

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

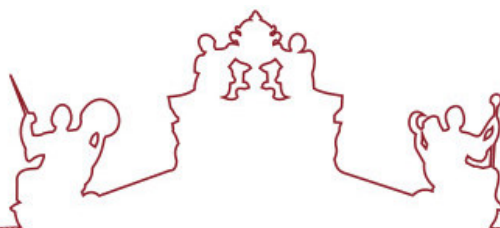
Treino Metacognitivo Individual no Adulto com Psicose: O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Maria Rita Fernandes Bernardo

Orientador(es) | Celso Filipe Boto das Silva

Évora 2026





**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Treino Metacognitivo Individual no Adulto com Psicose: O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Maria Rita Fernandes Bernardo

Orientador(es) | Celso Filipe Boto das Silva

Évora 2026



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Raul Cordeiro (Universidade de Évora)

Vogais | Celso Filipe Boto das Silva (Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde)
(Orientador)
Pedro Miguel Morgado Amaro (Instituto Politécnico de Leiria)
Ricardo Manuel Conceição Rodrigues (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)

RESUMO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do IX Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel fundamental na aplicação do Treino Metacognitivo Individual na Psicose, atuando como facilitador do processo terapêutico e promovendo o desenvolvimento da consciência cognitiva das pessoas.

Foi definido como objetivo geral para o projeto de intervenção, promover as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, prestando cuidados especializados e que promovam a saúde mental.

Com este projeto proponho a implementação de um conjunto de intervenções especializadas de enfermagem, que permitam o desenvolvimento de competências, bem como promover o *insight* e a capacitação pessoal e social da pessoa com doença mental, entre as intervenções desenvolvidas destaca-se a implementação do Treino Metacognitivo Individual na Psicose.

Palavras-Chave: Treino Metacognitivo; Psicose; Enfermeiro Especialista; Saúde Mental; Papel do Enfermeiro

Individual Metacognitive Training in Adults with Psychosis: The Role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Care

ABSTRACT

This internship report is part of the 9th Master's Degree in Nursing (Joint Program), specializing in Mental Health and Psychiatric Nursing.

The Specialist Nurse plays a fundamental role in the application of Individual Metacognitive Training in Psychosis, acting as a facilitator of the therapeutic process and promoting the development of patients' cognitive awareness.

The general objective defined for this intervention project was to promote the specific skills of the specialist nurse in mental health and psychiatric nursing, providing specialized care that fosters mental health.

With this project, I propose the implementation of a set of specialized nursing interventions that allow for skill development, as well as promoting *insight* and the personal and social empowerment of individuals with mental illness. Among the interventions developed, the implementation of Individual Metacognitive Training in Psychosis stands out.

Keywords: Metacognitive Training; Psychosis; Specialist Nurse; Mental Health; Nurse's Role

AGRADECIMENTOS

O primeiro e maior obrigada vai para o Miguel, melhor amigo, companheiro de casa e namorado, tantas horas esteve ao meu lado para me apoiar, transmitir segurança e dizer-me vezes sem conta que eu iria conseguir. Obrigada pelo apoio, pela paciência para as minhas alterações de humor e pela motivação em dias menos bons.

Obrigada à minha mãe e ao meu pai, pelo apoio incondicional e preocupação constante.

Aos meus irmãos Luis e Rui, que mesmo sem saberem, me transmitiram apoio porque eu sei que estão sempre comigo e são um suporte e pilar na minha vida, obrigada.

À minha avó sempre presente, ao meu avô que será sempre o meu anjo da guarda. E ao meu padrinho, um grande obrigada.

Aos meus amigos, que sempre acreditaram em mim e desculparam-me sempre pelos cafés e jantares perdidos, e ainda com uma palavra de apoio, eles que me fizeram acreditar em mim, também um obrigada.

Aos meus colegas de mestrado e especialidade, pelo companheirismo, bons momentos, partilha e crescimento ao longo de todo este tempo, obrigada.

Agradecer às pessoas que cruzaram o meu caminho em especial Enfermeira Zé, Enfermeira Helena e Enfermeira Joana, que me guiaram nos estágios e ensinaram tanto sobre saúde mental, obrigada por tudo.

Agradecer aos professores com quem me cruzei ao longo desta jornada, por todo o conhecimento que me transmitiram e bons momentos proporcionados.

Por último, mas nunca menos importantes, agradecer ao Professor Doutor Celso Silva e Professora Doutora Lara Pinho, pelo apoio, empatia e acompanhamento demonstrado ao longo dessa caminhada, cada um na respetiva metade do percurso, sempre disponíveis.

Obrigada a todos, por me fazerem ser melhor e acreditar todos os dias em mim própria.

INDÍCE

<i>LISTA DE SIGLAS</i>	10
<i>INTRODUÇÃO</i>	11
<i>PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</i>	15
1. <i>PERTURBAÇÃO PSICÓTICA: ESQUIZOFRENIA</i>	16
2. <i>PERTURBAÇÃO PSICÓTICA: DOENÇA BIPOLAR</i>	20
3. <i>TREINO METACOGNITIVO INDIVIDUAL NA PSICOSE</i>	24
4. <i>TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE PEPLAU</i>	29
<i>PARTE II - PERCURSOS NOS DIFERENTES CONTEXTOS CLÍNICOS</i>	32
<i>1. CONTEXTO EM RESPOSTAS DIFERENCIADAS</i>	32
1.1. <i>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</i>	35
1.2. <i>CASO CLÍNICO: PROCESSO DE CUIDADOS</i>	37
1.2.1. <i>ENTREVISTA E CONTEXTO</i>	37
1.2.2. <i>HISTÓRIA BIOPSISSOCIAL E DE SAÚDE</i>	37
1.3. <i>AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL</i>	43
1.4. <i>PLANEAMENTO DE CUIDADOS</i>	45
<i>2. UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS</i>	47
2.1. <i>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</i>	48
2.2. <i>CASO CLÍNICO: PROCESSO DE CUIDADOS</i>	50
2.2.1. <i>ENTREVISTA E CONTEXTO</i>	50
2.2.2. <i>HISTÓRIA BIOPSISSOCIAL E DE SAÚDE</i>	50
2.3. <i>AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL</i>	55
2.4. <i>PLANEAMENTO DE CUIDADOS</i>	58
2.5. <i>TREINO METACOGNITIVO INDIVIDUAL NA PSICOSE: RESULTADOS RP</i> 58	
<i>3. CONTEXTO DE COMUNIDADE</i>	66

3.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	68
3.2. CASO CLÍNICO: PROCESSO DE CUIDADOS	69
3.2.1. HISTÓRIA BIOPSIKOSSOCIAL E DE SAÚDE.....	69
3.3. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL.....	73
3.4. PLANO DE CUIDADOS	75
3.5. TREINO METACOGNITIVO INDIVIDUAL NA PSICOSE: RESULTADOS JG76	
 <i>PARTE III – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO 81</i>	
1. PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL	81
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	83
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	88
4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	
92	
<i>CONCLUSÃO.....</i>	95
<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	98
<i>ANEXOS.....</i>	106
ANEXO 1 – CURSO DE FORMAÇÃO EM TREINO METACOGNITIVO PARA A DEPRESSÃO	107
ANEXO 2 – WEBINAR - CUIDAR DE QUEM CUIDA: PREVENÇÃO E GESTÃO DO BURNOUT NOS ENFERMEIROS	109
ANEXO 3 - WEBINAR - SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA ...	111
ANEXO 4 - WEBINAR - CUIDADOS DE ESMP A POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE	113
ANEXO 5 - WEBINAR - TERTÚLIA - A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	115
ANEXO 6 - WEBINAR - CUIDADOS DE ESMP A POPULAÇÕES VULNERÁVEIS: PESSOAS EM FIM DE VIDA E PESSOAS EM LUTO	117

ANEXO 7 - EAQ - ÉTICA E DEONTOLOGIA NA PRÁTICA: RESPONSABILIDADES E RESPONSABILIZAÇÃO	119
ANEXO 8 – XR2ESILIENCE: WORKSHOP DE CO-CRIAÇÃO	121
ANEXO 9 - RECAP: COMUNICAÇÃO – CURSO GERAL	123
ANEXO 10 - LITERACIA EM SAÚDE E AUTOCUIDADO AO LONGO DO CICLO VITAL.....	125
<i>APÊNDICES</i>	127
APÊNDICE 1 - ECOMAPA FR	128
APÊNDICE 2 – PLANO DE CUIDADOS FR.....	130
APÊNDICE 3 – ECOMAPA RP	136
APÊNDICE 4 – PLANO DE CUIDADOS RP.....	138
APÊNDICE 5 – PLANEAMENTO TMC+	143
.....	149
APÊNDICE 6 – ECOMAPA JG	150
APÊNDICE 7 – PLANO DE CUIDADOS JG	152
APÊNDICE 8 – CICLO REFLEXIVO DE GIBBS	154

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychiatric Association*

BCIS – Escala de *Insight Cognitivo de Beck*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CRI – Centro de Respostas Integradas

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MCQ-30 – Questionário de Metacognições

PIC – Plano Individual de Cuidados

PSYRATS – Escala de *Psychotic Symptom Rating Scales*

QLS7PT – Escala de Qualidade de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TMC – Treino Metacognitivo

TMC+ – Treino Metacognitivo Individual na Psicose

INTRODUÇÃO

No âmbito do IX Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o presente relatório tem o objetivo de demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), bem como as competências do grau de Mestre em Enfermagem.

Não sendo a psiquiatria a nossa área da prática de cuidados e enquanto enfermeiros de cuidados gerais, nos últimos quatro anos num serviço de medicina, e tendo em conta a complexidade dos cuidados e a diversidade de perturbações psiquiátricas com que nos deparamos, sentimos a necessidade de investir numa formação especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Uma formação que nos capacitasse neste contexto de conhecimento e que permitisse prestar cuidados diferenciados com uma abordagem à pessoa como um todo. A nossa escolha reflete também uma trajetória pessoal marcada pelo contacto direto com pessoas em sofrimento psíquico e a convicção de que a relação terapêutica, quando bem sustentada, tem um poder transformador.

A saúde mental constitui uma dimensão essencial do bem-estar humano, influenciando a forma como os indivíduos pensam, sentem e se relacionam com o meio envolvente, podendo ser influenciada por diversos fatores: genéticos, biológicos, sociais e ambientais. A saúde mental define-se não apenas como a ausência de doença, mas corresponde a um estado de bem-estar na qual o indivíduo reconhece as suas capacidades, consegue lidar com as suas tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade (Conselho Nacional de Saúde, 2019; Organização Mundial de Saúde, 2001).

Segundo Xavier et al. (2013), as perturbações psiquiátricas são responsáveis por cerca de 12% da carga total das doenças no mundo, sendo que essa carga aumenta para 23% nos países desenvolvidos. Estes autores mencionam, igualmente, o facto de cinco das dez principais doenças que causam deficiência e dependência a longo prazo serem do foro da neuropsiquiatria: depressão unipolar (11,8%), perturbações relacionadas ao uso de álcool (3,3%), esquizofrenia, (2,8%), perturbações bipolares (2,4%) e demência (1,6%).

O plano individual de cuidados (PIC) em saúde mental favorece uma abordagem holística e terapêutica, integrando dimensões emocionais, cognitivas, comportamentais, relacionais e sociais. Permite igualmente promover a aliança terapêutica, ao envolver a

pessoa de forma ativa no planeamento dos cuidados, valorizando a sua participação, autonomia e autodeterminação. Assim, o PIC constitui um instrumento-chave para a prática da enfermagem em saúde mental, permitindo cuidados mais personalizados, eficazes, humanizados e orientados para a recuperação (Gonçalves, 2022; Lopes, 2021).

Já o processo de enfermagem constitui uma metodologia que orienta a prática clínica, promovendo a individualização do cuidado e a tomada de decisão baseada em evidências, permitindo ao enfermeiro estruturar o raciocínio clínico em etapas interdependentes: avaliação, diagnóstico, planeamento, resultados e avaliação, garantindo, assim, cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa (Alfaro-LeFevre, 2020).

Importa falarmos de psicoterapia, atualmente “considerada como um tratamento cientificamente suportado para uma multiplicidade de perturbações mentais e uma intervenção promotora de saúde e desenvolvimento psicológico” (Neto, 2023, p.27), pode ser individual ou em grupo e tem como “propósito de reduzir o sofrimento psicológico, promovendo o desenvolvimento pessoal e a possibilidade de fazer escolhas livres e conscientes” (Neto, 2023, p.27). A psicoterapia tem vindo progressivamente a expandir o seu campo de aplicação em Portugal, observa-se uma crescente integração das intervenções psicoterapêuticas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), estas intervenções são consideradas relevantes não apenas na área da saúde mental, mas também no tratamento em outras áreas, e desse modo tem havido um contributo para a sua expansão para contextos hospitalares e cuidados de saúde primários (Neto, 2023).

É importante considerar uma intervenção precoce na psicose, tendo em conta que as necessidades de cada pessoa são diferentes consoante a fase da perturbação psicótica e que cada intervenção deve ser planeada e adaptada à etapa em que cada pessoa se encontra. Este fator representa uma oportunidade de melhoria dos cuidados às pessoas que estão nas primeiras fases da doença (Coentre & Levy, 2020).

Desta forma, surge a necessidade de implementar intervenções não farmacológicas, como o treino metacognitivo em pessoas com psicose, sendo possível verificar os efeitos positivos no que concerne à capacidade da metacognição em pessoas com perturbações mentais, e em que a finalidade deste tipo de intervenção é alterar a ideação delirante no que respeita à infraestrutura cognitiva (Gonzalez, 2022).

O treino metacognitivo contribui significativamente para a melhoria do *insight* das pessoas sendo essencial nos contextos terapêuticos, e visa melhorar os vieses cognitivos das mesmas. A sua aplicação promove um ambiente propício para a aprendizagem e a

prática de habilidades metacognitivas, através de vários estudos foi possível verificar que pode ser mais eficaz em pessoas mais jovens e que intervenções prolongadas podem ser necessárias (Pinho et al., 2020).

A validade psicométrica de instrumentos de avaliação na população portuguesa tem sido documentada em diversos estudos. A escala de *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS), focada na avaliação de sintomas psicóticos, os delírios e alucinações, foi validada por Telles-Correia et al. (2017) numa amostra de 96 indivíduos, apresentando bons resultados. Paralelamente, a escala do *Insight Cognitivo de Beck* (BCIS) foi validada por Pinho et al. (2021) com 150 participantes com historial de psicose, demonstrando fiabilidade para contextos clínicos e de investigação. Quanto à escala da Qualidade de Vida (QLS7PT), o estudo de Pinho et al. (2018) em 282 pessoas com esquizofrenia confirmou a sua consistência como instrumento válido para avaliar a qualidade de vida em Portugal. Por fim, o Questionário de Metacognições (MCQ-30) adaptado à população portuguesa por Dinis et al. (2011), num estudo composto por 552 participantes.

Para finalizar, torna-se importante compreender que uma “comunicação terapêutica tem a finalidade de identificar e atender as necessidades da saúde de cada pessoa, e contribuir para melhorar a prática de enfermagem” (Coelho & Sequeira, 2014, p.32), deste modo são favorecidos aspetos como o respeito, a ética, a compreensão e empatia pela pessoa. A comunicação é um elemento essencial no contexto de enfermagem, permitindo a eficácia dos procedimentos, mas também uma interação humanizada que contribui para a qualidade de vida da pessoa. Assim, a comunicação torna-se um fator central nas ações de enfermagem, influenciando diretamente a forma como o cuidado é prestado e garantindo a obtenção de ganhos terapêuticos (Coelho & Sequeira, 2014). Acrescentar que “a relação terapêutica torna-se curativa por ser antagónica às expectativas negativas disfuncionais dos clientes e por ser elaborada enquanto objeto da psicoterapia” (Neto, 2023, p.47).

Enquadrada a problemática, definem-se os objetivos do projeto. O objetivo é descrito como um enunciado guia, e segundo a visão de Duarte et al. (2022) sobre a necessidade de clareza e mensurabilidade, estabeleceu-se como objetivo geral o desenvolvimento de competências do EEESMP. Este foco incide na aplicação do processo de cuidados e na implementação da intervenção psicoterapêutica Treino Metacognitivo (TMC) em pessoas com psicose. Para as pessoas os objetivos centram-se na redução da atividade produtiva, no reforço do *insight* e na melhoria da funcionalidade (Martins, 2025).

Ao falarmos de *insight* importa esclarecer que este é um fenômeno complexo e de difícil avaliação objetiva, o que torna importante a utilização de instrumentos específicos para a sua análise. Neste sentido, a importância da aplicação de escalas. Este conceito encontra-se frequentemente associado à esquizofrenia e à perturbação bipolar, podendo ser entendido como a capacidade de reconhecer e compreender a própria doença e os seus sintomas. Na prática clínica, o déficit de *insight* é comum nestas perturbações, manifestando-se pela dificuldade em reconhecer a doença, os seus sintomas ou pela atribuição incorreta das suas causas (Cardoso, 2008; Giotakos, 2017).

Este relatório encontra-se estruturado em três partes principais. A primeira dedica-se à fundamentação teórica do tema em questão; a segunda descreve a implementação do projeto nos três contextos clínicos; e a terceira apresenta uma reflexão sobre o desenvolvimento e a aquisição de competências, nomeadamente as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEESPM e as competências adquiridas no grau de Mestre em Enfermagem.

O presente relatório segue as normas de elaboração de trabalhos escritos, citações e referências bibliográficas seguem a 7^a edição da *American Psychological Association* (APA).

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Como ponto de partida é prioritária a definição de conceitos, que serão abordados ao longo do presente relatório ou que servem de base para a fundamentação do mesmo.

Sendo o caso da Lei de Bases da Saúde, Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, pilar fundamental do sistema de saúde em Portugal e particularmente relevante neste relatório pelos seguintes motivos: defende o direito à saúde mental, “promove a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos” (Lei nº 95/2019, 2019, p.60); defende ainda a centralidade na pessoa, “os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia” (Lei nº 95/2019, 2019, p.60); destaca o papel do enfermeiro, reconhecendo a importância das equipas multidisciplinares e valoriza o papel dos profissionais de saúde na prestação de cuidados (Lei nº 95/2019, 2019).

Paralelamente a Lei de Saúde Mental, Lei nº35/2023, de 21 de julho, representou uma mudança de paradigma substituindo a lei de 1998, Lei nº36/98, de 24 de julho, para se alinhar com as diretrizes internacionais dos direitos humanos. Fundamentalmente, como EEESMP, estes são os seguintes pontos de importância: a alteração do internamento compulsivo, termo que foi substituído por tratamento involuntário, e deve ser encarado como medida excepcional, privilegiando-se sempre a intervenção no contexto menos restritivo possível, uma vez que “o tratamento involuntário tem lugar em ambulatório (...), exceto se o internamento for a única forma de garantir o tratamento medicamente prescrito” (Lei nº35/2023, 2023, p.9); ainda, a reorganização dos cuidados de saúde mental em Portugal assenta num modelo comunitário, centrado na proximidade e na continuidade de cuidados, privilegiando intervenções no ambiente menos restritivo possível, “a prestação de cuidados de saúde mental assegurada por equipas multidisciplinares (...) de forma integrada e coordenada” (Lei nº35/2023, 2023, p.3).

Abordar ainda o conceito de Doença Mental Grave, segundo Druss et al. (2018), a saúde mental grave diz respeito a perturbações mentais que, pela sua intensidade e persistência, condicionam de forma significativa a vida da pessoa, afetando não só o funcionamento psicológico e social, mas também a saúde física, estando associadas a maior vulnerabilidade clínica, limitando as suas atividades de vida diárias.

A doença mental constitui-se como um relevante problema de saúde pública, não apenas devido à sua elevada prevalência, mas também pelo impacto significativo que acarreta para os indivíduos, a sociedade e a economia. As perturbações mentais estão frequentemente associadas a elevados índices de incapacidade e a uma maior mortalidade prematura, decorrente das complicações associadas a estas perturbações (Gaspar et al., 2019).

