonstrando que intervenções combinadas — nomeadamente entrevista motivacional, psicoeducação, intervenção familiar e estratégias de reabilitação psicossocial — podem contribuir para melhorias clínicas e funcionais.

No domínio da reabilitação psicossocial, o primeiro estudo de caso evidenciou progressos na participação social e na integração comunitária, nomeadamente através da retoma de atividades significativas como a participação num grupo de música local. A redução do isolamento social e o aumento da participação em atividades estruturadas constituem indicadores importantes de recuperação funcional, sendo frequentemente associados a melhores resultados a longo prazo em pessoas com doença mental grave.

Apesar dos progressos observados, os resultados obtidos evidenciam também desafios persistentes. Em particular, a manutenção do consumo de substâncias, ainda que com maior consciência dos seus efeitos, constitui um fator de risco para recaídas psicóticas. Este achado é consistente com a literatura, que descreve elevadas taxas de persistência do consumo em pessoas com diagnóstico duplo, mesmo após intervenções terapêuticas (Fiorentini et al., 2021). Estes dados reforçam a necessidade de intervenções continuadas e de modelos de cuidados integrados que articulem intervenção clínica, suporte psicossocial e acompanhamento comunitário.

A obtenção de ganhos moderados nos dois estudos de caso, nomeadamente na redução da intensidade das ideias delirantes, no aumento do insight parcial e na melhoria da adesão ao tratamento, encontra-se em consonância com a literatura sobre intervenções psicossociais em pessoas com doença mental grave e perturbação por uso de substâncias. A evidência indica que intervenções como a entrevista motivacional, a psicoeducação e a terapia cognitivo-comportamental tendem a produzir efeitos positivos, mas geralmente de magnitude pequena a moderada, sobretudo quando aplicadas isoladamente (Hunt et al., 2019; Siddiqui et al., 2024).

Importa igualmente considerar algumas limitações inerentes ao presente trabalho. o período de acompanhamento foi relativamente curto e o espaçamento entre as intervenções demasiado longas para avaliar de forma consistente a manutenção das mudanças comportamentais, particularmente no que se refere à cessação do consumo de substâncias.

Ainda assim, os estudos de caso permitem uma compreensão aprofundada dos processos clínicos e das intervenções de enfermagem em contexto real de prática.

5.7 Conclusão

A psicose induzida por substâncias é uma condição complexa, com impacto significativo na pessoa, na família e nos serviços de saúde. A revisão realizada evidencia que o EEESMP desempenha um papel central na intervenção nesta população, mobilizando competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas no âmbito de uma abordagem integrada e centrada na pessoa.

A evidência disponível indica que modelos integrados de tratamento são mais eficazes do que abordagens fragmentadas, combinando intervenções como entrevista motivacional, psicoeducação, terapia cognitivo-comportamental e intervenção familiar.

Entre os principais desafios clínicos e organizacionais destacam-se a elevada taxa de abandono do tratamento, a fragmentação dos serviços e a necessidade de maior articulação entre cuidados hospitalares e comunitários. A literatura aponta para taxas de abandono relevantes em intervenções psicossociais, reforçando a importância da aliança terapêutica, da motivação e de abordagens comunitárias que promovam continuidade de cuidados.

Persistem também limitações na literatura, nomeadamente a escassez de investigação especificamente centrada nas intervenções de enfermagem especializada nesta área. Neste sentido, torna-se necessário desenvolver estudos que explorem o contributo do EEESMP nos modelos integrados de tratamento e a eficácia das intervenções implementadas.

O EEESMP assume, assim, um papel essencial na coordenação de cuidados e na promoção de processos de recuperação, sendo igualmente necessário reforçar a investigação em enfermagem de saúde mental para sustentar o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência.

5.8 Implicações para a prática clínica

O exercício profissional do EEESMP em Portugal encontra-se enquadrado pelo Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que define competências específicas.

No contexto da psicose induzida por substâncias, os resultados da literatura reforçam a necessidade de uma abordagem integrada, que contemple simultaneamente a gestão da sintomatologia psicótica e dos comportamentos aditivos.

Neste âmbito, o EESMP assume um papel relevante na realização de uma avaliação clínica abrangente, na formulação de diagnósticos de enfermagem especializados e na implementação de planos de cuidados individualizados.

A evidência disponível aponta para a utilidade de intervenções como entrevista motivacional, psicoeducação, intervenção familiar, gestão do regime terapêutico e promoção de estratégias de coping, particularmente quando integradas numa relação terapêutica consistente. Estas intervenções contribuem para melhorar o insight, promover a adesão ao tratamento e apoiar processos de mudança comportamental.

Adicionalmente, o envolvimento da família e a articulação com recursos comunitários constituem elementos importantes para a continuidade dos cuidados e para a prevenção de recaídas e assim, o EESMP desempenha também um papel relevante na coordenação de cuidados e na promoção da reabilitação psicossocial.

Implica, ao nível dos serviços, a necessidade de implementação de programas estruturados e integrados de intervenção (psicoeducação, entrevista motivacional e acompanhamento comunitário), com articulação multidisciplinar, visando melhorar a adesão terapêutica, reduzir recaídas e promover a reabilitação psicossocial.

Em síntese, a prática clínica nesta área deve privilegiar intervenções integradas, centradas na pessoa e orientadas para a continuidade dos cuidados, promovendo a estabilização clínica e processos sustentados de recuperação em saúde mental.

6. Considerações finais

A elaboração do presente relatório permitiu aprofundar a compreensão da psicose associada ao consumo de substâncias psicoativas, uma condição clínica complexa e frequentemente marcada por instabilidade sintomática, baixa adesão terapêutica e elevado risco de recaídas. A articulação entre a revisão narrativa da literatura e a análise dos estudos de caso possibilitou integrar conhecimento científico com a experiência clínica, contribuindo para uma visão mais abrangente das necessidades desta população e das respostas terapêuticas mais adequadas.

Os resultados analisados reforçam a evidência de que a intervenção nesta área deve assentar em modelos integrados de cuidados, que articulem intervenções farmacológicas, psicossociais e comunitárias. Estratégias como a entrevista motivacional, a psicoeducação, a intervenção familiar e a promoção de competências de coping revelam-se particularmente relevantes para melhorar a adesão terapêutica, aumentar o insight e apoiar processos de mudança comportamental. No entanto, a literatura evidencia que os progressos nesta população tendem a ser graduais e frequentemente de magnitude moderada, refletindo a complexidade clínica associada ao duplo diagnóstico.

Ao longo do percurso formativo e das experiências de estágio, foi possível desenvolver e consolidar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente na avaliação clínica em saúde mental, na formulação de diagnósticos de enfermagem, na implementação de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas e na promoção da relação terapêutica como instrumento fundamental de cuidado. A intervenção junto de pessoas com psicose induzida por consumos evidenciou também a importância da gestão do regime terapêutico, da articulação com a família e da promoção da reabilitação psicossocial como componentes essenciais do processo de recuperação.

Paralelamente, foram desenvolvidas competências de mestre, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 65/2018, que se concretizaram na mobilização de conhecimentos especializados em contextos clínicos distintos, na capacidade de análise crítica e resolução de problemas complexos, na realização da revisão narrativa e dos estudos de caso enquanto exercício de investigação aplicada, e no desenvolvimento de competências de comunicação e reflexão crítica.