1. PERTURBAÇÃO PSICÓTICA: ESQUIZOFRENIA

A saúde mental é definida como “um estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade” (Organização Mundial de Saúde, 2018, p.1). Acrescentar que, a saúde mental constitui-se como a base para o bem-estar e funcionamento pleno dos indivíduos e das comunidades (Conselho Nacional de Saúde, 2019).

Por outro lado, “as perturbações psicóticas representam momentos de profunda turbulência mental, onde a realidade e a imaginação se entrelaçam de maneira desconcertante. Esses episódios, muitas vezes caracterizados por alucinações, delírios e desorganização do pensamento, são sintomáticos de diversas perturbações psiquiátricas” (Barbosa et al., 2024, p.685).

A esquizofrenia afeta aproximadamente 1% da população mundial e constitui uma das principais causas de incapacidade entre os jovens adultos. O impacto desta perturbação estende-se para além da pessoa, envolvendo também a família, os serviços de saúde e a sociedade, devido à necessidade de acompanhamento prolongado e ao impacto funcional associado (Organização Mundial de Saúde, 2025).

O termo psicose é “usado para descrever condições em que há perda do contacto com a realidade, (...) pode incluir alucinações, paranoia, delírios e discurso ou pensamento desorganizado, podendo ser um sintoma de uma perturbação mental ou física ou ser causada pelo consumo de substâncias” (Oliveira, 2019, p.1). Estas perturbações exercem um impacto profundo na vida das pessoas e das suas famílias, assim como na sociedade e na economia, sendo por isso, reconhecidas como um problema relevante de saúde pública (Gaspar et al., 2019).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5) refere que estamos perante uma perturbação psicótica se existirem alterações em um ou mais dos

seguintes critérios: delírios, alucinações, pensamento ou discurso desorganizado, comportamento motor anormal ou desorganização notável, incluindo catatonia, e sintomatologia negativa (*American Psychiatric Association* [APA], 2022).

O percurso de um doente com uma perturbação psicótica é frequentemente caracterizado pelo isolamento e pelo estigma. A qualidade de vida destas pessoas, durante episódios de psicose, fica comprometida, sendo a sua autonomia e capacidade de funcionar afetadas, sendo uma luta distinguir o que é real e o que é produto da doença. Importa considerar que, verifica-se também um impacto significativo na dinâmica familiar e a qualidade de vida dos seus familiares ou cuidadores (Barbosa et al., 2024).

A pessoa com psicose apresenta alterações a nível do pensamento, da resposta afetiva, da comunicação e na forma como interage com os outros, sendo que os sintomas mais comuns são as alucinações e os delírios. Os delírios caracterizados como crenças fixas, absolutas e inalteráveis, apesar de provas e evidências em contrário (APA, 2022; Baldaçara et al., 2018).

O conteúdo dos delírios pode variar, como por exemplo: delírios persecutórios, crença de estar a ser perseguido por outro indivíduo ou grupo; delírio de referência, crença de que certos gestos, comentários ou estímulos ambientais são dirigidos ao próprio; delírio do controlo, crença de que as ações ou o corpo estão a ser manipulados por uma força exterior; delírio da grandeza, crença de que é rico, importante ou influente; entre outros (APA, 2022).

Por outro lado, as alucinações correspondem a experiências percetivas que ocorrem na ausência de estímulos externos reais. Tratam-se, assim, de perceções sensoriais falsas, vivenciadas de forma vívida, nítida e intensa, sem que o indivíduo exerça controlo sobre elas. Podem manifestar-se através de qualquer modalidade sensorial, sendo classificadas como auditivas, visuais, olfativas, gustativas ou táteis (APA, 2022; Saraiva & Cerejeira, 2014).

A desorganização do pensamento abrange alterações no conteúdo, forma, posse e curso do pensamento, sendo habitualmente identificada através do discurso da pessoa. Esta pode manifestar-se por mudanças abruptas de tópico (descarrilamento ou afrouxamento associativo), respostas pouco relacionadas ou irrelevantes (tangencialidade) e linguagem desorganizada, ou até incoerente, chegando a ser incompreensível (APA, 2022; Saraiva & Cerejeira, 2014).

A desorganização do comportamento pode manifestar-se de várias formas, desde atitudes infantis e inadequadas até episódios de agitação. Um exemplo, é o

comportamento catatônico, que pode incluir reatividade diminuída ao ambiente (posturas bizarras, mutismo ou estupor), atividade motora excessiva sem propósito (excitação catatônica) ou comportamentos repetitivos e estereotipados, como manter o olhar fixo ou fazer caretas (APA, 2022).

A perturbação psicótica mais frequente é a esquizofrenia, no entanto, é importante que se compreenda que a psicose é um síndrome clínico que não tem um único diagnóstico (Baldaçara et al., 2018). Desta forma, existem várias perturbações psicóticas, sendo uma das reconhecidas a esquizofrenia, que dura pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de sintomas em fase ativa. Acrescentar ainda, as perturbações psicóticas induzidas por consumo de substâncias ou medicação, que ocorrem como consequência do consumo de uma droga, medicação ou toxina e terminam com a remoção do agente causador (APA, 2022).

De notar que “as perturbações psicóticas, e em particular a esquizofrenia, são doenças graves com início na adolescência ou idade adulta jovem e que estão classicamente associadas a prognóstico limitado” (Coentre et al., 2010, p.1083).

Na esquizofrenia podemos classificar os sintomas positivos em delírios, alucinações, discurso e pensamento desorganizado e, ainda, comportamento desorganizado. Já os sintomas negativos podem ser classificados em primários e secundários. Os sintomas negativos primários incluem alterações afetivas, como o aplanamento e embotamento afetivo, dificuldade de socializar e isolamento social, diminuição da capacidade de sentir prazer (anedonia), défice na comunicação e pensamento (alogia) e perda de motivação (avolia). Os sintomas negativos secundários podem surgir como consequência dos sintomas positivos, efeitos adversos da medicação antipsicótica ou estado depressivo (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Antes do primeiro episódio psicótico, muitas pessoas apresentam uma fase prodromica caracterizada por alterações subtis no comportamento, declínio no funcionamento social, isolamento, alterações emocionais e dificuldades cognitivas. O reconhecimento precoce destes sinais pode permitir intervenções antecipadas e melhorar o prognóstico da doença, reduzindo a gravidade do primeiro episódio psicótico (Townsend & Morgan, 2018).

A fase ativa corresponde ao período em que os sintomas psicóticos se manifestam de forma clara e intensa, ou seja, é aqui que tipicamente surgem os delírios, alucinações, pensamento ou discurso desorganizado e comportamento desorganizado. Estes sintomas correspondem sobretudo aos chamados sintomas positivos da esquizofrenia. Durante esta

fase, a pessoa pode apresentar perda significativa de contacto com a realidade, sendo frequentemente necessário tratamento, que pode incluir internamento ou terapêutica antipsicótica (APA, 2022; Townsend & Morgan, 2018).

Após a remissão dos sintomas mais intensos, a pessoa pode entrar numa fase residual. Nesta fase os sintomas positivos diminuem ou desaparecem e podem persistir os sintomas negativos ou défices cognitivos. Entre os sintomas mais comuns encontram-se o embotamento afetivo, avolia, anedonia e isolamento social. Esta fase pode estar associada a dificuldades significativas de reintegração social e funcional, sendo fundamentais intervenções psicossociais, reabilitação psicossocial e acompanhamento contínuo (APA, 2022; Townsend & Morgan, 2018).

A esquizofrenia é uma perturbação complexa, resultante da interação de fatores genéticos, psicológicos, psicossociais e bioquímicos. Caracteriza-se por alterações na perceção e integração da informação, podendo apresentar-se de diversas formas. Estas manifestações podem surgir ou não em simultâneo e com diferentes intensidades. O início da sintomatologia ocorre habitualmente no final da adolescência ou início da idade adulta, embora possa surgir mais tardiamente. O suicídio constitui a principal causa de morte prematura entre estas pessoas, sendo esta uma das maiores preocupações clínicas (APA, 2022; Favrod & Maire, 2012; Townsend, 2011).

A etiologia da esquizofrenia permanece indefinida, não existindo, até ao momento, exames complementares específicos para o seu diagnóstico. Assim, a avaliação baseia-se essencialmente na observação clínica dos sintomas e no relato da própria pessoa. Também não há tratamento único e definitivo, sendo necessário uma abordagem multidisciplinar que combine farmacoterapia com intervenções psicossociais, como o treino de competências sociais, a recapitação para as atividades da vida diária e a terapia familiar (Townsend, 2011).

O termo esquizofrenia implica, por si só, um determinado prognóstico, sendo geralmente aplicado apenas após um período prolongado de evolução da doença, o que torna difícil o seu diagnóstico precoce. Além disso, essa designação está frequentemente associada a estigma e medo, pelo que a sua utilização deve ser cuidadosa (Coentre et al., 2010).

Uma característica marcante da esquizofrenia é a falta ou diminuição de *insight* que se manifesta através da dificuldade do indivíduo em reconhecer os seus próprios sintomas ou mesmo em aceitar que está doente. Mesmo quando há algum grau de reconhecimento, pode existir uma compreensão distorcida da origem ou das causas do problema, ou uma

incapacidade de reformular explicações cognitivas adequadas. Embora seja considerada uma manifestação clínica frequente nas perturbações psicóticas, ainda persiste a dúvida sobre se os delírios surgem como tentativas racionais de interpretar percepções alteradas ou se resultam de processos perceptivos e cognitivos comprometidos. As teorias que procuram explicar esta perturbação do *insight* apontam para alterações na percepção, na articulação entre pensamento e emoção, no funcionamento da autoconsciência e do reconhecimento de erros (Giotakos, 2017).

2. PERTURBAÇÃO PSICÓTICA: DOENÇA BIPOLAR

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], os problemas de saúde mental constituem um importante desafio de saúde pública. Apesar de haver já uma elevada carga associada a estas condições, a saúde mental nem sempre tem sido devidamente priorizada, o que resulta numa alocação reduzida e frequentemente inadequada de recursos. Esta situação tem contribuído para a manutenção de uma lacuna significativa no acesso aos cuidados, caracterizada por uma marcada desigualdade (OPAS, 2022).

A doença bipolar afeta cerca de 1-3% da população mundial, sendo uma das principais causas de incapacidade entre jovens adultos. O início ocorre geralmente no final da adolescência ou início da idade adulta, podendo ter um curso crónico e recorrente. A doença bipolar constitui um exemplo relevante dos desafios associados aos problemas de saúde mental enquanto questão de saúde pública (Organização Mundial de Saúde, 2022).

A bipolaridade é uma perturbação psiquiátrica grave, caracterizada por oscilações marcadas do humor entre episódios de mania, hipomania e depressão, tendo uma frequência igual em homens e mulheres. Apresenta características predominantes que envolvem perturbações do humor acompanhadas de alterações comportamentais e fisiológicas. Afirma-se que é a sexta causa mais comum de incapacidade entre adultos, sendo difícil o seu diagnóstico e tratamento, fator que leva ao avançar das falhas cognitivas e provoca um agravamento da situação (Lopes, 2019; Figueiredo et al., 2009).

A bipolaridade é um tipo de perturbação muito prevalente na nossa sociedade e quase todos os portadores apresentam comprometimento biopsicossocial, desse modo, devido à sua relevância epidemiológica e ao impacto devastador na qualidade de vida da

pessoa, esta perturbação deve ser reconhecida como um grave problema de saúde pública (Tavira, et al., 2024).

São vários os possíveis fatores que podem estar relacionados com as manifestações clínicas da bipolaridade:

- O fator genético, de um ponto de vista biológico, considera-se uma alteração nos mecanismos de comunicação entre os neurónios, nomeadamente através de desequilíbrios nos neurotransmissores responsáveis pela transmissão dos impulsos nervosos, mais especificamente a noradrenalina, a serotonina e a dopamina que desempenham papéis centrais. Enquanto na depressão se observa uma redução destes transmissores, na mania poderá ocorrer o seu excesso. A região pré-frontal é uma das áreas mais desenvolvidas do cérebro, estando associada à regulação emocional e ao controlo dos impulsos; além disso sugere-se a existência de disfunções que implicam na modulação de estados afetivos negativos como a tristeza, desesperança e irritabilidade. Neste enquadramento, os sintomas da doença bipolar manifestam-se através de diferentes tipos de episódios clínicos, incluindo estados de mania, hipomania e episódios mistos, sendo frequente a presença de sintomas depressivos ao longo do curso da doença (Lopes, 2019).
- O fator ambiental, contrariamente ao que muitas vezes se pensa, é frequentemente influenciador da doença bipolar, através dos conhecidos gatilhos como os fatores de *stress* ou a falta de sono. Na origem da bipolaridade existe uma vulnerabilidade biológica subjacente, que se manifesta através de alterações químicas no cérebro, além dos desequilíbrios hormonais e imunológicos, componente que a medicação ajuda a controlar. Embora a genética desempenhe um papel crucial, não explica tudo e conclui-se que a doença bipolar resulta de uma interação complexa entre os nossos genes e o ambiente em que vivemos (Lopes, 2019).
- O fator emocional ou psicológico, onde se fazem notar várias teorias, como a perspetiva psicodinâmica, que se destaca pela sua origem na psicanálise freudiana, propondo que a doença mental nasce do conflito entre os impulsos humanos e os mecanismos de defesa da mente. Sob esta ótica, a depressão é vista como uma manifestação de impulsos agressivos direcionados para o eu próprio, enquanto a mania surge como uma estratégia defensiva de negação, na qual a pessoa transforma esses sentimentos em euforia e grandiosidade para evitar o contacto com o sofrimento. Ao longo da vida, os estímulos externos são assimilados e transformados em processos mentais internos, chamada internalização, que

permite ao indivíduo substituir o mundo real por representações mentais. O indivíduo não existe de forma isolada, mas sim integrado numa estrutura social organizada onde a sociedade é um nível distinto e complementar. Assim, o equilíbrio ou a desordem na interação de um indivíduo dependem da harmonia entre a sua estrutura interna e as exigências do meio em que está inserido (Lopes, 2019).

O episódio maníaco ocorre quando a pessoa está em fase maníaca há pelo menos uma semana ou necessita de hospitalização, e ainda se os sintomas destabilizarem o seu quotidiano, deste modo, envolve humor excessivamente feliz, exaltado ou irritado e pelo menos três a quatro dos seguintes sintomas: confiança excessiva ou sentimento de importância aumentada; pouca necessidade de dormir; fala mais do que o habitual; distrai-se facilmente e tem falta de concentração; fazer várias atividades de vida estimulantes, com elevado risco de consequências negativas, como as apostas; fuga de ideias. Ainda é possível que ocorram sintomas psicóticos, como alucinações, delírios ou pensamentos desorganizados e confusos (Lopes, 2019; APA, 2022).

O episódio hipomaníaco ocorre quando os sintomas duram há pelo menos quatro dias e quando a pessoa tem sintomas semelhantes aos de mania, mas mais leves e não condicionam o seu quotidiano. Não existem sintomas psicóticos e a pessoa não necessita ser hospitalizada, no entanto, são perceptíveis por outras pessoas (Lopes, 2019; APA, 2022).

O episódio depressivo ocorre quando os sintomas duram há pelo menos duas semanas, sendo que a pessoa se sente deprimida, verbalizando tristeza e sensação de vazio, ou tem perda de interesse ou prazer diminuído na maior parte do tempo, e ainda pelo menos quatro dos seguintes sintomas: falta de energia ou cansaço; estar perceptivelmente mais lento ou muito mais agitado; alterações de apetite e peso; problemas de sono; sentimentos de inutilidade e excesso de culpa; dificuldade de concentração, de pensamento ou de tomada de decisão; pensamentos suicidas ou morte. Neste tipo de episódios, os sintomas são graves o suficiente para fazerem a pessoa sentir-se angustiada e, assim, destabilizar a sua vida quotidiana, como os relacionamentos, trabalhos e atividades (Lopes, 2019; APA, 2022).

Por fim, o episódio misto ocorre quando a pessoa tem, simultaneamente, sintomas tanto de mania como de depressão, durante pelo menos uma semana e causam uma destabilização significativa nas atividades diárias, podendo ainda necessitar de hospitalização. É possível vivenciar alterações de humor rápidas, tanto feliz como triste

ou irritável, estar inquieto, incapaz de dormir, sentimentos de culpa ou pensamentos suicidas (Lopes, 2019; APA, 2022).

Deste modo, torna-se pertinente destacar que para os diferentes tipos de doença bipolar: começando com a doença bipolar tipo I, que inclui um ou mais episódios de mania ou episódios mistos, sendo que a maioria das pessoas ainda sente sintomas depressivos; a doença bipolar tipo II, abrange pelo menos um episódio de hipomania e um episódio de depressão; a ciclotimia, ocorre hipomania e os sintomas depressivos são leves e estende-se por um período de pelo menos dois anos (Lopes, 2019; APA, 2022).

De forma a reforçar o que já foi dito e de acordo com a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a doença bipolar é diferenciada essencialmente em dois tipos: o tipo I, em que a elevação do humor é grave e persiste (mania) e o tipo II, em que a elevação do humor é menor (hipomania). Sendo possível comprovar que o risco de desenvolver bipolaridade tipo I tende a ter menos relação com a genética, em contraste com a bipolaridade tipo II, onde é maior entre familiares de pessoas com a doença (Bosaipo et al., 2016).

Esta doença associa-se frequente a um impacto significativo no funcionamento psicossocial do indivíduo, afetando várias áreas da vida, mesmo em períodos de remissão sintomática, muitas pessoas continuam a apresentar dificuldades cognitivas e funcionais. Além disso a doença bipolar está associada a um risco aumentado de comportamentos associados ao suicídio, sendo considerada uma das perturbações psiquiátricas com maior taxa de suicídio. Estima-se, ainda, que uma proporção significativa de pessoas apresente ideação suicida ao longo da vida e que uma percentagem relevante venha a realizar pelo menos uma tentativa. Estes dados reforçam a importância de uma intervenção precoce e contínua (Biazus et al., 2023; Pike et al., 2024).

A bipolaridade caracteriza-se, frequentemente, pela cronicidade e pela gravidade dos seus sintomas, o que gera impactos significativos na vida psicossocial da pessoa. A ciência já documentou a relação entre o *stress* e o surgimento de novos episódios, deste modo, reforça-se a evidência que, além dos medicamentos, torna-se essencial implementar intervenções no âmbito social e emocional para garantir a estabilidade da pessoa (Figueiredo et al., 2009). “O diagnóstico segundo os critérios do DSM-5 envolve a identificação de sintomas de mania ou hipomania e da avaliação do curso longitudinal da doença”, desse modo, a “depressão é geralmente o quadro mais comum e persistente entre os pacientes bipolares” (Bosaipo et al., 2016, p.72).

O tratamento farmacológico torna-se um pilar indispensável para o controlo da doença, que muitas vezes é tratada de forma inadequada (Figueiredo et al., 2009). Desse modo, essencial que “o tratamento deve ser voltado para o controle dos sintomas agudos e redução dos stressores na vida dos pacientes, que são grandes desencadeadores das agudizações desse transtorno” (Tavira, et al., 2024, p.5).

Ao falarmos de tratamento, baseamo-nos principalmente na farmacoterapia, e desse modo os medicamentos de primeira linha utilizados no tratamento dos episódios maníacos agudos destacam-se os estabilizadores do humor, como o lítio, ou os antipsicóticos atípicos, como a olanzapina ou o aripiprazol. O uso de antidepressivos isolados não é recomendado, pois pode aumentar o risco de mudança para episódios de mania. Para além do tratamento farmacológico, as intervenções psicossociais, como a psicoeducação e a terapia cognitivo-comportamental, desempenham um papel importante. Estas ajudam a melhorar a adesão ao tratamento, a reconhecer precocemente sinais de recaída, a monitorizar alterações de humor e a desenvolver estratégias de gestão do *stress* (Bosaipo et al., 2016; Tavira, et al., 2024).

3. TREINO METACOGNITIVO INDIVIDUAL NA PSICOSE

O EEESMP pode usar o treino metacognitivo como forma de ajudar as pessoas a aumentar a consciência das distorções da realidade e ensinar-lhes a refletir de uma forma mais crítica. Apresenta bons resultados, tal como nos diz Pinho (2020) os resultados indicam que, passados três meses da intervenção, os participantes do treino metacognitivo apresentavam menor intensidade de delírios e melhor integração no funcionamento social.

Começar por acrescentar que a “psicoterapia também é uma importante intervenção em perturbações com origem predominantemente biológica como a esquizofrenia (...), nestas o alvo pode ser lidar com sintomas físicos ou mentais, promover o ajustamento, facilitar a adesão ao tratamento médico, ou prevenir recaídas” (Neto, 2023, p.43).

A cognição pode ser definida como um conjunto de processos mentais envolvidos na aquisição, processamento, armazenamento e utilização da informação, essenciais para a adaptação ao ambiente e abrange diversas funções como a memória, orientação, raciocínio, atenção e pensamento (Gonzalez, 2022). Por sua vez, a metacognição refere-se à capacidade de refletir sobre os próprios processos cognitivos, permitindo ao

indivíduo monitorizar, avaliar e regular a forma como gere a informação, potenciando respostas mais adaptativas e ajustadas às exigências do contexto (Sampaio et al., 2020).

Entre as intervenções não farmacológicas com mais eficácia comprovada na redução de delírios, destaca-se uma abordagem terapêutica que integra conceitos da terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, reabilitação cognitiva e treino de cognição social. O principal objetivo desta abordagem é promover a diminuição da confiança nas interpretações subjetivas, estimulando o desenvolvimento do *insight*. Para tal, recorre-se à indução de dúvidas sobre as próprias crenças, sem recorrer à confrontação direta, favorecendo uma reflexão mais crítica sobre as convicções delirantes (Santareno, 2022).

O tratamento das perturbações psicóticas deve ir além da redução sintomatológica, integrando estratégias que permitam à pessoa compreender e gerir a sua doença, favorecendo assim a sua qualidade de vida por meio do conhecimento, e de forma a potenciar a sua qualidade de vida, com base na aprendizagem (Enciso & Jiménez, 2018).

O TMC foi desenvolvido por Moritz e Woodard em 2007, mostrando os efeitos positivos ligados à capacidade de metacognição em pessoas com perturbações mentais e tem como finalidade alterar a ideação delirante acerca da infraestrutura cognitiva. Desta forma a metacognição pode ser descrita como “pensar sobre o próprio pensamento” e a forma como a pessoa lida com as limitações cognitivas (Sampaio et al., 2020; Moritz & Woodward, 2007; Gonzalez, 2022).

Existem já estudos que comprovam que o TMC cumpre o seu objetivo em pessoas com esquizofrenia, desse modo, ajuda a reduzir a atividade delirante, reduz eficazmente os sintomas positivos e os vieses cognitivos, e ajuda no défice de *insight*. A execução das intervenções do TMC por EEESMP ajuda eficazmente a reduzir os delírios, a melhorar comportamentos sociais e a reduzir as alucinações (Sampaio et al., 2020; Leonardo, 2023). No doente com doença mental grave é essencial trabalhar o *insight* para a doença e a importância da adesão ao regime terapêutico (Pinho, 2021).

Deste modo, o principal propósito do treino metacognitivo consiste na modificação da estrutura cognitiva subjacente à ideação delirante. Este programa integra diversos módulos que abordam os erros cognitivos mais prevalentes e os vieses na resolução de problemas frequentemente observados na esquizofrenia, incluindo igualmente a exploração de dimensões emocionais associadas. Assim, as sessões propostas têm como finalidade promover a consciencialização dos indivíduos relativamente às suas distorções cognitivas, fomentando a capacidade de reflexão crítica

e a reformulação do repertório cognitivo-comportamental utilizado na gestão e interpretação das experiências quotidianas (Moritz et al., 2017).

Neste contexto foram desenvolvidas variantes do TMC, como o Treino Metacognitivo Individual na Psicose (TMC+), sendo este uma abordagem terapêutica desenvolvida como extensão do TMC para pacientes com psicose, baseando-se na terapia cognitivo comportamental (TCC) e que visa corrigir padrões de pensamento não adaptados e vieses cognitivos envolvidos na formação e manutenção dos delírios. Enquanto o TMC trabalha de forma generalizada com vários pacientes, o TMC+ adapta-se às necessidades individuais, permitindo uma intervenção mais personalizada e focada nas especificidades de cada pessoa (Vitzthum et al., 2013).

O TMC+ atua de forma a ajudar as pessoas reconhecerem erros no seu pensamento, como por exemplo, saltar para conclusões, tomando decisões precipitadas sem considerar evidências suficientes; vieses de atribuição, uma tendência de culpar os outros pelos acontecimentos negativos; e o excesso de confiança nas crenças delirantes, apresentam dificuldade em questionar a validade dos pensamentos delirantes. Este método utiliza exercícios interativos, materiais visuais e técnicas de diálogo terapêutico para ajudar as pessoas a perceberem como esses padrões influenciam os seus sintomas e a desenvolverem uma mentalidade mais flexível (Moritz et al., 2017).

Um dos princípios fundamentais do TMC consiste na identificação e modificação de vieses cognitivos que estão frequentemente associados ao desenvolvimento e manutenção dos delírios. Estes vieses correspondem a interpretações distorcidas da realidade, influenciado a forma como os indivíduos interpretam acontecimentos a tomam decisões. Pessoas com perturbações psicóticas apresentam maior tendência para utilizar estratégias de raciocínio enviesadas, o que contribui para a consolidação de crenças delirantes. Assim, o TMC procura aumentar a consciência destes padrões de pensamento, incentivando os participantes a questionar as suas interpretações iniciais, considerar hipóteses alternativas e recolher mais informação antes de formular conclusões. Ao promover uma maior reflexão crítica sobre os próprios processos de raciocínio, esta intervenção contribui para reduzir a convicção nas crenças delirantes e melhorar o *insight* nas perturbações psicóticas (Moritz & Woodward, 2007; Moritz et al., 2015).

Os objetivos do TMC+ são: reduzir a convicção em delírios ao incentivar a reflexão crítica sobre as crenças; melhorar o *insight* para que a pessoa reconheça os sintomas da psicose e adote estratégias de *coping*; promover maior autonomia na gestão dos sintomas psicóticos; e aumentar a qualidade de vida ao reduzir o impacto dos vieses

cognitivos na funcionalidade diária. O TMC+ demonstra resultados promissores, apesar de algumas limitações metodológicas, há evidências de que o treino metacognitivo individual pode contribuir para uma recuperação mais estável; ocorre uma redução na escala de PSYRATS, que nos indica uma diminuição dos sintomas positivos; e ainda, as pessoas participam ativamente nas sessões e relatam benefícios (Vitzthum et al., 2013; Moritz et al., 2017).

Moritz et al. (2011) procuram incentivar as pessoas a pensar de maneira diferente e a desenvolver novas formas de lidar com problemas do dia a dia, esta abordagem procura diminuir o impacto de pensamentos como delírios e outras experiências difíceis, como alucinações, ao trabalhar erros de pensamento e aumentar a consciência que cada um tem sobre a forma como pensa e resolve desafios. Este processo deve ser uma espécie de descoberta, feito de forma leve, interessante e até divertida.

Resumindo, o TMC+ surge como uma abordagem eficaz no tratamento da psicose, complementando a medicação e outras terapias psicológicas. Permite que as pessoas desenvolvam uma visão mais realista dos seus pensamentos, reduzindo o impacto dos delírios e melhorando a sua qualidade de vida.

Este programa baseia-se em 11 unidades terapêuticas, cada uma com vários exercícios demonstrativos que devem ser selecionados de acordo com os objetivos, prioridades e necessidades específicas de cada pessoa (Moritz et al., 2011; Leonardo, 2023).

- Na primeira unidade terapêutica, desenvolvimento da relação e história pessoal, o primeiro passo é criar uma ligação de confiança interpessoal, enquanto se explora a história de vida e de saúde, através de uma conversa inicial que ajuda a entender melhor a sua experiência. Avalia-se ainda a capacidade de concentração da pessoa e são definidos os objetivos da intervenção;
- Na segunda unidade terapêutica, introdução ao programa de treino metacognitivo, o foco está em perceber se a pessoa está motivada para o treino e se este faz sentido no seu momento atual de vida. É feita uma introdução à metacognição e apresentam-se dois recursos: o cartão amarelo, para lembrar a pessoa de aplicar o treino metacognitivo no dia a dia; e o cartão vermelho, para contactos de apoio, caso precise de ajuda em momentos de crise. Além disto, é feito um resumo do programa, informando a pessoa que pode escolher as partes mais importantes para si e decidir qual tema quer trabalhar na próxima sessão, garantindo que o processo seja personalizado e adaptado às suas necessidades;

- Na terceira unidade terapêutica, formulação de caso, utiliza-se a metáfora de um incêndio para ajudar a pessoa a entender as suas experiências. Identificam-se os fatores que podem ter contribuído para a sua situação, o que desencadeia ou agrava os sintomas, exploram-se as formas de lidar com essas dificuldades e de promover a recuperação;
- Na quarta unidade terapêutica, atribuição de culpas, ajuda a perceber que situações difíceis não acontecem apenas por culpa própria, mas sim devido a uma combinação de fatores, incluindo as pessoas à volta e as circunstâncias da vida;
- Na quinta unidade terapêutica, tomar decisões, incentiva-se a pessoa a refletir antes de agir, considerando diferentes perspetivas e discutindo com alguém de confiança antes de tomar decisões importantes;
- Na sexta unidade terapêutica, mudar crenças, trabalha-se a flexibilidade do pensamento, ajudando a pessoa a considerar diferentes informações antes de chegar a uma conclusão e a corrigir interpretações erradas;
- Na sétima unidade terapêutica, empatizar, mostra que, apesar dos gestos e expressões faciais serem formas importantes de comunicação, podem ser mal interpretados. Destaca como o nosso estado emocional pode afetar a forma como vemos o mundo e ensina algumas regras essenciais para melhorar as interações sociais;
- Na oitava unidade terapêutica, memória e excesso de confiança, que salienta que a memória humana é falível, especialmente em momentos de maior angústia;
- Na nona unidade terapêutica, depressão e pensamento, explica que a depressão pode ser causada por vários fatores e que os pensamentos negativos podem reforçá-la. Mostra também como pensamentos, emoções e comportamentos estão ligados e como a falta de vontade e o isolamento podem criar um círculo vicioso;
- Na décima unidade terapêutica, autoestima, trabalha-se a valorização pessoal, identificando as qualidades e capacidades da pessoa e reforçando a sua autoestima;
- Por fim, na décima primeira unidade terapêutica, viver com a psicose e prevenção de recaídas, aborda o estigma e a autoestima, ajudando a desconstruir preconceitos sobre a psicose. Discute-se o impacto do *stress* na doença, os sinais precoces de agravamento e cria-se um plano de emergência individual, para que a pessoa tenha um suporte estruturado caso necessário (Moritz et al., 2011; Leonardo, 2023).

Diversos estudos têm demonstrado que o treino metacognitivo contribui para a redução de delírios, melhoria do *insight* e diminuição de vieses cognitivos associados

à psicose. Para além disso, esta intervenção tem demonstrado impacto positivo no funcionamento social e na qualidade de vida das pessoas com perturbações psicóticas, constituindo uma estratégia terapêutica complementar relevante no tratamento das perturbações psicóticas (Eichner & Moritz, 2018).

4. TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE PEPLAU

Os modelos de cuidados centrados na pessoa assumem, progressivamente, um papel de exigência na prática clínica, evidenciando-se como fundamentais para a obtenção de resultados positivos em saúde e para a perceção de cuidados de elevada qualidade (Pinho, 2021; Kwame & Petrucka, 2021).

A teoria das relações interpessoais veio trazer uma perspetiva onde a pessoa é vista como parceira no processo de cuidados, esta defende a importância de se estabelecerem relações interpessoais que permitam ao doente e ao enfermeiro crescerem e desenvolverem-se em sintonia num processo dinâmico (Bittencourt et al., 2018). “O *core* desta teoria incide sobre o potencial terapêutico do relacionamento pessoa-pessoa e a forma como o enfermeiro e a pessoa se influenciam mutuamente nas suas interações individuais” (Santareno, 2022, p.22).

Deste modo, a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa, baseia-se numa interação, pautada pelo respeito mútuo e pela autenticidade, constitui um espaço de crescimento e desenvolvimento recíproco, cujo propósito é favorecer a evolução e maturidade da personalidade, orientando o indivíduo para uma existência criativa, construtiva e produtiva. Esta abordagem encontra-se alinhada com os princípios do modelo do *recovery*, que valoriza a participação ativa da pessoa, a construção de significado para a experiência da doença e o desenvolvimento de autonomia no processo de recuperação (Peplau, 1991; Townsend, 2011; Bittencourt et al, 2018).

O cuidado à pessoa com perturbação psicótica exige do enfermeiro uma elevada capacidade de empatia, conhecimento especializado e uma postura livre de estigmas em relação à doença mental. Este aspeto torna-se ainda mais relevante se considerarmos que, frequentemente, o primeiro contacto da pessoa com os serviços de saúde ocorre de forma involuntária, em consequência da falta de *insight* associada ao quadro clínico (Pinho et al., 2017).

O desenvolvimento da relação terapêutica constitui uma das competências centrais do EEESMP, sendo fundamental para a promoção do *insight*, da adesão

terapêutica e da recuperação psicossocial da pessoa com perturbação mental grave. Para tal, recorre a competências comunicacionais como a escuta ativa, a empatia e a autenticidade, que permitem criar um ambiente de confiança e favorecer a expressão das experiências e emoções das pessoas. Estas competências contribuem para o desenvolvimento do *insight*, para a adesão ao tratamento e para a promoção da autonomia (Peplau, 1991; Townsend, 2011).

Peplau (1991) propôs que a enfermagem é um processo interpessoal e terapêutico, baseando em quatro fases a sua teoria: orientação, identificação, exploração e resolução.

A fase de orientação, onde o enfermeiro ajuda a pessoa a reconhecer os seus problemas, segundo Peplau (1991) é nesta fase que o enfermeiro promove a recetividade e cooperação, recolhendo dados essenciais através de entrevistas e da anamnese. Pode ser uma fase complexa devido à baixa consciência sobre a doença e à resistência ao tratamento, é importante identificar necessidades e estabelecer estratégias de comunicação para compreender a situação e contextos atuais, estabelecendo uma relação de confiança (Pinho et al., 2017; Pinheiro et al., 2019).

Segue-se a fase de identificação, que ocorre quando a pessoa começa a ter consciência da doença e estabelece objetivos terapêuticos, ampliando significados e trabalhando as relações de dependência/independência (Pinheiro et al., 2019). Esta fase surge após a tomada de consciência da pessoa sobre o seu problema e a sua doença (Pinho et al., 2017).

Na fase de exploração, a pessoa explora todas as possibilidades de tratamento e reabilitação disponíveis, sendo incentivado pelo enfermeiro a ser mais autónoma no seu processo de tratamento. Dá-se início a esta fase quando a pessoa se sente confortável no processo de cuidar, é através da relação interpessoal terapêutica de colaboração e atinge o nível máximo de saúde. No doente mental grave esta etapa caracteriza-se pelo processo de recuperação psicossocial (Pinho et al., 2017; Peplau, 1991).

Por último, a fase de resolução, quando a pessoa atinge uma maior autonomia e consegue lidar de forma mais capacitada com a sua condição, finalizando gradualmente a relação terapêutica com o enfermeiro, esta fase fortalece a capacidade da pessoa de atuar de forma independente sobre si mesma (Pinho et al., 2017; Pinheiro et al., 2019). Descrita por Peplau (1991) como fase de libertação, no que se refere à pessoa com esquizofrenia, esta fase ocorre após finalizado o processo de reabilitação psicossocial (Pinho, 2017).

O enfermeiro deve utilizar a escuta ativa, empatia e autenticidade para ajudar o paciente a distinguir o que é real e o que faz parte da psicose, a abordagem de Peplau

permite-nos que as pessoas se tornem mais participativas no tratamento e na sua recuperação (Pinho et al., 2017; Pinheiro et al., 2019).

Para além das fases da relação terapêutica, Peplau (1991) descreve diferentes papéis que o enfermeiro pode assumir no processo de cuidar, como de estranho, professor, conselheiro, líder e substituto. Estes papéis não são rígidos, podendo alternar ao longo da relação terapêutica, de acordo com as necessidades da pessoa. No contexto da enfermagem de saúde mental, estes papéis permitem apoiar o desenvolvimento da autonomia, promover a literacia em saúde e facilitar processos de adaptação à doença.

Desta forma, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau constitui um dos pilares fundamentais da Enfermagem de Saúde Mental, ao reconhecer a relação enfermeiro-pessoa como o eixo central do processo terapêutico. Sendo considerada um dos primeiros modelos teóricos de enfermagem que enfatizou a dimensão relacional do cuidado, influenciando profundamente o desenvolvimento da enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. Através desta abordagem, o enfermeiro assume um papel ativo e de cooperação, facilitando o autoconhecimento, a compreensão das emoções e o desenvolvimento de competências de adaptação. A interação terapêutica torna-se, assim, um espaço de transformação, onde a escuta ativa, a empatia e a autenticidade promovem a reconstrução do sentido de si e o reforço da autonomia da pessoa em sofrimento psíquico. Assim, a teoria de Peplau continua a oferecer um referencial teórico e ético imprescindível para a prática de enfermagem centrada na pessoa, sustentando intervenções que visam não apenas o alívio do sofrimento, mas o crescimento pessoal e relacional do indivíduo (Charnay- Sonnek, 2018; Santos et al., 2018).

PARTE II - PERCURSOS NOS DIFERENTES CONTEXTOS CLÍNICOS

1. CONTEXTO EM RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O primeiro estágio realizou-se num CRI (Centro de Respostas Integradas) do Alentejo e teve a duração de 150 horas de contacto, com a orientação e supervisão de uma Enfermeira Especialista na área.

Os comportamentos aditivos e de dependências são um fenómeno complexo do ponto vista social, que engloba milhões de pessoas em todo o mundo, apresentando consequências, que não afetam somente os sujeitos como também as suas famílias e comunidades. Em Portugal, as tendências e padrões associados a estes comportamentos manifestam características e fatores semelhantes aos globais (SICAD, 2024).

O CRI é um serviço de referência na área dos comportamentos aditivos e dependências com e sem substâncias, destinado ao acompanhamento especializado da população dos 14 concelhos do distrito, em regime de ambulatório, de forma gratuita e confidencial. Dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistente social, assistentes técnicos e assistentes operacionais.

O local de estágio em causa localiza-se num edifício relativamente novo que disponibiliza vários gabinetes e consultórios para cada especialidade e para os vários tipos de consultas e atendimentos que são realizados. Tem, ainda, um gabinete onde são realizadas análises clínicas quando são necessárias; uma farmácia onde é guardada a medicação, nomeadamente, o cloridrato de metadona; e um outro gabinete com casa de banho vigiada por câmaras onde é feita a dispensa da metadona e onde são realizadas as análises de urina das pessoas. Existem três portas de entrada, uma é a entrada geral que dá acesso à sala de espera das pessoas; outra que dá acesso ao gabinete de distribuição da metadona; e uma outra que dá acesso às consultas de cessação tabágica. Cada uma destas portas tem horários específicos de funcionamento.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, é muito relevante a existência de programas de intervenção a nível local que atuem em diferentes áreas, nomeadamente na prevenção dos comportamentos aditivos e das dependências, bem como na prestação de cuidados integrados e globais a pessoas com comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoativas. Estes cuidados devem ser desenvolvidos, preferencialmente, em regime de ambulatório e ajustados à modalidade terapêutica mais adequada a cada situação, com vista ao tratamento, à redução de riscos e minimização de danos, à

reinserção social, bem como à adequada referenciação dos utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

É constituído por uma equipa de prevenção e intervenção comunitária e por outra equipa de tratamento e reinserção, a qual integramos durante este estágio, mas tivemos ainda oportunidade de desenvolver atividades com a equipa de prevenção. Neste serviço atua-se ao nível da prevenção, dissuasão, tratamento, redução de danos e reinserção, sendo o principal público de intervenção todas as faixas etárias desde a adolescência, com comportamentos aditivos e de dependência.