Importa, contudo, reconhecer algumas limitações do trabalho. A análise baseou-se num número reduzido de estudos de caso e num período de acompanhamento limitado, o que condiciona a possibilidade de generalização dos resultados. Adicionalmente, a literatura

disponível apresenta alguma heterogeneidade metodológica e escassez de investigação especificamente centrada nas intervenções de enfermagem especializada nesta população.

Neste sentido, torna-se relevante incentivar o desenvolvimento de investigação em enfermagem de saúde mental, particularmente dirigida à avaliação da eficácia de intervenções específicas implementadas por enfermeiros especialistas e à análise da sua aplicabilidade em diferentes contextos clínicos. O aprofundamento deste conhecimento poderá contribuir para o desenvolvimento de práticas mais estruturadas e sustentadas na evidência.

Em síntese, a intervenção do EESMP revela-se essencial na abordagem da psicose induzida por consumos, assumindo um papel central na construção da relação terapêutica, na coordenação de cuidados e na promoção de processos de recuperação centrados na pessoa. Este percurso formativo constituiu uma oportunidade de crescimento profissional e académico, reforçando o compromisso com uma prática clínica reflexiva, integrada e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde mental.

7. Bibliografia

Alves, G. C., Peres, F. S., Silva, C. M., Friedrich, J. C. P., Zucco, J. V. G., Macuch, R. S., & Milani, R. G. (2024). Psicoeducação em contextos de saúde mental: Uma revisão sistemática. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*.

Amaral, A. C. (2020). Observação e avaliação inicial em saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (Cap. 18). Lidel.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., et al. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: Randomised controlled trial. *BMJ*, *341*, c6325.
<https://doi.org/10.1136/bmj.c6325>

Bouchard, M., Lecomte, T., Cloutier, B., Herrera-Roberge, J., & Potvin, S. (2022). Dropout rates in psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 842329. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.842329>

Carvalho, Á. A., Mateus, P., Nogueira, P. J., et al. (2016). Portugal: Saúde mental em números – 2015. Direção-Geral da Saúde.

Chilton, J., Crone, D., & Tyson, P. J. (2018). Clinical outcomes from a 10-week follow-up psychoeducational program for dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*, *14*(2), 102–110. <https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1431420>

Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro. (2010). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 18, p. 258. Portugal.

Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., et al. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): A multicentre, case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427–436. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3)

Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., et al. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 360–374.

Fioravanti, M., Carlone, O., Vitale, B., Cinti, M. E., & Clare, L. (2005). A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychology Review*, 15(2), 73–95.

Fiorentini, A., Cantù, F., Crisanti, C., Cereda, G., Oldani, L., & Brambilla, P. (2021). Substance-induced psychoses: An updated literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 694863. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.694863>

Freitas, A. F. da C., Faria, A., Martins, M. M., & Oliveira, M. J. (2023). Nursing performance in home visits. *KESANS: International Journal of Health and Science*, 2(12), 988–1008. <https://doi.org/10.54543/kesans.v2i12.226>

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>

Galdino, M. M., Silva, M. C. V., Lopes, G. A. T., Souza, G. L., Silva, M. V., & Andrade, L. A. S. (2022). Intervenções psicoeducativas no contexto da saúde: Uma revisão narrativa. *Caderno de Graduação – Ciências Humanas e Sociais*, 7(2), 21–29. <https://periodicos.grupotiradentes.com/cadernohumanas/article/view/10328/4902>

Giacomini, E., & Rizzotto, M. L. F. (2022). Interdisciplinarity in mental health care practices: An integrative literature review. *Saúde em Debate*, 46(Edição Especial 6), 261–280. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E623I>

Gonçalves, P., Sampaio, F., & Sequeira, C. (2020). Processo de enfermagem, CIPE® e sistemas de informação. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Gorenstein, C., Wang, Y.-P., & Hungerbühler, I. (Orgs.). (2016). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Artmed.

Hove, O., Bjornestad, J., Hegelstad, W. T. V., Joa, I., Johannessen, J. O., Langeveld, J., et al. (2023). Remission with or without comorbid substance use disorders in psychosis. *Frontiers in Psychology, 14*, 1237718. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1237718>

Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD001088.

International Council of Nurses. (2019). *CIPE® — Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Versão 2019)*. ICN.

Kishimoto, T., Nitta, M., Borenstein, M., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2013). Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*(10), 957–965.

Laranjeira, C. (2021). Therapeutic relationship in mental health nursing: A scoping review. *European Psychiatry, 64*(S1), S730–S731.

Lei n.º 35/2023, de 21 de julho. (2023). Aprova a lei de saúde mental. *Diário da República*, 1.ª série.

Medeiros, D. N., Ribeiro, J. F. S., & Trajano, L. A. S. N. (2021). Psicose induzida por drogas recreativas: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development, 10*(2).

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

Ministério da Saúde. (2010). *Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro*. Diário da República.

Ministério da Saúde. (2020). *Plano Nacional de Saúde Mental*.

Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health, 28*(3–4), 424–439.

Murrie, B., Lappin, J., Large, M., & Sara, G. (2020). Transition of substance-induced psychoses to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 46*(3), 505–516.

Naz, H., & Ganaie, N. A. (2023). Evidence-based practice in nursing: A comprehensive review. *Clinical Medicine and Health Research Journal, 3*(6), 713–715.

Novakovic, A., Francis, K., Clark, J., & Craig, L. (2010). Community meetings on acute psychiatric wards. *Mental Health Review Journal, 15*(3), 45–53.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015 — Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. *Diário da República*.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018 — Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. *Diário da República*.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 — Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2022). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision)*.

Organização Mundial da Saúde. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing*. Springer Publishing Company. (Original work published 1952).

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000088.

Pinho, L. G. (2020). Intervenção familiar na doença mental grave. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 216-220). Lidel.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48.

Sampogna, G., Brohan, E., Luciano, M., Chowdhary, N., & Fiorillo, A. (2023). Psychosocial interventions for carers of people with severe mental illness and substance use disorders. *European Psychiatry*, 66(1), e98.

Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. Jossey-Bass.

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

Siddiqui, S., Mehta, D., Coles, A., Selby, P., Solmi, M., & Castle, D. (2024). Psychosocial interventions for individuals with comorbid psychosis and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*.

Silva, M., & Costa, A. (2012). Diagnóstico e intervenções à pessoa com transtorno mental com base na consulta de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 17(4), 678–685.

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. Ministério da Saúde.

Stevens, K. (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2).
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No02Man04>

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2008). The balanced care model. *The British Journal of Psychiatry*, 193(2), 96–100.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *World Drug Report 2021*.

Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Dennis, C., Leszcz, T., Taylor, V. H., Blumberger, D. M., & Seitz, D. P. (2013). *Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: Systematic review*. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 187–194.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.115030>

Barcellos, W. de S., Peixoto, W. V. de O. T., Sousa, F. G. A., Vieira, L. R., Cardoso, M. O., et al. (2024). Psicose induzida por substâncias. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(9), 2042–2055.

World Health Organization. (2019). Burn-out an “occupational phenomenon”.