Apresenta os seguintes recursos disponíveis: consultas médicas (medicina geral e familiar); consultas de apoio psicológico e psicoterapia, com acompanhamento individual a pessoas ou intervenção familiar; serviço social; consulta de adolescentes; consulta de problemas ligados ao álcool; consulta de cessação tabágica; consulta de enfermagem; terapêuticas medicamentosas (metadona, buprenorfina e naltrexona); redução de danos e educação para a saúde; rastreio de doenças infectocontagiosas, entre outros); dinamização de programas e projetos na área da prevenção e intervenção comunitária em comportamentos aditivos e dependências e consulta de prevenção – Projeto Fénix (consulta dedicada a jovens com dependência de ecrãs).

Ocorre ainda, semanalmente, uma reunião com todos os membros da equipa multidisciplinar, onde se discute os acolhimentos, o percurso de tratamento da pessoa e é atribuído um terapeuta de referência, responsável pelo acolhimento global da situação da pessoa, são ainda discutidos outros temas nas reuniões como as inquietações gerais da equipa.

Salientar, que, dos enfermeiros existentes, apenas os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica são considerados terapeutas, pois o mestrado e especialidade nesta área confere-lhes esta competência. A integração neste serviço pode ser feita através da referenciação, nomeadamente, das diversas unidades de saúde familiar, hospitais, tribunais, polícia de segurança pública, comissões de proteção de crianças e jovens (CPCJ), entre outras entidades. Por outro lado, este processo de acompanhamento pode também ser iniciado por um pedido de ajuda realizado pela própria pessoa ou pelos tutores legais de adolescentes até aos 18 anos. Após a referenciação, é feita uma entrevista de acolhimento, com o objetivo de identificar as necessidades da pessoa, assim como a sua motivação para o tratamento, os seus receios e expectativas. São ainda, definidos os objetivos do tratamento e é dado a conhecer os recursos disponíveis e o funcionamento da instituição. Relativamente aos familiares de adolescentes, após as consultas podem

pedir informações com o terapeuta de referência, no entanto a mesma só pode ser fornecida, se na presença do adolescente e se este o permitir.

A instituição dispõe de rastreios rápidos para o VIH e Hepatites, assim como testes rápidos para consumos de substâncias.

No programa de tratamento com substitutos opiáceos, com buprenorfina e cloridrato de metadona, os critérios de entrada e manutenção para o programa de substituição com metadona de baixo limiar são: apresentar consumos regulares de heroína e/ou cocaína; fazer toma diária e presencial na instituição, exceto aos feriados e fins de semana, sendo essas doses fornecidas previamente; dosagem de metadona deve ser ajustada medicamente face aos casos, mas não deve ultrapassar os 40mg por dia.

No programa de baixo limiar, os critérios de saída compreendem, a falsificação ou tentativa desta nas análises, a ocorrência de episódios de violência, bem como a falta às tomas diárias por três ou mais dias consecutivos.

Em relação ao programa de substituição com metadona de alto limiar, os critérios de entrada são: apresentar resultados negativos nas análises para despiste de substâncias (heroína e cocaína) durante um período de quatro semanas; toma presencial e levantamento de doses semanais, mediante o resultado negativo nas análises para o despiste de substâncias; é possível o levantamento de doses quinzenais, se for justificada por motivos laborais, mudança de residência da pessoa e/ou mediante a avaliação do terapeuta de referência e apresentação de resultados negativos nas análises para despiste de substâncias.

Os critérios de exclusão do programa passam pela apresentação de dois resultados positivos nas análises para despiste de substâncias (heroína e cocaína) num período de dois meses, situação essa que deve ser reavaliada pelo terapeuta. Ainda, a falsificação ou tentativa desta no que se refere ao processo de monitorização de consumos, bem como a ocorrência de episódios de violência física ou verbal para com os técnicos.

Na fase de indução, nunca se deve iniciar a administração de metadona se houver sintomas e sinais de intoxicação, se não houver e o doente tiver consumido há 4 horas ou mais pode dar-se início à indução. A dose inicial deve ser entre 20 e 40mg, se possível em 2 tomas nos primeiros dois/três dias e a segunda toma deve ser efetuada 4 horas ou mais após a primeira toma. Aumentar 5 a 10mg/dia até atingir o *steady-state*, mais ou menos 5 dias, de acordo com os sintomas. Após este período ajustar a dose e aumentar 5 a 10mg/semana até atingir a dose adequada (Godinho & Leitão, 2008).

Salientar a importância da intervenção dos enfermeiros, que não se cinge apenas ao ato de administrar metadona, sendo este um momento, que nos permite conhecer melhor as pessoas e estabelecer realmente uma relação de ajuda baseada na confiança e respeito, contribuindo para que se sintam valorizadas, ouvidas e compreendidas.

Nas consultas e acompanhamento pela equipa de enfermagem, a finalidade passa por facilitar os processos de transição da pessoa ao longo do tratamento, promover comportamentos mais saudáveis, prevenir complicações decorrentes de comportamentos aditivos e dependência, ajudar fornecendo recursos ou referenciando a outros profissionais de saúde, ajudar na gestão de medicação, na desmistificação da doença, esclarecer dúvidas sobre os medicamentos e acompanhar efeitos secundários existentes, bem como o impacto destes na qualidade de vida da pessoa.

1.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Como atividades desenvolvidas durante o tempo de estágio foi possível acompanhar a deslocação até à consulta de descentralização a uma cidade próxima. Esta consulta é realizada uma vez por mês e conta com médico psiquiatra, enfermeiro especialista, psicólogo e assistente técnico. A consulta descentralizada revelou-se uma prática essencial para a promoção da adesão ao tratamento e redução de barreiras ao acesso aos cuidados de saúde, especialmente junto de pessoas em situação de grande vulnerabilidade social, económica e/ou com dificuldade de deslocação. Ao permitir uma abordagem mais próxima, flexível e centrada na pessoa, esta consulta contribui para fortalecer o vínculo terapêutico e melhorar a monitorização clínica e psicossocial. Enquanto enfermeiros em formação do mestrado e especialidade, tivemos um papel de observação ativa e colaboração, com envolvimento na comunicação com as pessoas. Esta experiência permitiu-nos aprofundar competências relacionais, reforçando a importância da escuta ativa, da comunicação adaptada a diferentes contextos e da sensibilidade cultural. A observação da atuação da equipa mostrou-nos a importância da intervenção coordenada e colaborativa em saúde mental e dependências, onde cada profissional contribui com a sua perspetiva para uma resposta integrada.

No âmbito do estágio, tivemos oportunidade de participar no *X Cape Day*, uma iniciativa promovida pela equipa de prevenção, com foco na prevenção do *burnout* em profissionais. A atividade decorreu ao ar livre, junto à barragem, e teve como objetivo proporcionar um dia de pausa consciente, bem-estar emocional e fortalecimento de

competências protetoras contra o *stress*. Este evento reuniu vários elementos da equipa multidisciplinar, como voluntários, que dinamizaram diferentes atividades com foco na gestão emocional, relaxamento, comunicação positiva, cooperação e autoexpressão. O ambiente natural longe do contexto institucional e das pressões do quotidiano, facilitou a criação de uma atmosfera de segurança e partilha, potenciando os efeitos terapêuticos das dinâmicas propostas. Tivemos a chance de participar no apoio à logística, observação das dinâmicas e interação com os participantes tendo oportunidade de perceber de forma prática como a enfermagem em saúde mental pode estender-se para além da intervenção clínica tradicional.

Uma outra atividade desenvolvida foi a participação numa sessão de prevenção dirigida a alunos do ensino secundário, realizada numa escola local, e também promovida pela equipa de prevenção. A iniciativa teve como objetivos principais a promoção de comportamento saudáveis, o desenvolvimento de competências de comunicação e tomada de decisão e o aumento da consciência dos riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas. A atividade contou com momentos dinâmicos de grupo e atividades interativas, incluindo a utilização de óculos de simulação de substâncias, que permitiram aos jovens experimentar de forma segura os efeitos sensoriais e motores associados ao consumo de álcool ou outras drogas. Esta simulação foi particularmente eficaz na consciencialização dos impactos do uso de substâncias na perceção e no desempenho. Enquanto estudantes da especialidade, estivemos envolvidos na preparação e dinamização das atividades, bem como no acompanhamento dos alunos durante os exercícios. Esta experiência permitiu-nos verificar a importância de intervenções baseadas na evidência, mas transmitidas de forma acessível e envolvente, contribuindo ativamente para a formação de jovens mais informados, críticos e consciente quanto às suas escolhas em saúde mental e comportamental.

Ainda, durante o tempo de estágio, tivemos a oportunidade de assistir a uma consulta de cessação tabágica, dirigida a pessoas motivadas para deixar de fumar. Esta consulta tem como finalidade acompanhar, orientar e apoiar o processo de cessação, promovendo mudanças sustentadas de comportamento e a adoção de um estilo de vida mais saudável. O papel do enfermeiro é essencial na avaliação do padrão do consumo, no estudo da motivação para a mudança, no planeamento individualizado da cessação, bem como no acompanhamento contínuo ao longo do processo. Foram utilizados instrumentos clínicos, como o teste de *Fagerström*, para avaliar o grau de dependência à nicotina, e técnicas motivacionais que ajudaram a pessoa a refletir sobre as razões para deixar de

fumar e os seus próprios recursos internos. Esta experiência permitiu-nos reconhecer a importância da abordagem empática e sem julgamentos, bem como o valor do apoio individualizado e contínuo, fatores decisivos no sucesso da cessação tabágica.

1.2. CASO CLÍNICO: PROCESSO DE CUIDADOS

1.2.1. ENTREVISTA E CONTEXTO

Ao longo das semanas do estágio foram realizadas no total 8 entrevistas ao FR, escolhido inicialmente, com ajuda da Enfermeira Supervisora, pelo seu diagnóstico de esquizofrenia. O FR aceitou participar de forma voluntária e anónima. Deste modo, sempre que necessário e possível das 9h as 9h30 era realizada uma entrevista de avaliação ao estado mental da pessoa.

Uma das entrevistas foi realizada à mãe, na presença do FR, de forma a incluir a família no processo de cuidados e a ouvir as preocupações da senhora. Foram validados os sentimentos da mesma e promovida a escuta ativa, sendo essencialmente este o componente que a senhora procurava, tendo partilhado sentimentos de preocupação com o futuro do filho. Aproveitou-se a sessão para promover a psicoeducação, tanto ao FR como à mãe.

Durante a entrevista o enfermeiro deve manter o contacto com a pessoa através do olhar, manifestar atenção, interesse e empatia. Disponibilizar escuta ativa e compreensão perante a sua situação, avaliando a informação verbal e não verbal que lhe é transmitida.

A comunicação deve ser empática pois a pessoa pretende ser ouvida, compreendida e respeitada. Adaptando a linguagem ao nível de compreensão da pessoa, começar com perguntas abertas e depois seguir para perguntas mais específicas. A comunicação não verbal é também um meio importante de proximidade, demonstrada pelo olhar, pelo toque de forma a ser significativo de apoio e compreensão.

Para a elaboração da avaliação diagnóstica foi utilizado como base o Guia Orientador para entrevista de Avaliação da Saúde Mental (Pinho & Marques, 2024).

1.2.2. HISTÓRIA BIOPSISSOCIAL E DE SAÚDE

1.2.2.1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: FR

Idade: 60 anos

Sexo: Masculino

Género: Masculino

Estado da relação: Divorciado

Religião: Católico não praticante

Atividade laboral: Reformado

Habilitações: 4º ano

Agregado Familiar: Mãe

1.2.2.2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

O FR atualmente é acompanhado pelo CRI onde integra o programa de substituição com metadona em programa de baixo limiar, desloca-se todos os dias até ao local para receber a dose diária de metadona 30mg, exceto ao fim de semana por o serviço se encontrar fechado, desse modo à sexta-feira são entregues duas doses para o fim de semana. Geralmente chega cedo cerca das 9h, ainda antes da porta abrir, refere que prefere começar o dia cedo. Segundo conta, já é acompanhado no CRI há muitos anos “talvez há mais de vinte anos, desde que começou o programa da metadona” sic, neste momento está no programa de baixo limiar por ter abandonado, regressou novamente há cerca de 4 meses e encontra-se no momento a cumprir.

1.2.2.3. HISTÓRIA CLÍNICA

Foram questionados os antecedentes pessoais e segundo o FR tem depressão, hipoacusia sensorioneural de grau profundo bilateral e uma úlcera gástrica. Utilizando os termos do FR “tenho depressão, surdez e sofro do estômago”. No entanto, acrescenta-se, segundo o que foi lido em diário médico, que o diagnóstico compatível é uma perturbação psicótica, a esquizofrenia, diagnóstico que o mesmo desconhece.

São desconhecidas alergias confirmadas clinicamente, no entanto o próprio refere alergias a alguns medicamentos como a quetiapina e olanzapina. Nunca fez cirurgias ao longo da vida. Vai periodicamente ao médico de família, no centro de saúde onde faz análises e exames. No CRI realiza com frequência análises à urina.

Seguido em consulta de psiquiatria no hospital e já teve vários internamentos ao longo dos anos, o último em 2023 após tentativa de abandonar o programa de metadona e após um episódio onde foi levado à urgência por uma tentativa de suicídio ao fazer corte com faca no braço. Por este motivo ficou internado no serviço de psiquiatria com

diagnóstico de perturbação psicótica e uso de substâncias. Na urgência com necessidade de ser observado pela cirurgia e de suturar a ferida autolesiva. Quando questionado o motivo refere “queria acabar com tudo, sinto um ardor nos pulmões e assim não valia a pena andar” sic. Ao ser internado, e segundo foi apurado, apenas pedia novas receitas para medicamentos e queria regressar a casa. Durante este último internamento manteve um comportamento colaborante e calmo, apesar de se isolar e se apresentar deprimido.

Antecedentes de agressividade com familiares descritos em consulta de psicologia no CRI, mãe e irmãos queixavam-se que era perigoso viver com ele devido aos ataques de agressividade, atualmente mais calmo e sem complicações.

Uma das últimas entrevistas foi realizada com a mãe e ao FR, na qual ela contou que “o FR sempre foi boa pessoa e gosta muito de ajudar, ajuda-me muito em casa e colabora comigo, teve alturas más, mas foi tudo por causa da droga”. Foi possível apurar que o próprio apenas se torna agressivo quando descompensado pelas drogas excessivas que consome, atualmente mais compensado e colaborante. A familiar é uma mãe que sempre esteve presente na vida do filho e pode-se notar que fez tudo para o apoiar da melhor forma, ao longo dos anos. Confidenciou que atualmente o maior problema do FR é o sono, tendo dificuldade em dormir, acrescentou ainda um novo aspeto, contando que o filho dorme com a roupa do dia a dia nunca trocando de roupa, “ele tem pijamas, mas deita-se com a roupa da rua” sic.

Um indicador, comprovado durante as entrevistas, de perturbação psicótica é quando conta “as vezes batem-me” sic, e ao ser questionado sobre quem o agredia responde que não sabe, “as vezes passa com vulto nos espelhos e depois vem contra mim e bate-me, mas nunca vejo quem é” sic. Numa outra entrevista falou ainda sobre as vozes que ouvia, nunca foram claras e nunca compreende o que elas lhe diziam, refere “eram muitas vozes ao mesmo tempo, ouvia-as muitas vezes, mas não entendia”. Deste modo, concluímos que a pessoa em causa sofre de alucinações muito comuns na esquizofrenia. Ainda, segundo diário médico do CRI e segundo os relatos dos familiares, o FR falava muito sozinho e em voz alta, quando era questionado apenas dizia que lhe fazia bem para aliviar a cabeça.

1.2.2.4. MEDICAÇÃO ATUAL

De momento refe que toma o nozinan 100mg, alprazolam 1mg e cloridrato de metadona 30mg. Acrescenta que toma chás para substituir medicação para o estômago. Faz ainda o injetável paliperidona 150mg de 3 em 3 semanas, no hospital.

Em entrevista conta ainda que toma o alprazolam mais vezes do que as prescritas, duas vezes ao dia ao pequeno-almoço e deitar, refere “ao longo do dia começo a sentir a ansiedade a chegar e a depressão também fica mais forte e tenho de tomar mais comprimidos, as vezes um a meio do dia, outras vezes mais” sic.

Após ter acesso a receitas e historial médico, é de referir que tem mais medicação prescrita em janeiro de 2025, no entanto nega tomar mais para além do referido acima. Medicação como pantoprazol, cytotec, sulcrafato, gabapentina, olanzapina, trazodona, quando questionado o porquê de já não tomar alguma desta medicação referiu já não precisar dela e que quanto à medicação do estômago a substituiu por chás, conta ainda que “há outras como a olanzapina e quetiapina que me fazem alergia pelo corpo todo, fico estranho” sic.

1.2.2.5. USO DE ÁLCOOL OU SUBSTÂNCIAS

Uma vez que os consumos são o principal problema do FR, foi questionado sobre o seu historial. Refere que consumiu pela primeira vez com 24 anos de idade e que começou por consumir heroína, terá iniciado os consumos com um primo que tinha na sua posse várias doses para venda. Como principal motivo para ter iniciado os consumos aponta a curiosidade pelo desconhecido, “queria saber qual era a sensação que provocava” sic, hoje em entrevista demonstra-se cabisbaixo e arrependido pelo acontecimento “se nunca lhe tivesse tocado a primeira vez, não tinha estragado a minha vida” sic. Ao longo da vida conta que experimentou cocaína, heroína, charros, álcool e tabaco. Atualmente continua fumador de tabaco e acrescenta ainda que consome cocaína cerca de duas vezes por mês. Deixou a heroína há cerca de três anos. Sobre o álcool acrescenta que atualmente não bebe, mas que já foi um problema que lhe causou conflitos, problemas familiares e agressividade.

Entrou no programa de substituição com metadona em 2000 até 2003, tendo abandonado o programa por vários anos, regressou novamente em 2016 após vários pedidos para reingressar, que foram negados ao início por não apresentar consumos, apresentando os testes todos negativos. Em 2020 refere apresentar situação estabilizada e

pede desmame para poder sair novamente do programa, apesar de continuar positivo nos consumos de cocaína, faz redução gradual da dose de metadona ao longo de vários meses e sai do programa dia 26/07/2021. Regressa novamente dia 26/08/2021 para fazer novamente indução de metadona por recaída com heroína, negativo para consumos de cocaína. Em janeiro de 2022 inicia redução da dose de metadona para nova tentativa de deixar o programa, mas com complicações de ressacas durante o desmame pelo que sem efeito e com necessidade de subir dose novamente, acaba internado na psiquiatria em 2023. Abandona o programa, após nova redução de dose em 2024, e entra novamente em fevereiro de 2025, onde permanece atualmente a cumprir.

Sobre os efeitos das substâncias disse que em tempos escolhia a heroína quando queria dormir por lhe provocar sonolência e alternava com a cocaína quando queria um efeito oposto e eufórico, “a coca mete-me a mexer, dá-me energia” sic. Acrescentou ainda, sobre os episódios de ressacas e como foram complicados, “ainda tive muitos porque a heroína dá ressacas muito más, ficava muito mal, com muitas dores e não conseguia comer” sic.