Apêndice 1 – Planeamento das sessões do estudo de caso 1

Planeamento da Sessão de Avaliação Inicial		
<p>Data: 30/10/2025</p> <p>Hora: 11:00 horas</p> <p>Duração: 30 - 45 minutos</p> <p>Local: Gabinete de enfermagem</p> <p>Utente: R</p> <p>Realizado por: Enfermeiro Pedro Bastos (aluno do CMEESP)</p> <p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar avaliação inicial e identificar o motivo da necessidade de intervenção. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado mental e o funcionamento psicossocial. Avaliar o nível de insight e a fase do ciclo de mudança. Estabelecer uma relação terapêutica. 		
Fases	Conteúdos	Min.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Criar ambiente terapêutico. Clarificar objetivos e motivos da entrevista. Garantir confidencialidade. 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Realizar entrevista clínica estruturada. Avaliação do Estado Mental. História Clínica e Psicossocial. Avaliação da Motivação e Insight. Identificação de Necessidades e Recursos. Registar comunicação não verbal. Registar observações objetivas e subjetivas. Esclarecer e validar a informação recebida. 	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese das informações recolhidas. Esclarecer dúvidas do utente. Negociar próximos passos. Agendar próximo contacto 	10

Guião da sessão de avaliação inicial

Acolhimento e Introdução

- “tudo o que falarmos será confidencial.”
- Obter consentimento para proceder.

Motivo da Consulta

- “Como descreveria o que está a sentir?”
- “Há quanto tempo começou a sentir-se assim?”

História de doença Atual

- “Pode contar-me como tem sido o seu dia-a-dia ultimamente?”
- “Quando começaram estes sintomas?”

História psiquiátrica

- “Já teve situações parecidas no passado?”
- “Faz ou fez medicação? Tem tomado como indicado?”

História médica e medicamentosa

- “Tem alguma doença física que devamos conhecer?”
- “Que medicação toma regularmente?”
- “Tem alergias?”

História Pessoal e Familiar

- “Há antecedentes de problemas de saúde na família?”
- “Como era a sua infância e adolescência?”

Contexto Psicossocial

- “Com quem vive atualmente?”
- “Como está a sua situação profissional ou escolar?”
- “Como descreveria as suas relações com a família e amigos?”
- “Costuma sair? Socializar?”
- “Como tem dormido? Quantas horas? Acorda durante a noite?”
- “Tem-se alimentado bem?”

Consumo de Substâncias

- “Quando foi o último consumo? Já tentou parar? Como foi?”

Exame do Estado Mental (EEM)

- Higiene / vestuário / postura/MContacto ocular/Agitação / lentificação
- “Como tem estado a sentir-se emocionalmente?”
- “Tem pensamentos que não consegue controlar?” “Alguma vez ouviu vozes?”
- “Sabe que dia é hoje? Onde estamos?” / Memória simples: 3 palavras / cálculo simples.
- “Alguma vez pensou em fazer mal a si próprio(a) ou a outra pessoa?”

Recursos e Estratégias

- “O que costuma fazer para lidar com momentos difíceis?”

Encerramento

- “Como se sente depois desta conversa?”
- “Vamos combinar os próximos passos juntos, está de acordo?”

Planeamento da 1ª sessão de Entrevista Motivacional		
<p>Data: 06/11/2025</p> <p>Hora: 11:00 horas</p> <p>Duração: 30 - 45 minutos</p> <p>Local: Gabinete de enfermagem</p> <p>Utente: R</p> <p>Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do CMEESP)</p> <p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover a motivação intrínseca para a mudança de comportamentos <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reforçar a relação terapêutica. Explorar perceções do utente sobre o consumo de cannabis. Explorar ambivalência face à mudança. Evocar linguagem de mudança. Avaliar importância e confiança para a mudança 		
Fases	Conteúdos	Min.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Criar ambiente terapêutico Clarificar objetivos e motivos da entrevista. Garantir confidencialidade. 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Exploração do significado do consumo Explorar Reconhecimento do Problema Desenvolvimento de discrepância. Balança Decisional. Réguas de Importância e Confiança. 	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Resumo reflexivo das ambivalências. Reforço positivo do envolvimento Agendar próximo contacto 	10

Guião da 1ª sessão – entrevista motivacional

Introdução

- Criar ambiente terapêutico seguro.
- Promover autonomia do utente.
- “Bom dia/boa tarde. Agradeço a sua presença.”
- “Esta conversa serve para percebermos juntos como está a sua situação e o que faz sentido mudar para si.”

Desenvolvimento

Exploração Inicial da Situação Atual

- Compreender a perspetiva do utente.
- Identificar preocupações centrais.
- “O que o trouxe até aqui neste momento?”
- “Como tem sido o seu dia a dia ultimamente?”

Exploração da Ambivalência – Balança Decisional

- Tornar explícita a ambivalência.
- Evocar linguagem de mudança.

Manter o comportamento:

- “O que ganha ao manter o consumo / comportamento como está?”

Custos de manter:

- “O que não gosta ou o que lhe traz dificuldades ao manter este comportamento?”

Mudar o comportamento:

- “O que poderia ganhar se decidisse mudar?”

Custos de mudar:

- “O que receia que possa acontecer se mudar?”

Avaliação da Importância e Confiança

- “Numa escala de 0 a 10, quão importante é para si fazer esta mudança?”
- “O que faria subir esse número?”
- “Quão confiante se sente de que conseguiria mudar, se decidisse fazê-lo?”

Desenvolvimento de Discrepância e Valores

- “O que é mais importante para si na sua vida neste momento?”
- “De que forma este comportamento se aproxima ou afasta desses objetivos?”

Encerramento

- Síntese partilhada da balança decisional.
- Agendamento da sessão seguinte.

Planeamento da 2ª sessão de Entrevista Motivacional		
<p>Data: 20/11/2025</p> <p>Hora: 11:00 horas</p> <p>Duração: 30 - 45 minutos</p> <p>Local: Gabinete de enfermagem</p> <p>Utente: M.P.</p> <p>Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do MEESP)</p> <p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajudar o utente a identificar e resolver a sua ambivalência, e criar e fortalecer a motivação para mudar comportamentos. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Explorar e aprofundar a ambivalência identificada na sessão anterior. Evocar linguagem de mudança mais consistente. Reforçar a autoeficácia e o controlo percebido Introduzir mini-planos hipotéticos, respeitando a autonomia. 		
Fases	Conteúdos	Min.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Revisão breve da sessão anterior. Exploração de reflexões intermédias. 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Explorar ambivalência. Escala de prontidão. Mini-plano hipotético. Reforço da autoeficácia 	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese centrada nos valores e capacidades. Reafirmação da autonomia. Definição do próximo passo (sem pressão). 	10

Guião da 2ª sessão – entrevista motivacional

Introdução

- Revisão breve da sessão anterior.
- Exploração de reflexões intermédias.
- “Depois da nossa última conversa, ficou a pensar em alguma coisa?”
- “Houve algo que lhe tenha feito mais sentido?”

Desenvolvimento

Exploração da Ambivalência

- Tornar a ambivalência mais explícita.
- Reforçar consciência das consequências dos comportamentos.
- “O que o faz querer mudar... e o que o faz hesitar?”

Avaliação da Prontidão para a Mudança

- Avaliar estágio motivacional atual.
- “Numa escala de 0 a 10, quão preparado se sente para mudar neste momento?”
- “O que fez com que não fosse um número mais baixo?”
- “O que teria de acontecer para aumentar um pouco esse valor?”

Desenvolvimento de Miniplanos Hipotéticos

- “Se, hipoteticamente, decidisse mudar, por onde começaria?”
- “O que acha que seria mais fácil mudar primeiro?”

Reforço da Autoeficácia

- “Já houve alguma situação no passado em que conseguiu mudar algo difícil?”
- “O que o ajudou nessa altura?”

Conclusão

- Síntese centrada nos valores e capacidades.
- Reafirmação da autonomia.
- Definição do próximo passo

Planeamento da 1ª sessão – Psicoeducação		
<p>Data: 13/11/2025</p> <p>Hora: 11:00 horas</p> <p>Duração: 30 - 45 minutos</p> <p>Local: Gabinete de enfermagem</p> <p>Utente: M.P.</p> <p>Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do CMEESP)</p> <p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover a compreensão da relação entre consumo de substâncias e psicose e sensibilizar para hábitos de vida saudáveis <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconhecer a psicose como uma condição de saúde mental. identificar a relação entre consumo de cannabis e agravamento da psicose. Reconhecer sinais precoces de descompensação psicótica. Identificar hábitos de vida saudáveis que contribuem para a estabilidade mental. 		
Fases	Conteúdos	Min.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Preparação do setting Avaliar conhecimentos prévios e crenças do utente 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Psicose: conceito e vivência pessoal Psicose Associada a Consumos Sinais de alerta e prevenção de recaídas Hábitos de vida saudáveis como fatores protetores 	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese das informações recolhidas. Esclarecer dúvidas do utente. Reforço positivo da capacidade de autocuidado. Agendar próximo contacto 	10

Planeamento da 1ª sessão intervenção familiar		
<p>Data: 27/11/2025</p> <p>Hora: 16:00 horas</p> <p>Duração: 30 - 45 minutos</p> <p>Local: Gabinete de enfermagem</p> <p>Utente: Mãe de M.P.</p> <p>Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do MEESP)</p> <p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a compreensão da doença mental e do seu impacto no contexto familiar, fortalecendo as competências da cuidadora. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criar um ambiente seguro para a expressão das vivências familiares. • Avaliar o conhecimento da família sobre a doença mental e o tratamento. • Identificar sobrecarga e recursos familiares. • Fornecer informação sobre psicose e consumo de substâncias. • Reduzir padrões de emoção expressa elevados. • Promover estratégias de gestão de crises. 		
Fases	Conteúdos	Min.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação cordial e profissional. • Explicação do propósito da sessão. • Garantia de confidencialidade. 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Exploração da Experiência Familiar. • Avaliação do impacto da doença mental na família. • Avaliar o conhecimento. • Avaliação da sobrecarga do cuidador principal. • Informação básica sobre psicose, comorbilidade com consumos e importância da adesão terapêutica. • Autocuidado do cuidador. 	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das informações recolhidas. • Esclarecer dúvidas. • Encerramento da sessão. 	10

Guião da sessão intervenção familiar

Acolhimento e Enquadramento da Sessão

- “Bom dia/boa tarde. Agradeço a disponibilidade para esta conversa.”
- “O objetivo desta sessão é perceber como têm vivido esta ...”

Exploração da Experiência Familiar

- “Quais têm sido as maiores dificuldades no dia a dia?”
- “O que mais vos preocupa neste momento?”

Avaliação da Sobrecarga e Recursos Familiares

- “De que forma esta situação tem impactado a vossa vida pessoal e familiar?”
- “Consegue ter momentos de descanso ou apoio?”

Psicoeducação em Saúde Mental

- Relação entre consumo de substâncias e descompensação psicótica.
- Importância da adesão ao tratamento e da vigilância clínica.
- Identificação de sinais precoces de recaída.

Comunicação Familiar e Gestão de Crises

- Evitar confronto direto e críticas.
- Manter comunicação clara, calma e objetiva.
- “Em situações de agravamento, é importante saber quando e como pedir ajuda.”

Autocuidado do Cuidador

- “Que estratégias utiliza para lidar com o stress?”
- Incentivo à partilha de responsabilidades e procura de apoio formal/informal.

Encerramento e Planeamento Futuro

- Síntese dos temas abordados.
- Esclarecimento de dúvidas.

Apêndice 2 – Planeamento da formação sobre Burnout


Burnout nos Profissionais de Saúde		
Data: 30/10/2025		
Hora: 14:00 horas		
Duração: 60 minutos		
Local: UCSP		
Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do MEESP)		
Destinatários: Profissionais de saúde		
Metodologia: Expositivo-participativa		
Objetivo geral:		
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar o utente para identificar fatores de stress, utilizar estratégias de coping adaptativas e desenvolver competências. 		
Objetivos Específicos		
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o fenómeno do burnout e suas dimensões. • Identificar fatores de risco, sinais e impactos. • Explorar estratégias de prevenção e intervenção. 		
Fases	Conteúdos	Min.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentações • Breve enquadramento do tema e relevância atual. • Apresentação dos objetivos. 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de burnout • Dados Epidemiológicos • Etiologia e Fatores de Risco • As Três Dimensões do Burnout • Sinais, Sintomas e Impactos • Estratégias de Intervenção e Prevenção 	45
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço para perguntas e partilha final. 	10

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE REGIÃO DE AVEIRO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Burnout nos Profissionais de Saúde

Desafios, impacto e estratégias de prevenção

Esplanada, 6 de Novembro 2025



1

Objetivos

- 1 Compreender o fenómeno do **burnout**
- 2 Identificar **fatores de risco** e sinais de alerta
- 3 Reconhecer o **impacto** do burnout
- 4 Explorar **estratégias eficazes de prevenção e intervenção**

2

Conceito

- ✓ "Estado de esgotamento físico e mental causado pelo exercício de uma atividade profissional"(OMS, 2019).
- ✓ Caracterizada por três dimensões principais:
 - Exaustão Emocional**
 - Despersonalização**
 - Redução da Realização Profissional**
- ✓ Instalação progressiva.
- ✓ Ritmo intenso, elevada responsabilidade e contato com o sofrimento.