1.2.2.6. RELIGIÃO E CRENÇAS

O FR foi questionado sobre a sua religião e crenças, questão à qual falou por algum tempo abertamente por ser um tema do seu agrado e por apresentar múltiplas crenças.

Refere ser católico, embora atualmente não vá à igreja. Foi explorada a questão das crenças e conta que acredita muito em Deus e no Diabo e que o mal vem à terra apoderar-se das pessoas para as levar por maus caminhos, no entanto, o FR acredita que o poder de Deus é maior e mais forte e capaz de guiar quem quer ser ajudado.

Acrescenta ainda histórias delirantes de bruxas, “sofri muito ao longo da vida com as bruxarias, agora os jovens já não fazem tanto isso, mas antes as pessoas mais velhas tinham livros e seguiam feitiços para fazer mal, até a minha mãe tem histórias disso e também sofreu muito” sic. Culpabiliza um homem, que não especifica quem é, de lhe querer muito mal e ter muita inveja dele, dessa forma, fazia-lhe bruxarias através de outra pessoa, uma mulher mais velha com conhecimentos para este tipo de situação. “Utilizavam roupas minhas e da minha mulher para nos afastarem e para ela andar doente” sic, refere que a mulher andou alguns anos doente por estes acontecimentos e que foram estas ditas bruxarias que levaram ao seu divórcio. Conta ainda que “para me

defender tive de ir também a uma mulher que era bruxa para ela me fazer feitiços de proteção” sic.

Disse ainda, em entrevista, que o seu filho tinha um livro de feitiços que lhe foi oferecido e deste modo o FR pediu esse livro para o poder levar à SIC e explicar na televisão como são perigosas estas situações com bruxas e feitiços. O filho, no entanto, desaconselhou-o. Agora conta que a mulher a quem o homem recorria para as bruxarias já morreu e dessa forma já não acontece nada e nunca mais teve problemas desta origem.

Outras crenças que apresenta e conta, são por exemplo, que teve Hepatite C e que a terá curado porque bebia muitos cafés e, assim, matava o vírus. Acredita também que conhece ervas que curam cancros e eczemas. E acrescenta ainda que um dos motivos para consumir cocaína é, por exemplo, quando está constipado fica curado.

1.2.2.7. FUNCIONAMNTO OCUPACIONAL E MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO

O FR vive com a mãe de 82 anos, é divorciado e tem um filho e uma filha e um total de cinco netos e nove irmãos. Segundo o mesmo a relação com a mãe é boa e vivem em harmonia os dois, sobre os irmãos foi questionado sobre a sua relação com eles e onde vivem, e segundo disse apenas uma irmã vive perto dele, enquanto os restantes irmãos estão “espalhados por aí” sic, conta que se dá bem com todos, mas “toda gente discute as vezes, ainda assim, damo-nos todos bem, como estamos longe as vezes falo com eles pelo telefone apesar de os ouvir muito mal devido à minha surdez” sic. Pelo que conta, o mesmo acontece com os filhos e netos, falando com eles regularmente por videochamada, uma vez que ambos vivem no Algarve e visitam-no pouco.

Refere que a maior parte da sua família têm vários conflitos entre eles, mas o FR não, ele consegue manter a paz e dar-se bem com todos. Sobre o seu casamento, contou que esteve casado mais de 20 anos e que a separação foi um acordo mútuo sem desentendimentos. Em relação à ex-mulher conta que mantém uma relação de comunicação e que ela vive no Algarve perto dos filhos.

Confidenciou ainda sobre o seu passado que viveu com os pais até casar com a ex-mulher, altura em que passou a viver com a mesma e posteriormente com os filhos. Neste momento, após o divorcio e uma vez que os filhos já não vivem com ele, regressou à casa da mãe onde vive atualmente.

Em relação à atividade laboral está reformado desde 2016, conta que “gostava de ainda trabalhar, mas ninguém me dá emprego por causa da minha surdez, o último trabalho que tive foi a cuidar de vacas e fui despedido por culpa do meu colega que nunca fazia nada, eu fazia o meu trabalho só que fomos os dois despedidos por causa dele” sic. Segundo foi apurado em diários antigos de consultas, o FR estava a ter problemas no trabalho, nomeadamente chegava atrasado, era encontrado a dormir no local de trabalho e faltava sem avisar, situação que se prolongou por semanas até ser rescindido contrato. Sobre o seu percurso laboral e escolar diz que frequentou a escola até ao 4ºano e começou a trabalhar com 13 anos nas obras e no campo, locais onde trabalhou toda a vida até se reformar por falta de empregabilidade.

Dada à situação anterior da falta de emprego, refere que tem muito tempo livre e não sabe como o ocupar. Durante o dia vê televisão e vai passando algum tempo no café da zona onde vive e convive de forma social.

É possível verificar no apêndice 1 Ecomapa FR, em anexo, que o mesmo apresenta uma relação interrompida com o trabalho e quando questionado fala com tristeza sobre este facto, demonstrando que ainda gostaria de exercer atividade laboral. Como vínculos muito fortes e relações onde existe uma relação e oferta mútua, menciona principalmente a mãe e os filhos como os mais importantes da sua vida. Foi ainda questionado, qual a atividade que mais gosta de exercer no momento, ao qual respondeu que gosta de cuidar do jardim e da horta durante o tempo livre, sendo uma atividade que pratica diariamente.

1.3. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

Pessoa de 60 anos, com idade aparente não congruente com a idade real parecendo mais velho, peso dentro do parâmetro normal e aparentemente bem nutrido. Mantendo um estado vígil e orientado nas três dimensões, apresentando orientação autopsíquica e alopsíquica.

Ao longo das entrevistas apresentava a roupa limpa e aparentemente com higiene pessoal realizada com frequência. Integridade cutânea mantida. Utilizou todos os dias um boné que nunca retirava, mesmo no interior do CRI. Dilatação das pupilas sem alterações e sem sinais ou deformidades físicas visíveis. A expressão facial no início das várias entrevistas demonstrou-se pouco expressiva, o rosto sem vivacidade e pouca variação emocional, com o passar das semanas e ao ganhar alguma confiança por parte da pessoa a sua expressão facial também foi mudando e tornando-se mais expressiva conforme a

história de vida do mesmo, de notar que começou a sorrir mais. Mantinha contacto visual por momentos, contudo inicialmente desviava várias vezes o olhar, demonstrando alguma dificuldade no contacto visual prolongado o que poderia indicar dificuldade de relacionamento.

Durante as várias semanas adotou uma atitude de abertura ao longo do tempo, sem colocar entraves nas questões colocadas e mostrando-se colaborante em responder às perguntas colocadas e partilhando pormenores da sua vida pessoal. Nas primeiras sessões adotou uma postura de reserva que se dissipou ligeiramente ao longo do tempo e acabou por manter uma postura mais descontraída e uma atitude adequada para o contexto. Sobre a marcha, apresenta passos rápidos e curtos com a cabeça baixa, inclinada para a frente. Mantém uma atividade psicomotora adequada para a situação e de acordo com o padrão habitual da pessoa, pelo que foi observado ao longo das entrevistas.

Em relação ao discurso, de referir que a comunicação foi dificultada pela hipoacusia acentuada, verifica-se um discurso pobre, mas organizado e com um tom adequado. Geralmente respondia apenas quando questionado, embora com algumas questões, por exemplo, sobre as crenças e religião, tivesse falado de forma mais espontânea. Numa fase inicial apresentava um discurso monossilábico, ao longo das entrevistas fomos ganhando a confiança do FR o que favoreceu a nossa comunicação, durante as primeiras 2/3 entrevistas verificou-se que o mesmo se mantinha muito reservado e de poucas palavras, ou seja, taciturno.

Ao longo das várias entrevistas o FR manteve-se focado nas questões que lhe eram colocadas, tentando por vezes ler os lábios de forma a perceber o que lhe era dito, com atenção captável. Ao nível da tenacidade mostrou-se atento às perguntas quando eram realizadas. Ao nível da concentração foi capaz de manter uma atenção voluntária para a situação, embora por tempo limitado, neste caso as entrevistas duravam no máximo 30 minutos.

Pessoa com memória remota mantida, é capaz de reter e contar episódios e informações do passado da sua vida. Em relação à memória recente o FR consegue contar as conversas e acontecimentos que antecederam ao momento e ao dia da entrevista. A memória imediata está comprometida, apresentando queixas de se esquecer frequentemente das coisas como nomes ou tarefas que devia fazer, acrescenta ainda formas de adaptação para recordar nomes.

Apresenta um pensamento pobre lógico que segue uma sequência de ideias, no entanto por vezes pode apresentar-se incoerente e com delírios. Tendo como base as suas

crenças religiosas já descritas anteriormente, é possível que se trate de um delírio místico.

Em relação à sensopercepção, não foram apuradas alterações ao longo das semanas. Sobre a ideação suicida, verbaliza que já pensou nisso no passado e ponderou fazê-lo, mas atualmente não é um problema, e aparentemente, sem indícios.

Neste caso, apresenta um afeto sincrónico, isto é, em sintonia com o conteúdo do pensamento, foi possível verificar expressões faciais que demonstravam tristeza e arrependimento. Em relação ao tipo de humor, verifica-se um humor distímico, descreve sintomas de tristeza e depressão ao longo dia. Desta forma, sente necessidade de continuar a tomar cocaína para sentir um humor eufórico, que lhe provoca um excessivo bem-estar e êxtase.

Sobre a alimentação, foi questionado, e refere não ter alterações neste aspeto. Não come muito, mas gere a sua alimentação e sente-se bem sobre esta questão. Não verbalizou espontaneamente alterações da expressão sexual ou eliminação.

Em relação ao sono, esta é uma das principais queixas, não consegue dormir nem descansar bem e refere que isso afeta o seu dia a dia. Mesmo com recurso a medicação, mantém queixas de insónia intermédia e insónia terminal, queixa-se essencialmente da dificuldade que sente em manter-se a dormir e desperta várias vezes. Foi questionado sobre os horários do sono, refere que se deita cedo “geralmente cerca das 21h vou para a cama, mas tenho muita dificuldade em adormecer e em dormir a noite toda, acordo muitas vezes e levanto-me por volta das 8h” sic.

Por fim, foi possível verificar sobre o juízo crítico, sendo que, demonstra comprometimento refletido na ausência de *insight* para a doença, revelando dificuldade em reconhecer a necessidade de tratamento. Esta limitação no juízo crítico compromete a adesão terapêutica e constitui um desafio na relação terapêutica, exigindo estratégias psicoeducativas e uma intervenção empática. Ao longo das semanas foi possível apurar que a pessoa sente anedonia, fala sobre como não sente prazer em fazer nada e como se sente deprimido, sem um propósito para passar os dias “é só mais um dia que passa, devagar” sic.

1.4. PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Não foi aplicado o Treino Metacognitivo Individual na Psicose neste caso, após unanimidade com a Enfermeira Supervisora e a Professora Orientadora Lara Pinho, pelos motivos de a Enfermeira não ser detentora dos cursos do Treino Metacognitivo e pela

curta duração do estágio. Uma vez que a pessoa em causa não tinha *insight* para o patológico ficou acordado que nos iríamos focar na avaliação do estado mental e nas entrevistas de enfermagem, principalmente por este ser o primeiro estágio e o início do percurso na área da saúde mental.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), os diagnósticos de enfermagem representam uma decisão clínica tomada pelo enfermeiro após a avaliação da pessoa, traduzindo-se num juízo profissional acerca do seu estado de saúde. Estes diagnósticos funcionam como uma linguagem comum que permite identificar, priorizar e intervir nas necessidades humanas (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), a intervenção de enfermagem pode ser conceptualizada como a ação deliberada implementada pelo enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem, visando a obtenção de resultados em saúde.

O planeamento das intervenções deve ser orientado por uma perspetiva centrada na pessoa, contemplando as suas necessidades, preferências e potencialidades, de forma a promover a melhoria da sua funcionalidade. Neste contexto, a formalização de um contrato terapêutico constitui um instrumento fundamental para a corresponsabilização da pessoa e para a consecução de ganhos efetivos em saúde (Sequeira & Sampaio, 2020).

A formulação dos diagnósticos e a execução das intervenções de enfermagem descritas têm como finalidade alcançar os resultados delineados, orientados para a obtenção de ganhos efetivos em saúde. Pretende-se que estas ações promovam a melhoria do estado de saúde mental e do bem-estar global da pessoa, favorecendo a superação, ou pelo menos a minimização, das dificuldades identificadas durante o processo de avaliação (Amaral, 2010).

Dito isto, prevalece a importância da intervenção do EEESMP junto da pessoa com doença mental, neste caso, com consumo de substâncias, na medida em que pode explorar intervenções de prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos e minimização de danos. Sendo o consumo de substâncias psicoativas um problema que afeta a doença mental e impacta determinadamente a vulnerabilidade e fragilidade dos consumidores e das suas famílias, este facto provoca aos enfermeiros a necessidade de um conjunto de competências gerais e especializadas, principalmente na área da saúde mental e psiquiátrica, para intervir (Sequeira & Sampaio, 2020).

É possível consultar no apêndice 2 o plano de cuidados estruturado para o FR, o mesmo não foi colocado em prática por o tempo de estágio ser insuficiente, no entanto,

foi acordado com a enfermeira supervisora que a mesma iria dar continuidade ao plano estruturado, uma vez que a enfermeira é a terapeuta de referência.

2. UNIDADE DE INTERNAMENTO DE DOENTES AGUDOS

O segundo estágio realizou-se num Hospital do Alentejo Central num serviço de internamento de doentes agudos no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) e teve a duração de 175 horas de contacto, com a orientação e supervisão de uma Enfermeira Especialista na área e detentora do curso do Treino Metacognitivo na Psicose e na Depressão.

O internamento num serviço de psiquiatria destinado a doentes agudos integra-se numa estrutura hospitalar que presta cuidados de saúde especializados, eficientes e de qualidade, inseridos no Serviço Nacional de Saúde. Este tipo de unidade responde às necessidades da população do distrito, articulando-se com os cuidados de saúde primários e outros serviços hospitalares, com o objetivo de minimizar o impacto das perturbações mentais e promover a saúde mental da comunidade.

Considerado um serviço especializado e que desempenha um papel central na estabilização clínica de pessoas em crise ou em situação de descompensação psicopatológica. Este contexto hospitalar funciona como um espaço seguro e estruturado, onde se visa não só controlar sintomas agudos, mas também iniciar um plano terapêutico que permita reduzir o risco de recaídas e promover a continuidade dos cuidados após a alta.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental onde este internamento se integra dispõe de diversas valências, como a consulta externa, os serviços domiciliários e a psiquiatria de ligação. Todas elas asseguradas por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistente social, terapeuta ocupacional e técnicos auxiliares de saúde, que todos juntos trabalham em articulação para responder às necessidades complexas das pessoas com perturbações mentais.

O serviço organiza-se de acordo com valores orientadores como o respeito pela dignidade humana, a ética, a acessibilidade, a qualidade e a equidade dos cuidados, bem como o compromisso com a atualização científica e a melhoria contínua.

As evidências sustentam a importância de intervir precocemente no regime terapêutico ainda durante o período de internamento. Uma gestão inadequada da medicação e do plano terapêutico é frequentemente apontada como uma das principais

causas de recaída e reinternamento, o que reforça a necessidade de uma abordagem educativa, estruturada e contínua, centrada na pessoa e na sua rede de suporte. Assim, o internamento em psiquiatria, reorganiza estratégias terapêuticas e garante uma transição segura para o meio comunitário.

2.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o tempo de estágio no internamento beneficiamos da oportunidade de participar em várias atividades e procedimentos que decorrem no serviço de psiquiatria.

Nomeadamente, a reunião comunitária, que tem como objetivo “gerir o *stress* dos utentes através do esclarecimento das regras de funcionamento da unidade de internamento, esclarecimento de dúvidas e identificação precoce de conflitos” (Mendes, 2015a, p.1). Esta atividade terapêutica é da responsabilidade dos enfermeiros do turno da manhã e tem local numa sala multiusos, acontece semanalmente as terças-feiras, não tem critérios de exclusão e dirige-se a todas as pessoas dispostos a participar. É um acontecimento que ocorre de forma a permitir a aprendizagem em contexto de grupo, onde as pessoas partilham os seus sentimentos, opiniões, ideias e comportamentos. A sala deve estar disposta com cadeiras que formem um círculo, e no dia programado abordam-se as pessoas internadas, convidando-as a participar. Alguns dos temas abordados são: explicar as diferenças entre o internamento voluntário e involuntário; explicar as regras do tabaco; explicar as regras sobre o uso do telemóvel; e explicar a proibição de uso de objetos potencialmente perigosos; devendo ainda abrir espaço para dúvidas, sugestões ou reclamações (Mendes, 2015a). A prioridade central é prevenir complicações futuras, promovendo a aquisição de competências que permitam a todas as pessoas enfrentar de forma eficaz o *stress* emocional resultante de crises situacionais ou de desenvolvimento (Townsend, 2011).

Outra das atividades, é o passeio terapêutico, com o objetivo de gerir o *stress* das pessoas internadas, assim como satisfazer a necessidade de liberdade, é frequentemente realizado ao longo da semana e preferencialmente no período da tarde, por haver menos movimento no espaço do hospital, ou durante o fim de semana a qualquer hora, não deve exceder os 30 minutos de duração. É importante que o enfermeiro responsável pela atividade tenha em conta, para a seleção dos participantes: o regime de internamento, no caso no involuntário podem legalmente participar, mas devem ser ponderados os riscos associados; as limitações físicas; o plano de cuidados; e o risco de fuga ou de

comportamentos perigosos. No dia programado para a atividade abordam-se todas as pessoas internados que podem beneficiar da intervenção, convidando-os a participar, devendo antes confirmar se existem condicionantes e avaliar adequadamente se estão vestidos para o exterior, deve ser realizado com o reforço de um técnico auxiliar de saúde. Ao longo do passeio é importante aproveitar para observar o comportamento de cada uma das pessoas; abordar individualmente os que necessitem de ajustamento do seu comportamento; se adequado, realizar pequenas entrevistas exploratórias em contexto informal e realizar apoio emocional individual; no final conferir o regresso de todos os participantes (Mendes, 2015b).

O relaxamento, outra das atividades realizadas no internamento do DPSM, na qual tive oportunidade de participar, concretizada com o intuito de gerir o *stress* de cada um dos internados e ensinar aos participantes modos eficazes de lidar com o *stress* emocional. Um dos enfermeiros do turno da tarde é responsável por dinamizar a atividade, ocorrendo idealmente cerca de três ou mais vezes por semana, a seleção dos participantes sucede conforme o processo patológico, as limitações físicas, o plano de cuidados e o nível motivacional, tendo em conta que as pessoas psicóticas em fase aguda e com evidente sintomatologia positiva não têm critérios para participar nesta atividade. Segundo Mendes (2015c, p.2) o relaxamento “é uma forma de atividade psicomotora na qual se objetiva a redução das tensões psíquicas, levando à descontração muscular”. A sala multiusos deve ser preparada previamente, verificar a temperatura da sala, luminosidade, aromas e música; instalam-se as pessoas e dá-se início à atividade. O enfermeiro pode seguir as propostas existentes no serviço (treino autogénico ou relaxamento muscular progressivo), caso escolha outra opção, ter atenção para não realizar exercícios de visualização ou de associação livre de pensamento. Cada sessão deve ter em média 30 minutos e durante esse tempo é importante observar o comportamento de cada um, no final sondar os participantes sobre a sua experiência durante o exercício (Mendes, 2015c).