"queimar até à exaustão"

Não é apenas um problema individual, mas um fenómeno **sistémico** que afeta a segurança dos utentes, a qualidade dos cuidados e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

3

Epidemiologia

Dados Gerais (OMS,2024)

- ✓ 50% dos profissionais de saúde globalmente sofrem de burnout
- ✓ 66% dos médicos e enfermeiros

Europa (OMS,2024)

- ✓ 1 em cada 3 sofre de depressão
- ✓ 10% reportam pensamentos suicidas
- ✓ 33% experienciam bullying ou ameaças violentas
- ✓ Até 34% consideram abandonar a profissão



Portugal (Marvão et al., 2016)

- ✓ 47,8% burnout severo
- ✓ 21,6% burnout moderado

4

Etiologia e Fatores de Risco

Fatores organizacionais

- ✓ Carga de Trabalho Excessiva
- ✓ Qualidade das Condições de Trabalho
- ✓ Falta de Autonomia e Controlo
- ✓ Desequilíbrio Esforço-Recompensa
- ✓ Poucas expectativas de crescimento

Fatores interpessoais e relacionais

- ✓ Relacionamentos Interpessoais Disfuncionais
- ✓ Liderança Inadequada
- ✓ Violência no Local de Trabalho

Fatores específicos dos profissionais de saúde

- ✓ Natureza do Trabalho
- ✓ Fadiga de Compaixão
- ✓ Dilemas Éticos e Morais

Fatores individuais

- ✓ Idade e Experiência Profissional
- ✓ Características de Personalidade
- ✓ Género
- ✓ Estado Civil e Parentalidade
- ✓ Desequilíbrio Trabalho-Vida Pessoal

5

As Três Dimensões do Burnout



1. Exaustão Emocional (Componente Central)

- ✓ Sensação de esgotamento físico e mental
- ✓ Baixos recursos emocionais
- ✓ Descanso convencional não eficaz
- ✓ Perpetua-se fora do ambiente de trabalho

2. Despersonalização/Cinismo (Mecanismo de Defesa)

- ✓ Distanciamento emocional do trabalho e das pessoas
- ✓ Atitudes frias, negativas ou cínicas com colegas e utentes
- ✓ Irritabilidade e impaciência frequentes

3. Reduzida Eficácia Profissional

- ✓ Sentimentos de incompetência e ineficácia
- ✓ Diminuição da autoestima profissional
- ✓ Perda de motivação
- ✓ Diminuição no desempenho/produktividade

6

Sinais e sintomas

Físicos

- ✓ Fadiga que não melhora com descanso
- ✓ Cefalalias frequentes
- ✓ Problemas gastrointestinais
- ✓ Alterações do sono e apetite
- ✓ Sintomas cardiovasculares

Emocionais

- ✓ Irritabilidade constante
- ✓ Ansiedade persistente
- ✓ Sentimentos de desesperança
- ✓ Perda de interesse
- ✓ Alterações do humor

Comportamentais

- ✓ Deterioração das relações
- ✓ Absentismo
- ✓ Procrastinação
- ✓ Diminuição do desempenho
- ✓ Uso de substâncias

Sintomas persistem por 2 semanas ou mais



7

Sinais de Alerta

Procurar ajuda profissional se:

- Perda de funcionamento diário
- Pensamentos suicidas
- Comportamentos autolesivos.
- Uso/abuso de substâncias

8

Consequências e impacto

Impacto Organizacional

- ✓ Aumento dos custos com saúde e substituição de pessoal
- ✓ Redução da Produtividade
- ✓ Satisfação do utente diminuída
- ✓ Diminuição da qualidade dos cuidados de saúde
- ✓ Absentismo/assiduidade

Impacto profissional

- ✓ Diminuição do desempenho
- ✓ Aumento da probabilidade de erros
- ✓ Menor empatia no contacto com os utentes
- ✓ Redução da capacidade de tomada de decisão

Impacto Individual

- ✓ Impacto na saúde física e mental
- ✓ Intenção de abandonar o emprego
- ✓ Impacto nas relações interpessoais
- ✓ Abuso de substâncias
- ✓ Risco de suicídio



9

Tratamento

Mudanças no estilo de vida

Acompanhamento psiquiátrico

Mudanças no ambiente de trabalho

Psicoterapia



10

Prevenção

Nível Organizacional

- ✓ Gestão da carga de trabalho
- ✓ Melhoria das condições de trabalho
- ✓ Autonomia profissional
- ✓ Liderança eficaz
- ✓ Combate à violência no trabalho
- ✓ Programas de apoio psicológico e bem-estar
- ✓ Formação

Nível Sistémico

- ✓ Financiamento de programas de prevenção
- ✓ Legislação sobre carga de trabalho e condições laborais
- ✓ Investigação contínua sobre prevalência e eficácia de intervenções

9

Prevenção – Nível individual

Autocuidado preventivo

- ✓ Equilíbrio trabalho-vida pessoal
- ✓ Exercício físico regular
- ✓ Sono de qualidade
- ✓ Alimentação saudável
- ✓ Férias
- ✓ Socializar, conversar, partilhar
- ✓ Hobbies e interesses pessoais
- ✓ Relaxamento, mindfulness



10


Prevenção – Nível individual

Durante o trabalho

- ✓ Pausas regulares
- ✓ Técnicas de respiração, relaxamento e mindfulness
- ✓ Comunicação assertiva
- ✓ Partilha com colegas
- ✓ Escuta ativa
- ✓ Feedback construtivo
- ✓ Encorajamento mútuo
- ✓ Expressão de dificuldades
- ✓ Estabelecimento de limites
- ✓ Ritual de transição trabalho-casa



13



"Promover a saúde mental dos profissionais é investir na saúde de todos."
World Economic Forum, 2023

14

Conclusão

Cuidar de quem cuida é essencial para garantir a sustentabilidade, a segurança e a humanização dos sistemas de saúde.



"A compaixão pelos outros começa com a compaixão por nós mesmos."
Dalai Lama

15

Bibliografia

Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2019). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*

Marvão, J., et al. (2016). Burnout in Portuguese Healthcare Professionals. *Acta Médica Portuguesa*

Melo-Ribeiro, P., et al. (2023). Assessment of Burnout in Healthcare Professionals. *Revista Psiquiátrica*

Nagarajan, R., Ramachandran, P., Dilijkumar, R., & Kaur, P. (2024). "Global estimate of burnout among the public health workforce." *Human Resources for Health*, 22, Article 30. <https://doi.org/10.1186/s12960-024-00917-w>

World Economic Forum. (2023, setembro). "Addressing healthcare worker burnout and the urgent path to SDG3." <https://www.weforum.org/stories/2023/09/addressing-healthcare-worker-burnout-and-the-urgent-path-to-sdg3-health/>

OMS Europa. (2023). "European Health Report 2023."

WHO (2019). Burn-out an "occupational phenomenon". *International Classification of Diseases*

Why addressing burnout among healthcare workers is crucial to advance health-related SDGs | World Economic Forum

16

Apêndice 3 – Planeamento das sessões do estudo de caso 2

Planeamento da Sessão de Avaliação Inicial		
Data: 04/11/2025		
Hora: 11:00 horas		
Duração: 30 - 45 minutos		
Local: Gabinete de enfermagem		
Utente: M.P.		
Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do CMEESP)		
Objetivo geral:		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o motivo da necessidade de intervenção. 		
Objetivos específicos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estado mental e o funcionamento psicossocial. • Avaliar o nível de insight e a fase do ciclo de mudança. • Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e segurança. 		
fases	conteúdos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Criar ambiente terapêutico. • Clarificar objetivos e motivos da entrevista. • Garantir confidencialidade. 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar guião preparado. • Avaliação do Estado Mental. • História Clínica e Psicossocial. • Avaliação da Motivação e Insight. • Identificação de Necessidades e Recursos. • Registrar comunicação não verbal. • Registrar observações objetivas e subjetivas. • Esclarecer e validar a informação recebida. 	25
conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das informações recolhidas. • Esclarecer dúvidas do utente. • Negociar próximos passos. • Agendar próximo contacto 	10

•

Planeamento da 1ª sessão - Entrevista motivacional		
Data: 06/11/2025		
Hora: 11:00 horas		
Duração: 30 - 45 minutos		
Local: Gabinete de enfermagem		
Utente: M.P.		
Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do CMEESP)		
Objetivo geral:		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover consciência sobre a relação entre consumo e agravamento clínico. 		
Objetivos específicos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar perceção do problema • Identificar valores pessoais • Iniciar desenvolvimento de discrepância 		
fases	Conteúdos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Criar ambiente terapêutico • Clarificar objetivos e motivos da entrevista. • Garantir confidencialidade. 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Motivo do internamento (perspetiva do utente). • Identificar Comportamentos-Alvo e Priorizar. • Explorar Reconhecimento do Problema • Explorar Preocupações. • Explorar ambivalencia. • Desenvolvimento de discrepâncias. • Explorar Otimismo (Autoeficácia). 	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das informações recolhidas. • Reforço positivo do envolvimento • Esclarecer dúvidas do utente. • Agendar próximo contacto 	10

Guião da 1ª sessão – entrevista motivacional

Acolhimento e enquadramento

"Bom dia, M.P. " como se sente por estar aqui hoje?"

"Tudo o que disser aqui é confidencial "

Exploração inicial com perguntas abertas

"O que o trouxe ao hospital desta vez?" "Há alguma coisa específica que o preocupa neste momento?"

Identificar comportamentos-alvo e priorizar

"Destas questões que identificámos, qual sente que gostaria de explorar primeiro? Ou qual a que mais o preocupa neste momento?"

Explorar reconhecimento do problema

"O que pensa sobre a medicação/thc que está a tomar atualmente?" "Alguma vez pensou na relação entre tomar ou não tomar a medicação e o que lhe acontece?"

Explorar preocupação

"O que mais o preocupa em relação à sua situação atual?"

Balança decisional

"O que é que o consumo lhe traz de bom?"

"E há alguma coisa menos boa?"

Desenvolvimento de discrepância

"Disse que gostava de trabalhar... acha que a sua saúde interfere nisso?"

Agendar próxima sessão

"Propunha que nos encontrássemos na próxima [dia da semana], à mesma hora. Consegue estar presente?"

Encerramento

"Antes de terminar, deixe-me resumir o que conversámos."

Planeamento da 2ª sessão - Entrevista motivacional		
Data: 14/11/2025		
Hora: 11:00 horas		
Duração: 30 - 45 minutos		
Local: Gabinete de enfermagem		
Utente: M.P.		
Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do CMEESP)		
Objetivo geral:		
<ul style="list-style-type: none"> • Evocar linguagem de mudança e aumentar consciência das consequências 		
Objetivos específicos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar discrepância valores vs. comportamento • Utilizar escalas de importância • Explorar cenários hipotéticos • Aumentar autoeficácia 		
fases	conteúdos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão de sessão anterior • Clarificar objetivos e motivos da entrevista. • Garantir confidencialidade. 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar ambivalência. • Escala de importância. • Explorar crenças limitadoras. • Explorar cenário hipotético. • Explorar autoeficácia. 	25
conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das informações recolhidas. • Esclarecer dúvidas do utente. • Negociar próximos passos. 	10

Guião da 2ª Sessão de Entrevista Motivacional

Introdução

- “Bom dia, M.P. Como tem estado desde a nossa última conversa?”
- “É normal não ficar sempre a pensar nisso. Podemos explorar hoje com calma.”

Desenvolvimento

Exploração da Ambivalência

- “O que é que o consumo lhe dá de positivo?”
- “Alguma vez sentiu que isso piorou o sono ou as vozes?”

Régua de Importância

- “Numa escala de 0 a 10, quão importante é para si reduzir o?”
- “E quão confiante se sente de que conseguiria fazer uma pequena mudança?”

Desenvolvimento de Discrepância

- “Por um lado, quer trabalhar, por outro sente que a sua saúde ainda o limita.”

Exploração de Cenário Hipotético (5 minutos)

- “Imaginemos que daqui a 6 meses alguma coisa melhorou. O que estaria diferente?”

Trabalho sobre Autoeficácia (5 minutos)

- “Já houve momentos em que esteve mais estável?”
- “Que qualidades suas o ajudaram?”

Conclusão

- Fazer resumo focado em linguagem de mudança:
- “O que gostaria de fazer com tudo isto até à próxima vez que nos virmos?”

Planeamento da 1ª sessão – Psicoeducação		
Data: 08/11/2025		
Hora: 11:00 horas		
Duração: 30 minutos		
Local: Gabinete de enfermagem		
Utente: M.P.		
Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do CMEESP)		
Objetivo geral:		
<ul style="list-style-type: none"> Promover a compreensão sobre a relação entre consumo de substâncias e psicose. 		
Objetivos específicos:		
<ul style="list-style-type: none"> identificar a relação entre consumo de cannabis e agravamento da psicose. Reconhecer sinais precoces de descompensação psicótica. 		
Fases	conteúdos	Min.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Preparação do setting Avaliar conhecimentos prévios do utente 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Conceito de Psicose Psicose Associada a Consumos Substâncias de Risco Sinais e Sintomas Tratamento e Prevenção 	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese das informações recolhidas. Esclarecer dúvidas do utente. Agendar próximo contacto 	10

Planeamento da 2ª sessão – Psicoeducação saúde mental e hábitos de vida saudáveis

Data: 10/11/2025

Hora: 11:00 horas

Duração: 30 - 45 minutos

Local: Gabinete de enfermagem

Utente: M.P.

Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do CMEESP)

Objetivo Geral

- Promover literacia em saúde mental, incentivando a adoção de mudanças.

Objetivos Específicos

- Explorar a relação entre hábitos diários e sintomatologia psiquiátrica
- Aumentar a consciência sobre fatores protetores da saúde mental
- Identificar áreas prioritárias de intervenção individual
- Motivar a implementação de um pequeno objetivo concreto.

fases	conteúdos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação do setting 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de saúde mental positiva. • Alimentação equilibrada e saúde mental • Atividade física como fator protetor. • Higiene do sono. • Rotinas diárias estruturadas. • Mini-desafio 	25
conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das informações recolhidas. • Esclarecer dúvidas do utente. • Agendar próximo contacto 	10

Planeamento da 3ª sessão de Psicoeducação - Coping, gestão do stress e prevenção de recaídas		
Data: 12/11/2025		
Hora: 11:00 horas		
Duração: 30 - 45 minutos		
Local: Gabinete de enfermagem		
Utente: M.P.		
Realizado por: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do MEESP)		
Objetivo Geral		
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar o utente para identificar fatores de stress, utilizar estratégias de coping adaptativas e desenvolver competências de prevenção de recaídas. 		
Objetivos Específicos		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a compreensão do conceito de stress e do seu impacto na saúde. • Identificar gatilhos pessoais de descompensação • Definir estratégias individuais de prevenção de recaídas • Valorizar o papel do suporte social. 		
fases	Conteúdos	Min.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação do setting • Breve revisão dos conceitos da primeira sessão 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de stress e impacto na saúde mental. • Relação entre stress, sintomas psicóticos e recaída. • Coping adaptativo vs. coping desadaptativo. • Identificação de gatilhos pessoais. • Estratégias de prevenção de recaídas. • Importância do suporte social. 	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das informações recolhidas. • Esclarecer dúvidas do utente. • Agendar próximo contacto. 	10