No que diz respeito à entrevista de enfermagem, outra das atividades realizada com frequência no internamento, e que tem como objetivo “permitir ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular” (Mendes, 2016, p.1). Sendo um dos momentos centrais do processo clínico, aplica-se sempre que seja vantajoso para a colheita de informação, avaliação dos riscos, promoção da saúde mental ou como garantia da continuidade de cuidados planeados, sendo a mesma realizada pelo enfermeiro responsável pela pessoa em causa. Durante as entrevistas é importante respeitar a

privacidade da pessoa e utilizar uma comunicação sólida e competências interpessoais de enfermagem de modo a transmitir empatia e confiança; utilizar uma linguagem acessível e escutar atentamente; explicando ainda o motivo da entrevista; prestar atenção visual e observar a pessoa; valorizar a singularidade; validar sempre com a pessoa a informação transmitida; adequar a intervenção ao contexto socorrendo-se dos seus conhecimentos profissionais (Mendes, 2016). A comunicação terapêutica encoraja a exploração de sentimentos e fomenta o entendimento da motivação comportamental (Townsend, 2011).

2.2. CASO CLÍNICO: PROCESSO DE CUIDADOS

2.2.1. ENTREVISTA E CONTEXTO

Ao longo das semanas do estágio foram realizadas no total 6 entrevistas ao RP, escolhido inicialmente, com ajuda da Enfermeira Supervisora, pelo seu diagnóstico de esquizofrenia. O mesmo aceitou participar de forma voluntária e anónima.

Durante a entrevista o enfermeiro deve manter o contacto com a pessoa através do olhar, manifestar atenção, interesse e empatia. Disponibilizar escuta ativa e compreensão perante a sua situação, avaliando a informação verbal e não verbal que lhe é transmitida.

A comunicação deve ser empática pois a pessoa pretende ser ouvida, compreendida e respeitada. Adaptando a linguagem ao nível de compreensão, começar com perguntas abertas e depois seguir para perguntas mais específicas. A comunicação não verbal é também um meio importante de proximidade, demonstrada pelo olhar, pelo toque de forma a ser significativo de apoio e compreensão.

Durante as entrevistas o RP manteve-se essencialmente calmo de forma psicomotora, inquieto psiquicamente, apresentando um fâcies entristecido com dificuldade em olhar nos olhos e diversas vezes cabeça baixa. Apresentou um discurso fluido, coerente e hipofónico.

Para a elaboração da avaliação diagnóstica foi utilizado como base o Guia Orientador para entrevista de Avaliação da Saúde Mental (Pinho & Marques, 2024).

2.2.2. HISTÓRIA BIOPSISSOCIAL E DE SAÚDE

2.2.2.1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: RP

Idade: 37 anos

Sexo: Masculino

Género: Masculino

Estado da relação: Divorciado

Religião: Católico não praticante

Atividade laboral/ocupação: Segurança na empresa Prosegur

Habilitações Literárias: 12ºano

Agregado Familiar: Mãe

2.2.2.2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

O RP foi admitido no serviço de Psiquiatria Agudos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental no dia 15/09/2025, após ser encaminhado pelo Serviço de Urgência (SU), onde entrou por alterações do pensamento e ideação suicida. Segundo nota de entrada de enfermagem, à entrada no SU calmo, vígil e orientado nas três dimensões. Idade aparente e congruente com a real. Aspeto limpo e cuidado. Autónomo nas atividades de vida diárias e colaborante nos cuidados.

Em entrevista já no internamento admite ter suspenso a terapêutica há cerca de um mês por opção própria, “estava a sentir-me esquecido” sic. Refere que recorreu ao SU por “tenho pensamentos suicidas e tenho medo do que possa fazer (...), tenho armas em casa e não estou a conseguir controlar os pensamentos” sic.

Fica em internamento voluntário com o diagnóstico de esquizofrenia, já seguido em consulta de psiquiatria e medicado para o mesmo, o RP tem conhecimento do diagnóstico que já recebeu há uns anos. Demonstra comportamento potencialmente impulsivo com danos para si e para os outros.

2.2.2.3. HISTÓRIA CLÍNICA

Como antecedentes pessoais conhecidos apresenta história de alcoolismo e consumo de substâncias, cocaína e heroína até 2010 e haxixe e erva até 2020. Nega alergias conhecidas.

Como antecedentes familiares refere da parte da mãe hipertensão arterial, dislipidemia e enfisema pulmonar; da parte do pai sabe-se que já faleceu, não tendo sido acrescentado muito sobre a sua história nem o motivo da morte.

Refere um internamento aos 23 anos de idade no hospital militar, altura em que terá entrado para o serviço militar, iniciando quadro alucinatorio de cariz auditivo que

coincidiu com período após consumos de substâncias. Momento em que recebeu o diagnóstico de esquizofrenia, posteriormente ao internamento ficou medicado, apresentando períodos de incumprimento da terapêutica. Permaneceu em atividade militar até aos 29 anos.

Segundo diário médico, episódio alucinatorio em 2007, mais tarde e até recentemente descreve alterações da vivência do Eu com difusão do pensamento. Assume ainda alterações da percepção, nomeadamente vozes comentadoras das suas atividades, “são muitas vozes que não reconheço, antes criticavam-me muito e diziam que ninguém gostava de mim” sic.

Conta em entrevista situação recente com colega de trabalho que terá agravado situação, levando-o a ter medo de prejudicar os outros, e exacerbando alterações da percepção. O conjunto de fatores (situação no trabalho, abandono da medicação), levaram a uma angústia psicótica, que o leva a ter ideação suicida, “tenho muitas vezes vontade de me matar para parar com este sofrimento porque acho que não me consigo defender disto de outra maneira” sic.

2.2.2.4. MEDICAÇÃO ATUAL

Previamente, no domicílio encontrava-se medicado com risperidona 2mg, biperideno 4mg, diazepam 3mg e sertralina 50mg. Medicação que suspendeu cerca de um mês antes do internamento, por opção própria.

No momento da alta regressa ao domicílio medicado com olanzapina 10mg 2 comprimidos ao deitar, quetiapina 50mg 1 comprimido ao deitar, ácido fólico 5mg 1 comprimido ao pequeno-almoço, cianocobalamina 1mg 1 comprimido ao pequeno-almoço e lorazepam 1mg em sos. Ainda, o injetável risperidona 100mg (okedi) que irá realizar de forma mensal na consulta externa do DPSM.

2.2.2.5. USO DE ÁLCOOL OU SUBSTÂNCIAS

Apresenta história de alcoolismo e consumo de substâncias, cocaína e heroína até 2010 e haxixe e erva até 2020. Atualmente nega quaisquer consumos, exceto tabaco.

Foi explorada a questão das substâncias e do álcool, fala sobre este período da sua vida com tristeza e renitência, relatando as dificuldades que passou “inicie os consumos muito cedo, talvez com 15 anos” sic. Conta que com 18/19 anos, trabalhou na Alemanha onde os consumos se tornaram mais intensos e extremos, chegando ao ponto de pesar

30kg. Altura em que regressou a casa para uma desintoxicação, que segundo o mesmo, ultrapassou em casa sem necessidade de internamento.

Após passar por este período que conta como “muito difícil passar por tudo, é muito complicado deixar as drogas afundado como eu estava” sic. Ainda assim, voltou a recair, no entanto, deixou de novo e de forma definitiva quando entrou para o serviço militar com 23 anos.

2.2.2.6. FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL/EDUCACIONAL E MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO

O RP está atualmente divorciado, referiu em entrevista que vive com a mãe com 62 anos, descreve a relação de ambos como conflituosa e manifesta dificuldade em viverem juntos, sente que mãe é muito controladora e intrusiva do seu espaço, o que acaba por ser uma fonte de *stress*. Acrescenta ainda, numa das primeiras entrevistas, “se tiver alta e for para casa, volto para o hospital cedo não consigo estar lá muito tempo” sic, e verbaliza preocupação “não consigo ter dinheiro para uma casa, porque também pago pensão de alimentos” sic. Contou que tem vários irmãos, no entanto, fala apenas de um, e neste contexto, acrescentou “o meu irmão mais novo também sofria em viver lá em casa, mas ele já conseguiu sair e arranjar uma casa para ele” sic.

Tem ainda duas filhas pequenas, com três e cinco anos, as quais vê de 15/15 dias ao fim de semana, ao longo do internamento demonstrou-se preocupado com a situação atual das crianças “precisam de um pai na vida delas” sic. Numa das entrevistas o RP manifestou sentimentos de frustração devido a uma chamada que decorreu no dia anterior, em que a ex-mulher lhe terá dito que tinha contratado um advogado para que o RP deixasse de ver as filhas. A relação com ex-mulher é conflituosa e hostil, mantendo atualmente um vínculo negativo que influencia o seu bem-estar emocional.

Anteriormente a esta relação, descreve uma outra ex-mulher com quem teve dois meninos gémeos que atualmente têm onze anos. Com a situação atual sente que está novamente a passar por uma repetição da separação e da perda dos filhos, acrescenta “não vejo os meus filhos há 3 anos, (...) só tive relações tóxicas” sic.

Atualmente trabalha numa empresa como segurança da Prosegur a tempo inteiro e tinha um *part-time*, conta que “fazia muitas noites e trabalhava em excesso” sic, mantém este trabalho desde os 29 anos quando saiu do serviço militar. Esta experiência profissional foi descrita como exigente e desgastante, refletindo-se negativamente no seu

equilíbrio pessoal e bem-estar psicológico. Identifica ainda o contexto laboral como uma fonte de *stress*, associado ao excesso de trabalho o que lhe provocou cansaço e irritabilidade. Descreve uma situação negativa com um colega com quem tem má relação, o que levou ao agravamento dos seus sintomas de desmotivação. Já no internamento confessou que viu a esposa do colega com quem tem má relação, visitar outra pessoa que também se encontra no internamento, isto trouxe ao RP preocupação e tornou-se uma fonte de *stress*. Pediu à equipa para “se esse senhor vier à visita avisem-me para que eu possa ir para o meu quarto, não o quero ver, tenho medo do que eu faria” sic, foram validados os sentimentos e passada informação em turno para evitar conflitos futuros.

Sobre a sua atividade educacional conta ter completado o 12º ano, apesar de já mais tarde, acrescenta numa das entrevistas que neste momento estava num curso na área da gestão, “já comecei há algum tempo, tenho pouca concentração e pouca memória e por isso não tem sido fácil” sic, no entanto, mostra-se empenhado em conseguir, “agora vou focar-me em conseguir para ter um melhor futuro” sic.

Foram questionadas atividades de lazer, hobbies no tempo livre, ao que o RP respondeu que apenas gosta de passar tempo com as filhas e gostaria de conseguir mais se não tivesse a guarda partilhada com a ex-mulher e houvesse tantos conflitos entre ambos.

É possível verificar no apêndice 3 Ecomapa RP, em anexo, que o mesmo tem uma relação conflituosa e de distância com a ex-mulher, a mãe das filhas pequenas, o que leva a sentimentos de frustração. Verifica-se ainda uma relação de vínculo fraco com a mãe, devido a problemas entre ambos e que leva a um afastamento entre os dois, apesar de viverem na mesma casa. Com os filhas nota-se um vínculo forte interrompido, conta que as filhas são os seus pilares, no entanto, com a situação atual do divórcio a relação entre o RP e as filhas é de afastamento. Já com o trabalho verifica-se uma relação com vínculo fraco interrompido, devido a estar internado e de baixa mantém o afastamento da vida laboral.

2.2.2.7. ALTA CLÍNICA DO INTERNAMENTO

O RP teve alta no dia 10/10/2025 para o domicílio por melhoria dos sintomas e após conclusão do treino metacognitivo individual na psicose. Com *insight* parcial para o patológico e para a necessidade de internamento, com conhecimento das alterações da sensoperceção e do significado das mesmas, “consigo distinguir as vozes que não são

reais” sic, embora continuasse a apresentar delírios persecutórios “as pessoas na rua observam-me muito e querem saber o que eu ando a fazer” sic.

Acrescentou ainda ao longo das entrevistas “sinto-me melhor aqui internado porque ainda tenho medo do que poderei fazer lá fora, a mim ou a outros” sic. No dia da alta com outro discurso, mais esperançoso “sinto-me melhor, tenho saudades de apanhar ar e sol e ver como está a vida lá fora” sic.

Momentos antes da alta para o domicílio foi realizada uma entrevista de preparação para a alta, onde foram abordadas temáticas como: melhoria do estado psicoemocional, onde referiu uma recuperação significativa, no entanto ainda mantém ansiedade devido aos seus pensamentos relativos ao futuro após a alta; utilizar estratégias psicoterapêuticas, que lhe auxiliem na auto regulação e gestão emocional; determinar planos realistas para o futuro; regular o ciclo de sono em casa; gestão e organização da medicação; e ainda foi abordada a articulação entre o internamento e as consultas externas, onde será seguido posteriormente.

Quando questionado acerca do TMC+ refere sentir-se melhor com as sessões, que tiveram um impacto positivo no seu progresso e agradece a intervenção.

2.3. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

O RP de 37 anos com idade aparente congruente com idade real, apresenta peso dentro do parâmetro normal e aparentemente bem nutrido. Ao longo do internamento manteve um estado vígil e orientado de forma autopsíquica e alopsíquica.

Quanto ao vestuário, tendo em conta o contexto de internamento, apresentava uma roupa limpa e higiene pessoal cuidada e realizada diariamente, mantendo ainda a integridade cutânea.

Durante as primeiras entrevistas apresentava dificuldade no contacto visual prolongado, mantendo apenas por breves momentos, demonstrando o que poderia ser desconfiança, sinais de ansiedade ou alucinações auditivas, aspetos todos presentes na pessoa. Com o tempo consegue manter o contacto visual durante mais tempo, demonstrando confiança no olhar, acaba por afastar apenas quando fala em pormenores mais pessoais. A dilatação das pupilas sem alterações e sem sinais ou deformidades físicas visíveis. Quanto à expressão facial no primeiro dia demonstrou-se pouco expressiva, o rosto com pouca vivacidade e apenas a ouvir o que lhe era dito, demonstrando pouca variação emocional, com o passar dos dias e, ao ganhar mais confiança nos profissionais

e no TMC+, a sua expressão facial também foi mudando e tornando-se mais expressiva conforme a história de vida, de notar que partilhou conosco mais pormenores e aspetos que o deixavam feliz, acabando ele também a rir.

Nas primeiras entrevistas a atitude adotada, de acordo com o que já foi referido, foi mais reservada mantendo-se em silêncio, posteriormente relatando apenas o que era questionado e fornecendo pouca informação, foi apenas numa fase final que se tornou proativo e espontâneo no que toca a relatar acontecimentos e até os seus sentimentos. Deste modo, acabou por adotar uma atitude de abertura, sem colocar entraves nas questões colocadas e mostrando-se colaborante em responder às questões colocadas. Manteve uma atividade psicomotora adequada para a situação e de acordo com o padrão habitual da pessoa, conforme foi observado nas entrevistas e no contexto do internamento.

Em relação ao discurso verifica-se hipofonia ao longo de todo o internamento, ainda, numa fase inicial apresenta-se taciturno, mantendo o discurso reservado e monossilábico. Ao ganhar a confiança do RP, aspeto que favoreceu a nossa comunicação, adotou um discurso elaborado e organizado, falando de forma espontânea.

No que toca à atenção, esta encontrava-se aumentada, ou seja, hipervigilante, mantendo a sua atenção no TMC+, mas desviando a mesma ao mínimo estímulo externo, este aspeto está associado ao carácter desconfiado do RP. Ao nível da tenacidade mostrou-se atento às perguntas quando eram realizadas. Ao nível da concentração foi capaz de manter uma atenção voluntária para a situação, embora por tempo limitado, e por esse motivo em alguns dias conseguimos realizar apenas um módulo por dia e noutros dias por possível realizar dois módulos do TMC+, conforme a sua disponibilidade e capacidade.

Apresenta memória remota mantida, é capaz de reter e contar episódios e informações do passado da sua vida. Em relação à memória recente, o RP consegue contar as conversas e acontecimentos que antecederam ao momento e ao dia da entrevista. Apresenta queixas ao nível da memória imediata que se encontra comprometida, refere esquecer-se frequentemente de coisas ou tarefas, como por exemplo, os trabalhos de casa do TMC+, para os quais refere não ter a capacidade de se concentrar de forma a realizá-los.

O RP apresenta capacidade de raciocinar logicamente, compreendendo e assimilando conhecimentos. Para cada módulo do treino foi capaz de encontrar relações e fatores, de forma a assimilar os conhecimentos adquiridos naquele momento, demonstrando um conjunto de habilidades cognitivas.

Apresenta um pensamento lógico e coerente, fácil de seguir e que segue uma sequência de ideias. Quanto ao conteúdo, apresentou ao longo do internamento ideias delirantes, nomeadamente delírios de controlo, persecutórios e de ruína, referindo que “estava a ser controlado por colegas de trabalho” sic; contando ainda que “os colegas do internamento andariam a ouvir as suas conversas de forma a irem espalhá-las” sic; e que a sua “vida social, amorosa e financeira estavam no fundo do poço” sic. Sobre a ideação suicida, motivo que levou ao internamento, verbaliza que pensou nisso e ponderou fazê-lo, uma vez que dispõem de armas em casa, no entanto, atualmente nega e aparentemente, sem indícios.

No que diz respeito à sensopercepção, refere alucinações auditivas e quando questionado sobre o cariz do conteúdo das vozes conta que “dizem-me que não presto, não sirvo para nada e estão sempre a deitar-me abaixo” sic. Durante a maior parte do internamento fez referência às vozes que surgiam quando estava sozinho, apenas nos últimos dias afirma ter deixado de as ouvir, altura em que foi notória uma alteração do humor.

Em relação ao humor do RP, essencialmente, caracteriza-se como um humor deprimido e distímico, sendo visível pelo fácies deprimido, cabisbaixo e pouco expressivo, e ainda, pelos sentimentos de desalento e desânimo relatados pelo próprio.

O RP apresenta *insight* parcial para o patológico, tendo juízo crítico em relação a si mesmo, ao seu estado emocional, à sua doença e consequências da mesma, bem como o impacto que pode ter na sua vida pessoal. Refere ter a capacidade de distinguir as vozes reais das falsas, no entanto, mantém crenças de ser perseguido pelos colegas de trabalho; apresenta ainda conhecimento da doença, fazendo referência a algumas características da mesma; o pedido de internamento pode ser encarado como um pedido de ajuda, por ter noção, de que iria magoar-se a si próprio ou a outros, como foi dito pelo próprio.

Quanto ao sono, apresenta queixas de insónias inicial, apresentando dificuldade em adormecer e ainda queixas de insónia intermédia, acordando várias vezes durante a noite, deste modo tem a necessidade de fazer medicação. Caso mantenha as queixas, é possível que a mesma precise de ser revista.

Sobre outros aspetos como comer e beber estes não têm alterações, mantendo um padrão habitual. Assim como a eliminação vesical e intestinal, que também se encontra dentro do padrão habitual e sem intercorrências e relatar. A sexualidade não foi abordada.

2.4. PLANEAMENTO DE CUIDADOS

“O plano individual de cuidados é um instrumento utilizado como recurso para a individualização dos cuidados (...) devem ser centrados na pessoa, recorrendo à tomada de decisão partilhada para o estabelecimento de objetivos terapêuticos individuais” (Gonçalves, 2022, p.2), é o plano de cuidados que assegura a transposição da teoria para a prática, garantindo que o doente não é apenas um diagnóstico, mas uma pessoa com necessidades específicas.

Deste modo é possível consultar no apêndice 4 o plano de cuidados para o RP, o mesmo foi colocado em prática durante as sessões onde foram aplicadas o TMC+, assim, foi estabelecida uma relação terapêutica tendo por base a empatia, escuta ativa e confiança; a comunicação foi efetuada de forma simples e clara; sempre num ambiente seguro e calmo; foi providenciado apoio emocional; foi ainda envolvida a rede de apoio, neste caso a mãe; promovida a verbalização de pensamentos de desalento, tristeza ou suicídio; foi executada uma intervenção psicoeducativa e psicoterapêutica junto RP, onde lhe foi transmitida informação sobre a cognição, os padrões do pensamento associados à psicose, promovendo a literacia em saúde mental, trabalhando ainda experiências reais do mesmo, promovendo o *insight* e ensinando sobre emoções e comportamentos.

Em situações de doença mental grave, como a psicose, o plano individual de cuidados é essencial para estruturar intervenções que visem não só a redução da sintomatologia, mas também a melhoria do *insight*, da funcionalidade, da adesão ao tratamento e da qualidade de vida, bem como a prevenção de recaídas e reinternamentos.

Para Vaz et al. (2023) importa ainda a aliança terapêutica, pois esta “constitui um fator central para os vários modelos teóricos e tem sido sugerida como um dos fatores mais importantes para o sucesso terapêutico”, sendo uma “ligação emocional estabelecida entre terapeuta e cliente” com base na “sensação de segurança e confiança” (p.33).

2.5. TREINO METACOGNITIVO INDIVIDUAL NA PSICOSE: RESULTADOS RP

O Treino Metacognitivo Individual na Psicose surge como uma intervenção psicológica estruturada, desenvolvida para atuar sobre os vieses cognitivos frequentemente presentes na psicose, como saltar para conclusões, atribuição de culpa ou autoestima, entre outros. No contexto do internamento em saúde mental, a sua aplicação a uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia permite trabalhar de forma

individualizada as dificuldades específicas associadas à doença, promovendo maior consciência sobre os próprios processos de pensamento, flexibilização cognitiva e redução do impacto dos sintomas psicóticos no cotidiano.

Numa fase inicial do estágio, foi falado com a enfermeira supervisora o objetivo de desenvolver como ideia primordial para o desenvolvimento de competências do EEESMP, a aplicação do treino metacognitivo, neste caso específico na psicose e de forma individual. A enfermeira já tinha o curso do TMC na psicose e o TMC na depressão, o que facilitou o processo, no nosso caso que possuímos o TMC na depressão, tornou-se uma ferramenta muito útil de forma a ter uma noção abrangente de como abordar a pessoa e como apresentar os vários módulos.

Antes de abordarmos as entrevistas para avaliação diagnóstica primária, individualmente foi explicado com tempo e serenidade qual a nossa intenção em realizar esta intervenção psicoterapêutica tendo sido solicitado o consentimento do próprio, neste caso em específico de forma oral, para se realizar a referida entrevista, mas também para a aplicação de escalas de avaliação; verificado que o RP compreendia este propósito, decidiu-se avançar para as entrevistas de avaliação diagnóstica e posteriormente aplicação dos módulos do treino metacognitivo individual na psicose.

Ficou decidido com a enfermeira supervisora que realizaríamos ciclos de sessões (cinco sessões), essencialmente devido à limitação temporal que um estágio obriga e para antecipar a realização de todo o TMC+ antes da alta, que pode acontecer a qualquer momento. Deste modo dando também espaço a outras oportunidades para desenvolver intervenções de enfermagem para aquisição de competências comuns e específicas do EEESMP.

Foram prestados cuidados especializados ao RP com base nos diagnósticos de enfermagem presentes: alucinação presente, delírio presente, pensamento comprometido, potencial de recuperação presente, conhecimento sobre a saúde comprometido (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Ao longo das entrevistas durante as semanas foi visível a melhoria no humor do RP, após os vários relatos percebemos como as intervenções diferenciadas do EEESMP podem fazer a diferença no dia a dia das pessoas, desta forma é disponibilizado no apêndice 5 os planos dos onze módulos que descrevem as atividades realizadas durante o estágio, de forma a desenvolver as competências enquanto EEESMP.

Antes de cada sessão do Treino Metacognitivo Individual na Psicose foi discutido de uma forma breve o módulo anterior e abordado o trabalho de casa. Alguns módulos

foram realizados no mesmo dia, conforme concordância, e caso este se apresentasse disponível, o motivo que levou a isto foi a necessidade de terminar todos os onze módulos do treino antes da alta clínica. Numa fase inicial o RP demonstrou-se renitente e desconfiado em relação às sessões do TMC+ que lhe foram propostas, mostrando-se pouco colaborante de início, pouco comunicativo e expressivo. Foi apresentando ao longo do tempo e das sessões maior disponibilidade, maior à vontade para falar sobre os seus sentimentos e pensamentos, sendo deste modo, possível concretizar a totalidade dos módulos do TMC+. Com o passar das sessões, as mesmas também se tornaram mais longas, pela vontade de comunicar e necessidade de intervir do próprio RP.

Em relação aos trabalhos de casa dos módulos, os respetivos foram entregues, no entanto, refere não ter capacidade para os realizar. Dizendo “eu li todas as fichas, mas depois não consigo reter, nem escrever nada” sic, foi validada esta informação e os sentimentos de insegurança transmitidos pelo mesmo.

As aplicações de escalas de avaliação do estado mental não foram possíveis numa fase inicial pela falta de colaboração, o RP ao início apresentava-se renitente com a atividade e as entrevistas. Foi com o suporte da enfermeira supervisora que o RP aceitou iniciar o primeiro módulo do TMC+, mas com a condição de que permaneceria em silêncio e apenas ouviria o que nós tínhamos para dizer. Acrescentar que nesta fase o RP se apresentava numa fase delirante, vindo a admitir mais tarde que um dos motivos que o levou a tomar esta atitude terá sido a desconfiança perante os colegas do serviço, que queriam ouvir as conversas entre o RP e os profissionais de saúde e posteriormente espalhá-las (delírio persecutório).

O TMC+ foi terminado no próprio dia da alta, com colaboração do RP que permitiu o processo até ao último momento. Verificado junto do mesmo a possibilidade de dar continuidade ao trabalho desenvolvido e manter o seguimento nas Consultas Externas do DPSM, sendo o local de estágio seguinte, o mesmo concordou. Deste modo as escalas utilizadas foram aplicadas no dia 02/10, quando o mesmo ainda apresentava sintomas alucinatorios e delirantes, e no dia 20/11, já em contexto de consulta externa num dia agendado telefonicamente e em que o mesmo se deslocou ao hospital.

De forma a demonstrar a evolução do RP ao longo do internamento será feito o levantamento e devida citação de várias notas provenientes do SClínico, todas elas revistas pela enfermeira supervisora.

Nota número 1, dia 23 de setembro de 2025: “realizada entrevista de avaliação diagnóstica e de relação de ajuda, inicialmente renitente por referir medo, mas após

diálogo aceitou a entrevista que foi realizada em gabinete; humor distímico, reservado, postura tensa, discurso coerente e hipofônico; com alguma dificuldade em colaborar, mas recetivo; apresenta alguma crítica para a doença, verbalizando atividade alucinatória do tipo auditiva e referindo que se isola no quarto quando as vozes são mais intensas; refere conseguir distinguir o que é real e o que não é; ao longo da entrevista com tensão latente, fâcias entristecido e diversas vezes cabeça baixa”.

Nota número 2, dia 27 de setembro de 2025: “realizada tentativa de aplicar escalas de avaliação, no entanto, renitente à abordagem tendo recusado colaborar; sugerido apenas escuta ativa por parte do mesmo enquanto era iniciado treino metacognitivo individual na psicose, que aceitou; tentativa de realizar uma relação terapêutica, introduzindo os módulos 1, 2 e 3; módulo 1, entregue questionário de história pessoal e desenvolvimento da relação para o utente preenchesse; módulo 2, realizou-se uma introdução ao treino metacognitivo com definição e objetivos; módulo 3, formulação de caso, em que foi apresentado exemplo recente onde o RP experienciou episódio de ansiedade, sentindo tremores, após receber chamada da ex-mulher para o informar que falou com advogado de modo a impedi-lo de ver as filhas”.

Nota número 3, dia 2 de outubro de 2025: “recetivo à abordagem, aplicado TMC+ que decorreu de forma colaborativa, tendo participado de forma espontânea e adequada; abordados dois módulos à escolha do RP: atribuição de culpas, ajudando-o a entender que as situações não acontecem apenas por sua culpa, mas devido a uma combinação de fatores incluindo as pessoas à sua volta e circunstâncias da vida, tentativa de realizar uma reconstrução cognitiva, através de uma análise lógica; mudar crenças, trabalhando a flexibilidade do pensamento, ajudando a pessoa a considerar diferentes informações antes de chegar a uma conclusão errada, o RP falou de situações desagradáveis, realizada tentativa de desmistificar essas ideias, explicando alternativas que podem ter ocorrido, no fim, agradece a intervenção. Por se encontrar mais colaborante e recetivo às intervenções, aceitou realizar escalas de avaliação”.

Nota número 4, dia 3 de outubro de 2025: “colaborante e recetivo, foi abordado um módulo, a autoestima, trabalhada a valorização pessoal, identificando as qualidades e capacidades, o RP verbaliza o problema da baixa autoestima que já o persegue há muitos anos, verbaliza sentimentos de desalento e ruína, foi realizada tentativa de fornecer estratégias psicoterapêuticas com o intuito de aumentar a sua autoestima e autoconfiança, reforçando o pensamento de que nós próprios podemos ser um pilar para nós; realizado exercício ao espelho, em que pode expressar-se com sentimentos positivos relativamente

a si; encontra-se mais disposto a partilhar pormenores da sua vida e a estabelecer diálogo terapêutico, no decorrer da conversa conta que tem 4 filhos de 2 relações, explica que a arma que tem em casa é uma arma de caça, está legal mas ele não é caçador”.

Nota número 5, dia 6 de outubro de 2025: “aplicado TMC+ de forma colaborativa, intervindo espontaneamente; abordados dois módulos à escolha: memória e excesso de confiança, salientando que a memória humana é falível, especialmente em momentos de maior angústia, o RP concorda e sente a sua memória cada vez pior, ainda falou com alegria das filhas e verbalizou saudades das mesmas, tendo abordado a personalidade de cada uma; depressão e pensamento: onde se evidencia que a depressão é causada por diversos fatores e que as distorções de pensamentos que a potenciam podem ser alteradas, demonstrando que os pensamentos, sentimentos e comportamentos se influenciam, o RP refere períodos de maior ruminação quando se sente mais deprimido e que a falta de vontade, o isolamento e o humor depressivo são um ciclo vicioso, por isso, foram ensinadas medidas para evitar o isolamento e foi incentivado a socializar mais, aos poucos e poucos; validados sentimentos no fim da sessão”.

Nota número 6, dia 10 de outubro de 2025: “demonstra-se preocupado com o fim dos módulos por ter sido informado que iria ter alta hoje, querendo terminar o treino; desse modo, foram aplicados os três módulos restantes: tomar decisões, onde se incentiva a pessoa a refletir antes de agir, considerando diferentes perspetivas e discutindo com alguém de confiança antes de tomar decisões importantes, o RP diz que teria vivido melhor se nunca tivesse deixado as drogas, foi realizado reforço positivo sobre atitude de deixar as drogas no passado, devendo manter-se nesse registo; empatizar, mostra que apesar dos gestos e expressões faciais serem formas importantes de comunicação, podem ser mal interpretados, destacando como o nosso estado emocional pode afetar a forma como vemos o mundo, o RP conta que por vezes desconfia das pessoas na rua devido aos olhares e expressões delas, feita tentativa de desmistificar esta ideia; viver com psicose e prevenção de recaídas, define-se o estigma salienta-se que o *stress* pode contribuir para a agudização da doença, com o alongar do discurso diz que não confia em ninguém apenas nos profissionais de saúde e que nunca revela o seu diagnóstico com medo de ser julgado; reforçadas medidas abordadas ao longo do treino para lidar com recaídas e aos poucos confiar em si próprio e nos outros; concluído o TMC+, agradece as intervenções e refere sentir-se melhor com as sessões”.

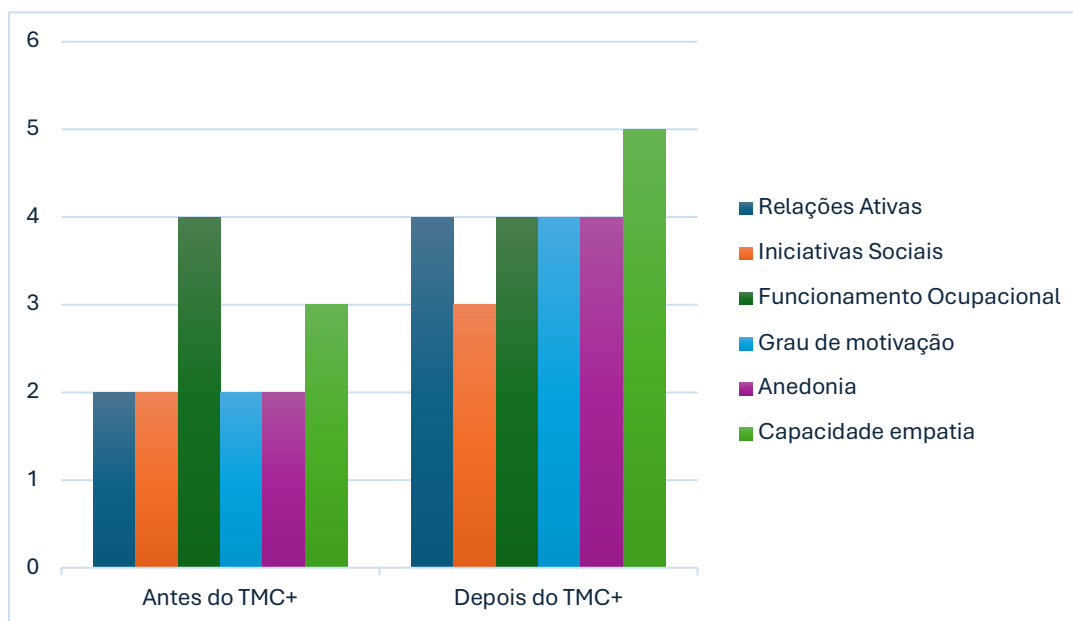
Nota de alta, dia 10 de outubro de 2025: “realizada entrevista de preparação para a alta clínica, demonstrou-se permeável ao diálogo e recetivo; foram abordadas temáticas

como: melhoria do estado psicoemocional, refere de facto uma melhoria significativa, mas ainda mantém alguma ansiedade em relação ao futuro; utilizar estratégias psicoterapêuticas, que lhe auxiliem na autorregulação e gestão emocional; determinar planos futuros, como regular o ciclo de sono; gestão e organização da medicação; articulação entre o internamento de psiquiatria e consultas externas; no fim, agradece a intervenção”.

As escalas utilizadas e já validadas para a população portuguesa foram a PSYRATS, onde se incluem as subescalas alucinações e delírios (Telles-Correia et al., 2017); a escala de BCIS (Pinho et al., 2021b); e a escala de QLS7PT (Pinho et al., 2018).

De um modo individual para o RP, o TMC+ teve resultados positivos com base nas escalas utilizadas antes e depois da aplicação do treino. Assim, iremos apresentar por gráficos os resultados obtidos através das mesmas.

Gráfico 1: Escala da Qualidade de Vida Abreviada QLS7PT

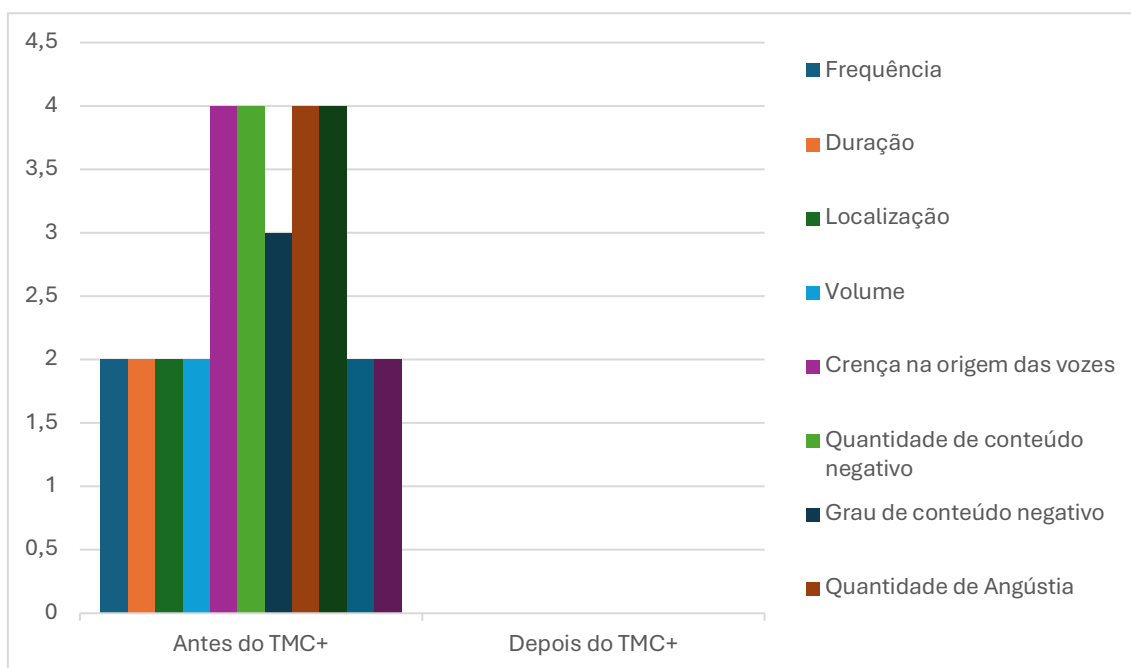


A análise evidencia melhorias globais na maioria dos domínios avaliados, sugerindo um impacto positivo da intervenção. Apenas o funcionamento ocupacional se manteve estável, indicando que já se encontrava relativamente adequado antes da intervenção e não sofreu alterações relevantes. Em relação à motivação, empatia, relações sociais e redução da anedonia, houve uma melhoria significativa na qualidade de vida. Deste modo, os resultados sugerem que o TMC+ pode contribuir para melhorias nas

dimensões sociais e emocionais do funcionamento, promovendo mais motivação e capacidade empática, fatores importantes para a recuperação e reintegração social.

Ao analisar o gráfico 1 verificamos que o RP apresenta melhores valores na escala da qualidade de vida após a aplicação do TMC+, garantindo um melhor potencial de recuperação.

Gráfico 2: PSYRATS Subescala Alucinações

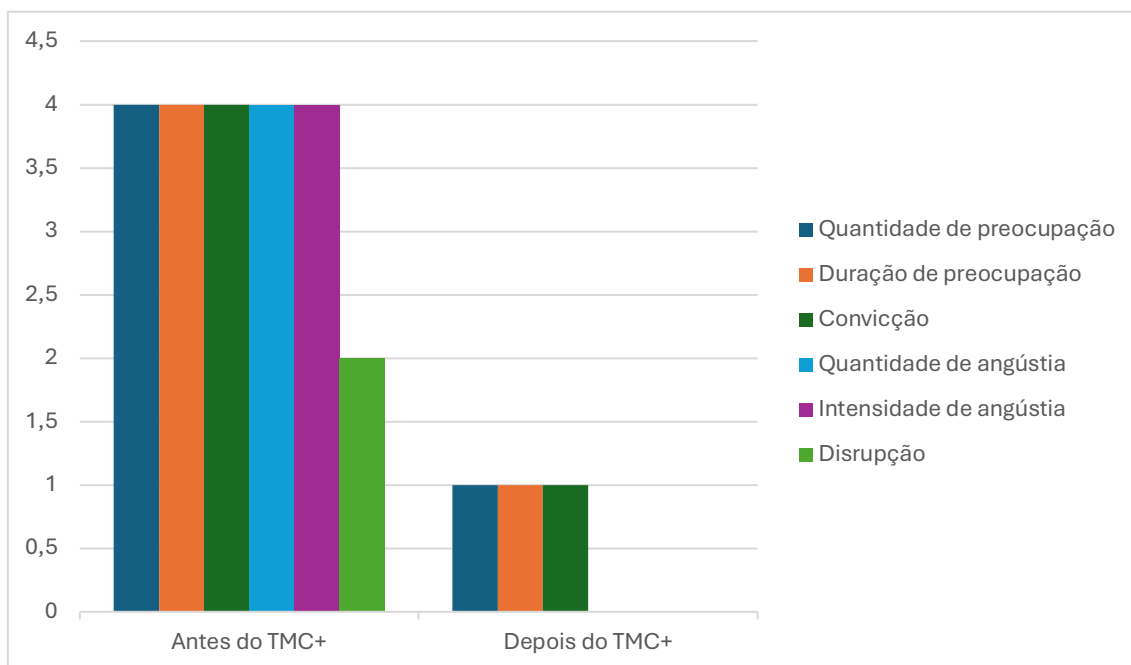


O gráfico 2 avalia diferentes dimensões da experiência alucinatória antes e depois da intervenção do TMC+. Antes da intervenção, observa-se a presença de alucinações auditivas com uma intensidade moderada em alguns dos indicadores. Por outro lado, algumas dimensões associadas ao significado atribuído às vozes e ao impacto emocional apresentam pontuações mais elevadas. A crença na origem das vozes, a quantidade de conteúdo negativo e a quantidade de angústia associada registam valores mais altos, sugerindo que o RP atribuía elevada credibilidade às vozes e experienciava conteúdo predominantemente negativo, acompanhado de sofrimento emocional, ainda, associado está o indicador que demonstra a presença relevante de conteúdo negativo nas alucinações.