Apêndice 4 – Planeamento da sessão estimulação Cognitiva em grupo

Sessão de grupo - Estimulação Cognitiva		
População-alvo: Utentes com diagnóstico de esquizofrenia		
Número de participantes: 4		
Contexto: Internamento de Psiquiatria		
Duração: 60 minutos		
Dinamizador: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do CMEESP)		
Data: 20/12/2025		
Hora: 16:00 horas		
Local: sala polivalente		
Objetivo geral:		
<ul style="list-style-type: none"> • Promover o treino e a manutenção das funções neurocognitivas.. 		
Objetivos específicos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a atenção sustentada e seletiva; • Promover a evocação de memória de curto prazo; • Desenvolver capacidades de planeamento e organização; • Favorecer a participação ativa e a interação grupal; • Reforçar a autoconfiança na execução de tarefas cognitivas. 		
Fases	Conteúdos	Min.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do dinamizador; • Explicação dos objetivos da sessão; • Estabelecimento de regras simples (respeito, escuta, participação voluntária); • Criação de ambiente informal e facilitador. 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição dos exercícios • Exercício 1 – Estimulação da atenção • Exercício 2 – estimulação da linguagem • Exercício 3 – estimulação da memória • Exercício 4 – funções executivas • Exercício 5 – gnosias • Exercício 6 – praxias 	25
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback grupal; • Avaliação qualitativa; • Reforço dos ganhos observados. 	10

Apêndice 5 – Planeamento da reunião comunitária

Reunião Comunitária - Saúde Mental e Hábitos de Vida Saudáveis		
<p>Número de participantes: 6</p> <p>Duração: 60 minutos</p> <p>Dinamizador: Enfermeiro Pedro bastos (aluno do CMEESP)</p> <p>Data: 27/11/2025</p> <p>Hora: 11:00 horas</p> <p>Local: sala polivalente</p> <p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover a reflexão sobre os fatores que influenciam a saúde mental e capacitar os participantes para a adoção de estratégias de hábitos de vida saudáveis. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estimular a participação ativa e a expressão de experiências pessoais Identificar fatores protetores da saúde mental Explorar estratégias de manutenção de hábitos saudáveis Fortalecer a relação terapêutica e a coesão do grupo 		
Fases	Conteúdos	Min.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Acolhimento e apresentação. Enquadramento dos objetivos da sessão Estabelecimento de regras de grupo 	10
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Exploração do conceito de saúde mental e hábitos de vida saudáveis. Identificação de fatores que influenciam a saúde mental (sono, alimentação, atividade física, relações sociais, gestão do stress e adesão ao tratamento). Discussão sobre experiências pessoais. Apresentação e reflexão sobre estratégias simples de autocuidado. Dinâmica participativa. 	45
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese dos conteúdos abordados Feedback grupal; Avaliação qualitativa; Reforço dos ganhos observados. 	10

Apêndice 6 – Projeto de estágio em contexto de saúde mental na comunidade

Introdução

De acordo com o PNSM e o Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, as Equipas Comunitárias de Saúde Mental constituem pilares estruturantes dos Serviços Locais de Saúde Mental. Estas equipas assumem um papel central na prestação de cuidados integrados, contínuos e centrados na pessoa, promovendo a recuperação, a inclusão e o bem-estar psicossocial.

O contexto comunitário, por sua vez, apresenta desafios específicos, exigindo respostas flexíveis, interdisciplinares e culturalmente sensíveis. Neste cenário, a intervenção da enfermagem de saúde mental revela-se fundamental, ao implementar estratégias terapêuticas, educativas e de reabilitação que visam a capacitação dos indivíduos e das suas redes de suporte.

O presente projeto insere-se na unidade curricular “Estágio de Opção – Enfermagem em saúde mental na comunidade do CMESMP da ESSV. O estágio decorre numa Unidade de intervenção comunitária, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Tânia Correia da ESSV e realiza-se entre 15 de setembro a 14 de novembro de 2025 num total de 180 horas.

Este projeto propõe um plano estruturado para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental comunitária, tendo como referência as competências comuns e específicas do EEESMP.

A elaboração deste projeto representa o início de um percurso de aprendizagem que visa consolidar conhecimentos avançados e promover uma prática reflexiva e humanizada, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental no contexto comunitário

Competências a desenvolver

A Ordem dos Enfermeiros define o enfermeiro especialista como aquele a quem se atribui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas respetivas áreas de especialidade. Durante a realização deste ensino clínico devo desenvolver as competências específicas do EEESMP descritas pelo Artigo 4º do Regulamento nº 512/2018 da Ordem dos Enfermeiros, onde referem que as competências específicas do EEESMP são as seguintes:

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

2. Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
3. Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de casa contexto;
4. Prestar 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.

Atividades planeadas (cronograma)

No sentido de desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no contexto da intervenção na comunidade, promovendo a melhoria da saúde mental das crianças e adolescentes através de intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica foram definidos os seguintes objetivos específicos e atividades que os concretizam:

Atividades planeadas

Competência específica do EEESMP	
1	<p>1 - Objetivo: Integração nas dinâmicas institucionais e participação em reuniões clínicas</p> <p>Atividades e estratégias planeadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais . • Consultar protocolos, normas e procedimentos do serviço. • Conhecer os sistemas de informação. • Observar atividades desenvolvidas pela equipa. • Participar nas reuniões clínicas.
1234	<p>2 - Objetivo: Desenvolver competências no estabelecimento da relação terapêutica.</p> <p>Atividades e estratégias planeadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver competências na criação de Ambiente Seguro. • Promover a Participação Ativa • Envolver a Família e Rede de Suporte • Desenvolver competências de comunicação terapêutica.
	<p>3 - Objetivo: Desenvolver competências de avaliação diagnóstica e necessidades de intervenção.</p>

123	<p>Atividades e estratégias planeadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e realizar entrevistas clínicas. • Realizar visitas domiciliares. • Elaborar Plano Individual de Cuidados.
134	<p>4 - Objetivo: Intervir a nível individual, grupal, familiar e comunitário.</p> <p>Atividades e estratégias planeadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar intervenções de psicoeducação . • Implementar intervenções na prevenção e gestão de crise. • Implementar técnicas de empowerment. • Administrar medicação e apoiar na gestão e adesão ao tratamento • Treinar competências sociais. • Intervir e articular com estruturas na comunidade.
1	<p>5 - Objetivo: Desenvolver capacidade de reflexão crítica sobre a prática de cuidados especializados</p> <p>Atividades e estratégias planeadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar uma avaliação intercalar e final. • Refletir criticamente sobre o desenvolvimento de competências através da realização do relatório de estágio. • Reunir com Professor orientador. • Reunir semanalmente para orientação com o tutor clínico.
1234	<p>6 - Objetivo: Desenvolvimento de competências de investigação e desenvolvimento profissional.</p> <p>Atividades e estratégias planeadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização formação em serviço sobre Burnout. • Realização de estudo de caso. • Realização de guia de acolhimento para utentes para acompanhamento na UIC • Realização de instrução de trabalho em caso de violência em contexto de VD.

Mês	setembro				outubro				Nov.	
	15	22	29		6	13	20	27	3	10
Dias										
Semanas	1	2	3		4	5	6	7	8	9
Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional										
Participar nas reuniões clínicas.										
Desenvolver competências no estabelecimento da relação terapêutica										
Desenvolver competências de avaliação diagnóstica										
Intervir a nível individual, grupal, familiar e comunitário.										
Realização de instrução de trabalho										
Realização de guia de acolhimento										
Realização de estudo de caso.										
Realização formação em serviço sobre Burnout.										
Desenvolver capacidade de reflexão crítica sobre a prática de cuidados especializados										

Considerações finais

O projeto de estágio teve como objetivo desenvolver competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com enfoque na intervenção comunitária. O estágio permitiu articular teoria e prática, promovendo o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e comunicacionais. A sua implementação possibilitou a definição de objetivos e o planeamento de intervenções ajustadas às necessidades da população. Pretende-se demonstrar competências na promoção da recuperação, inclusão social e bem-estar da pessoa, família e rede de suporte.

Apêndice 7 -Projeto de estágio em contexto de Internamento de doentes agudos

Introdução

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental, que estabelecem os princípios orientadores e o modelo organizativo dos serviços de saúde mental em Portugal, os Serviços de Internamento de Saúde Mental constituem componentes essenciais dos Serviços Locais de Saúde Mental. Estes serviços garantem a prestação de cuidados especializados em contextos de maior complexidade clínica, assegurando a continuidade assistencial e promovendo a articulação com as equipas comunitárias e com os diferentes níveis de cuidados.

O internamento em saúde mental tem como finalidade proporcionar um ambiente terapêutico seguro, estruturado e centrado na pessoa, que favoreça a estabilização clínica, a recuperação funcional e a preparação para a reintegração social e comunitária. Tratando-se de um cuidado de elevada complexidade clínica e psicossocial, o internamento exige intervenções especializadas, integradas e sustentadas na melhor evidência disponível.

É neste cenário que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP) assume um papel fundamental, assegurando cuidados especializados, humanizados e cientificamente fundamentados. A sua intervenção é determinante para a avaliação contínua, o planeamento individualizado, a implementação de estratégias terapêuticas e o acompanhamento do processo de recuperação das pessoas em situação de internamento.

O presente projeto enquadra-se na unidade curricular “Estágio de Opção – Enfermagem em Saúde Mental: internamento de doentes agudos” do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu. O estágio decorre no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde Dão Lafões, sob orientação pedagógica da Professora Doutora Patrícia Alves e com tutoria dos Enfermeiros Catarina Pereira e Carlos Amador, ambos especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Realiza-se entre 15 de novembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, num total de 180 horas.

Assim, este projeto propõe um plano estruturado para o desenvolvimento de competências em contexto de internamento de agudo, tendo como referência as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. A sua elaboração marca o início de um percurso de aprendizagem, orientado para a consolidação de conhecimentos e para o fortalecimento da prática. Pretende, em última instância, contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em saúde mental

Competências a desenvolver

A Ordem dos Enfermeiros define o enfermeiro especialista como aquele a quem se atribui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas respetivas áreas de especialidade. Durante a realização deste ensino clínico devo desenvolver as competências específicas do EEESMP descritas pelo Artigo 4º do Regulamento nº 512/2018 da Ordem dos Enfermeiros, onde referem que as competências específicas do EEESMP são as seguintes:

Atividades planeadas (cronograma)

1 - Objetivo: Integrar a equipa do serviço de internamento.

- Conhecer a estrutura física, recursos humanos e materiais.
- Consultar protocolos, normas e procedimentos do serviço.
- Conhecer os sistemas de informação utilizados e os processos de documentação dos cuidados.
- Observar atividades desenvolvidas pela equipa.

2 - Objetivo: Desenvolver competências de avaliação diagnóstica e necessidades de intervenção.

- Realizar entrevistas clínicas e observação sistemática.
- Recolher história clínica, psiquiátrica e psicossocial.
- Aplicar escalas de avaliação padronizadas.
- Elaborar planos de cuidados individualizados.

3 - Objetivo: Intervir a nível individual, grupal, familiar e comunitário.

- Integrar programa implementado no serviço: “consciencialização”
- Realizar Entrevista Motivacional
- Realizar Psicoeducação.
- Realizar Relaxamento.
- Realiza técnica de Resolução de problemas
- Aplicar estratégias de resolução de problemas.
- Realizar sessões de educação para a saúde.

4 - Objetivo: Desenvolver competências de investigação e desenvolvimento profissional

- Assistir sessões de formação contínua
- Realizar estudo de caso
- Realizar do relatório de estágio.
- Reunir com Professor orientador e tutor.

Mês	novembro			dezembro				janeiro			
	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24
Dias	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30
Semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional											
Participar nas reuniões clínicas.											
Desenvolver competências de avaliação diagnóstica											
Intervir a nível individual, grupal, familiar e comunitário.											
Integrar programa consciencialização.											
Realizar sessões de educação para a saúde											
Realizar de estudo de caso.											
Apresentar formação em serviço											
Realizar do relatório de estágio											

Considerações finais

O presente projeto de estágio visa orientar o desenvolvimento de competências especializadas em contexto de internamento. Constitui uma oportunidade de articulação entre conhecimento teórico e prática clínica, promovendo o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e comunicacionais.

Apêndice 8 – Consentimento informado

Consentimento informado para participação em estudo de caso

Título do estudo:

Desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: revisão narrativa e estudos de caso no âmbito da psicose associada ao uso de substâncias

Investigador(a):

Estudante do Escola Superior de Saúde de Viseu (CMESMP)

Local de realização:

1. Enquadramento e objetivo

O presente estudo insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e tem como finalidade analisar, de forma aprofundada, situações clínicas no contexto da prática de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de competências especializadas e para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental.

2. Procedimentos

A participação neste estudo implica a recolha e análise de informação clínica relevante, obtida no decurso da prestação de cuidados, podendo incluir:

- Consulta do processo clínico;
- Registo de dados relativos à evolução clínica;
- Realização de entrevistas no contexto terapêutico.

Não serão realizados procedimentos adicionais para além dos cuidados habituais.

3. Confidencialidade e anonimato

Será garantido o cumprimento das normas éticas e legais em vigor. Todos os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e utilizados exclusivamente para fins académicos.

A informação será anonimizada, sendo assegurado que não será possível identificar o participante em qualquer fase do estudo ou na sua divulgação.

4. Voluntariedade da participação

A participação neste estudo é totalmente voluntária. O participante poderá recusar participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os cuidados de saúde que lhe são prestados.

5. Benefícios e riscos

Não são expectáveis riscos associados à participação. Este estudo poderá contribuir para uma melhor compreensão das necessidades em saúde mental e para a melhoria das intervenções terapêuticas.

6. Esclarecimentos

Foram prestados todos os esclarecimentos necessários, tendo a participante oportunidade de colocar questões e obter respostas adequadas.

Declaração de Consentimento

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, procedimentos e condições de participação neste estudo.

Compreendi a informação fornecida e aceito participar de forma livre, voluntária e esclarecida.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: ____ / ____ / ____