Por outro lado, após a intervenção do TMC+, todos os indicadores estão no nível zero, o que indica a ausência de sintomas alucinatórios, sugerindo uma redução significativa e remissão das alucinações após a intervenção. O gráfico sugere que o treino poderá ter contribuído para esta redução na escala PSYRATS alucinações e diminuição

do impacto emocional, particularmente nas dimensões cognitivas e afetivas relacionadas com a intervenção das vozes.

Gráfico 3: PSYRATS Subescala Delírios

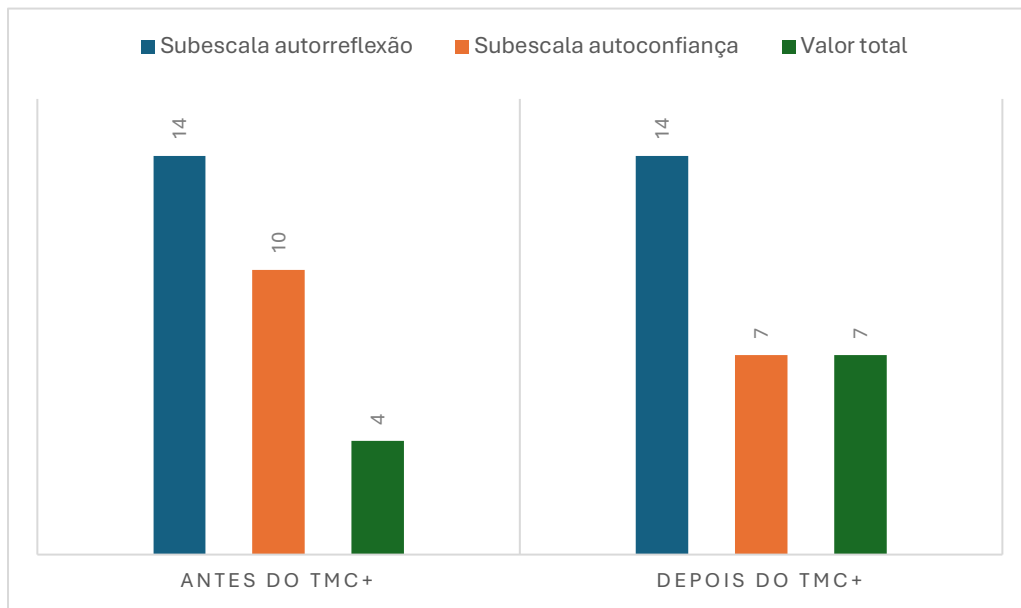


Analisando o gráfico 3 consegue-se perceber uma melhoria significativa de todos os parâmetros avaliados na escala. Antes da intervenção, podemos verificar que os pensamentos delirantes eram frequentes, persistente e fortemente credíveis pela pessoa, estando também associados a um nível significativo de sofrimento emocional.

No momento após a intervenção verifica-se uma redução significativa das pontuações, os domínios quantidade de preocupação, duração da preocupação e convicção apresentam valores muito baixos, enquanto os restantes passaram para o nível zero, indicando uma diminuição substancial da preocupação com as ideias delirantes e refletindo numa menor interferência dos pensamentos delirantes na vida quotidiana.

De uma forma geral, sugere uma possível melhoria nos processos metacognitivos, permitindo ao indivíduo questionar ou relativizar as suas interpretações, assim o TMC+ terá contribuído para uma melhor gestão das crenças delirantes e menor impacto no funcionamento psicológico.

Gráfico 4: Escala de BCIS, níveis da subescala autorreflexão e autoconfiança



Em relação à subescala autorreflexão, observa-se que não houve alterações neste domínio, isto sugere que o nível de capacidade de reflexão sobre os próprios pensamentos e crenças se manteve estável após a intervenção.

No que toca à subescala da autoconfiança verifica-se uma diminuição, o que geralmente é interpretado como um resultado positivo, pois indica menor rigidez nas crenças e menor tendência para ter excessiva confiança nas próprias interpretações.

De forma geral, o valor de *insight* aumentou, o que indica uma melhoria cognitiva após o TMC+ que teve um impacto positivo, sobretudo ao nível da autoconfiança, favorecendo uma postura mais crítica face aos próprios pensamentos.

3. CONTEXTO DE COMUNIDADE

O terceiro estágio realizou-se na Consulta Externa, em contexto de comunidade, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental num Hospital do Alentejo e teve a duração de 175 horas de contacto, com a orientação e supervisão de uma Enfermeira Especialista na área e detentora do curso do Treino Metacognitivo na Psicose e na Depressão.

O DPSM onde a consulta externa se integra, dispõe de diversas valências, como: o internamento de doentes agudos, os serviços domiciliários e a psiquiatria de ligação. Estruturalmente o serviço é constituído pelo Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de

Adultos e pela Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Todas elas asseguradas por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistente social, terapeuta ocupacional e técnicos auxiliares de saúde, que todos juntos trabalham em articulação para responder às necessidades complexas das pessoas com perturbações mentais.

O serviço organiza-se de acordo com valores orientadores como o respeito pela dignidade humana, a ética, a acessibilidade, a qualidade e a equidade dos cuidados, bem como o compromisso com a atualização científica e a melhoria contínua. Orienta-se ainda pelos princípios da equidade no acesso aos cuidados, da prestação de cuidados na comunidade e do respeito pelos direitos humanos, adotando uma perspetiva de recuperação, promoção da autonomia e integração social das pessoas em sofrimento psíquico e respetivas famílias.

Como finalidade do departamento, procura-se desenvolver ações de prevenção primária, secundária e terciária na área da Psiquiatria e Saúde Mental. A sua missão foca-se na promoção da saúde mental e no tratamento das perturbações psiquiátricas, quer em regime de ambulatório quem em contexto de internamento, procurando igualmente promover a reabilitação e a reinserção social, profissional e familiar das pessoas com doença mental (Ramalho, 2022).

A área assistencial do DPSM é extensa e engloba todo um distrito. A equipa comunitária assegura a continuidade de cuidados através de visitas domiciliárias, consultas multidisciplinares e gestão de crises. Esta intervenção estende-se à psicoeducação de pessoa em sofrimento psíquico e respetivas famílias, através de consultas presenciais e de forma descentralizada, ou seja, presencialmente nas diversas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, facilitando a proximidade local. Este acompanhamento é garantido por pequenas equipas de psiquiatra e enfermeiro especialista, sendo a articulação otimizada pelos enfermeiros de referência que agilizam o acesso aos serviços sem necessidade de deslocação ao hospital (Ramalho, 2022).

O trabalho promovido pela equipa é executado através de visitas domiciliárias ou institucionais, consultas multidisciplinares, contactos telefónicos com as pessoas e suas famílias e gestão de situações de crise numa perspetiva de *recovery*, procurando-se evitar o internamento agudo. Neste contexto, são desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas e de reabilitação psicossocial, adaptadas as necessidades individuais de cada pessoa. A consulta externa assume também um papel relevante na prevenção de recaídas, na deteção precoce de agravamentos clínicos e na articulação com outros

serviços de saúde. Segundo Teixeira (2024), uma relação estabelecida no contexto comunitário ou no domicílio favorece a criação de uma parceria eficaz entre o EEESMP, a pessoa e a família, este contexto constitui um espaço privilegiado de intervenção, pois permite compreender melhor a realidade da pessoa e identificar de forma mais clara as necessidades e problemas existentes.

3.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o tempo de estágio na consulta beneficiamos da oportunidade de participar em atividades e procedimentos que decorreram.

Nomeadamente, a reunião multidisciplinar, que constitui um espaço fundamental para a discussão e planeamento dos cuidados em saúde mental, permitindo a articulação entre diferentes profissionais envolvidos no acompanhamento. Habitualmente reúnem médicos psiquiatras, enfermeiros especialistas, assistentes sociais e outros técnicos relevantes para o caso, com o objetivo de partilhar informação clínica relevante, discutir a evolução dos casos e definir estratégias terapêuticas adequadas. Segundo Durand & Fleury (2021), neste contexto, a reunião multidisciplinar assume também um papel importante na coordenação dos cuidados e na comunicação entre os profissionais, permitindo o acompanhamento da evolução clínica, uma discussão sobre as dificuldades encontradas e, ainda, ajustar as intervenções sempre que necessário.

Outra atividade foi a entrevista de enfermagem, realizada com frequência, e que tem como objetivo “permitir ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular” (Mendes, 2016, p.1). Ao falarmos de entrevista clínica, “guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano (...), análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validade com o cliente” (Regulamento nº356/2015, 2015). Assim, a entrevista de enfermagem constitui uma ferramenta essencial na prática clínica, contribuindo para uma avaliação holística da pessoa e para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas adequadas, promovendo a recuperação, autonomia e bem-estar. Ainda segundo Townsend (2011), a comunicação terapêutica encoraja a exploração de sentimentos e fomenta o entendimento da motivação comportamental.

Outra atividade relevante neste contexto são as visitas domiciliárias, uma intervenção importante e regular por parte das equipas de psiquiatria das consultas

externas. Consiste numa intervenção realizada no domicílio da pessoa, por profissionais de saúde, como os enfermeiros, médicos psiquiatras, psicólogos ou assistentes sociais, com o objetivo de avaliar, acompanhar e intervir no processo terapêutico fora do contexto institucional. Quando falamos no papel da enfermagem nas visitas domiciliárias, estas tornam-se uma oportunidade privilegiada para desenvolver uma intervenção terapêutica centrada na pessoa. Assim sendo, são particularmente utilizadas para visitar todas as pessoas que apresentam: dificuldade em deslocar-se aos serviços; promoção da autonomia; baixa adesão ao tratamento; risco de descompensação ou recaída; necessidade de avaliação do contexto familiar e social; avaliar o estado mental da pessoa no seu ambiente; aproveitar, ainda, para monitorizar a adesão à medicação, dar apoio na gestão do quotidiano e autocuidados, e fazer pequenas sessões de psicoeducação (Decreto-Lei nº8/2010, 2010). Deste modo, estas estão alinhadas de forma a procurar aproximar os cuidados da vida real das pessoas, evitando reinternamentos desnecessários e promovendo a integração na comunidade. Segundo Ferreira & Ramos (2020) a visita domiciliária pode ser um recurso, no sentido em que “promove a acessibilidade e a aceitabilidade, podendo influenciar positivamente o envolvimento das pessoas e dos seus cuidadores no tratamento destas patologias” (p.2).

3.2. CASO CLÍNICO: PROCESSO DE CUIDADOS

3.2.1. HISTÓRIA BIOPSISSOCIAL E DE SAÚDE

3.2.1.1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: JG

Idade: 53 anos

Sexo: Masculino

Género: Masculino

Estado da relação: Solteiro

Religião: Católico não praticante

Atividade laboral/ocupação: Reformado

Habilitações Literárias: 12ºano

Agregado Familiar: Companheira

3.2.1.2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

O JG é atualmente acompanhado pelo serviço de consultas externas de psiquiatria do DPSM, neste caso no Centro de Saúde da localidade onde reside e deslocando-se de 4 em 4 semanas ao mesmo para administração de injetável paliperidona 150mg (xeplion) que já realiza há aproximadamente três anos.

Atualmente vígil e orientado nas três dimensões, autónomo nas atividades de vida diárias e colaborante nos cuidados, embora apresente alguma lentificação motora.

Quanto à mobilidade, no último ano, tanto o JG, como a companheira e até mesmo a enfermeira, confirmam que a mesma tem vindo a diminuir, sendo de referir uma lentificação que poderá estar associada à medicação atual. O próprio conta que é mais difícil realizar certas atividades minuciosas, como “tenho dificuldade em abotoar o botão das camisas” sic, a mulher acaba por ajudar nestas pequenas tarefas. A companheira acrescenta que “coisas de casa, que os homens sabem fazer, arranjar coisas, ele já não consegue fazer nada disso, mas ajuda-me a levantar e pôr a mesa ou a fazer a cama todos os dias” sic, o JG confirma.

3.2.1.3. HISTÓRIA CLÍNICA

O diagnóstico atual é doença bipolar tipo I, sendo seguido pelo DPSM desde 2017, por um quadro de características depressivas e psicóticas. No entanto, é conhecido um episódio anterior em 2014 por sintomatologia depressiva, após a morte dos pais (segundo é descrito em diário médico).

Como antecedentes pessoais conhecidos apresenta dislipidemia e hipertensão arterial. Nega alergias conhecidas.

Como antecedentes familiares descritos, refere que tanto a mãe, quando era viva, como o irmão tinham episódios de depressões e, ainda, segundo foi possível apurar por outros meios, há referência ao suicídio de uma irmã, esta questão nunca foi mencionada pelo JG durante as sessões e o assunto também não foi abordado.

Segundo a enfermeira supervisora e também enfermeira de referência, o mesmo teve no passado episódios psicóticos associados a uma descompensação da sua doença, apresentando sintomas como alucinações auditivas e delírios persecutórios. A mesma conta episódios em que o JG saía de casa, acabando a relação com a companheira, e isolava-se num monte (casa de família que possui, mas sem condições), passando dias sem luz nem água e recusando ajuda ou regressar a casa. A companheira confirma a

situação, acrescentado que “passei uma altura muito má até compreender que tudo o que estava a acontecer era devido à doença dele” sic. Quando abordado o JG e questionado sobre esta situação e este período da sua vida, refere ter poucas memórias da altura e não consegue acrescentar mais nada.

Segundo foi apurado, teve dois internamentos no serviço de psiquiatria agudos: o primeiro em 2018, no contexto de ideação delirante de conteúdo de prejuízo e persecutório, com ideação heteroagressiva; e o último em dezembro de 2022.

Neste último, e pelo que foi lido em diários clínicos, o mesmo foi levado ao SU pela GNR após mandato de condução, devido à observação clínica realizada pouco tempo antes em consulta e por informação obtida através da companheira e do irmão que expuseram a situação. Deste modo, após ter abandonado a terapêutica, iniciou um quadro caracterizado por irritabilidade e novamente ideação delirante de conteúdo persecutório e de prejuízo. Ao longo do internamento apresentou humor muito oscilante, sem crítica para a situação. Ainda, durante o internamento, reforça o fim da relação com a companheira e manifesta a vontade de viver na casa de família, afastado do contacto social e sem condições. Teve alta do internamento a 12/01/2023, apresentando humor eutímico (segundo diário médico), mas mantendo estado de falta de crítica.

3.2.1.4. MEDICAÇÃO ATUAL

Atualmente encontra-se medicado com fenofibrato 145mg, rosuvastatina + ezetimiba 10mg, ácido valproico 300mg, e como já foi dito anteriormente o injetável paliperidona 150mg.

3.2.1.5. USO DE ÁLCOOL OU SUBSTÂNCIAS

Não apresenta consumos de álcool ou substâncias, que sejam considerados problemáticos. Apenas ingere ocasionalmente um copo de vinho as refeições.

3.2.1.6. FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL/EDUCACIONAL E MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO

O JG atualmente vive com a companheira numa casa social que lhes foi disponibilizada há vários anos, sendo ela a principal cuidadora e pessoa de referência. A companheira tem 50 anos, também se encontra reformada e acompanha sempre o JG ao Centro de Saúde e qualquer outro lado. Segundo ambos, têm uma relação afetiva estável,

marcada pela tranquilidade, referem uma boa comunicação, respeito mútuo e ausência de conflitos. Recentemente a companheira sofreu um episódio de depressão, sentindo-se mais exausta, no entanto, já se encontra medicada e é atualmente acompanhada por médico psiquiatra.

Conta ter um irmão, mas não dá continuidade ao discurso quando é abordada a sua família. Contudo demonstra agrado em falar ou ouvir falar da família, nomeadamente os filhos e netos, da sua companheira (de outra relação prévia).

Sobre a sua atividade educacional conta ter completado o 12º ano, tendo terminado por aí os estudos e começou posteriormente a trabalhar.

Atualmente está reformado, há cerca de um ano, período que coincide com a maior lentificação motora que vem demonstrando. Previamente trabalhava em zona florestal, no corte de lenha e cortiça, local onde trabalhou por muitos anos e por esse motivo referindo ter muito jeito para o que fazia, no entanto, “a medicação deixa-me mais preso e não consigo trabalhar” refere.

Foram questionadas atividades de lazer, hobbies no tempo livre, ao que o JG respondeu que prefere ficar por casa, a apreciar o conforto do lar, e acompanhar diariamente as telenovelas. Sobre atividades sociais, diz gostar de ir com a companheira beber o café perto de casa, mas de modo geral evita muito contacto social.

Foi proposto começar atividades em casa como palavras cruzadas para estimulação cognitiva ajudando na memória, concentração e raciocínio; foi também proposto que fosse todos os dias caminhar por meia hora, para estimulação motora; e, ainda, sugerido que ambos, JG e companheira, se inscrevessem na Universidade Sénior para dessa forma terem mais convívio com outras pessoas, sendo um estímulo para sair de casa e melhorar tanto a parte cognitiva como motora. Sugestão esta que seguiram e referem ter gostado, havendo várias atividades que poderiam frequentar.

É possível verificar no apêndice 6 Ecomapa JG, em anexo, que o mesmo apresenta uma relação interrompida com o trabalho por se encontrar atualmente reformado, no entanto, referindo gostar da atividade que desempenhava. Como vínculos menciona os hobbies ou atividades que mais gosta de exercer, e que lhe ocupam a maior parte do tempo, sendo estabelecido um vínculo forte. Ainda, como vínculo muito forte e relação onde existe oferta mútua, menciona principalmente a companheira como a mais importante da sua vida, por ser a pessoa com quem vive e mais atenção e cuidado lhe presta.

3.3. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

O JG tem 53 anos com idade aparente não congruente com idade real, parecendo ligeiramente mais velho, apresenta peso acima do parâmetro normal e aparentemente bem nutrido. Ao longo do tempo manteve um estado vígil e orientado nas três dimensões, apresentando orientação autopsíquica e alopsíquica.

No decorrer das entrevistas que se prolongaram por várias semanas, apresentava a roupa limpa e aparentemente com higiene pessoal cuidada e realizada diariamente, mantendo a integridade cutânea. Sem deformidades físicas visíveis e sem alteração das pupilas.

Durante as entrevistas sem dificuldade no contacto visual, mantendo essencialmente uma expressão facial expressiva com variação emocional, fazendo-se notar expressões de contentamento e pequenos sorrisos. Adotou uma postura de abertura ao longo do tempo, sem colocar entraves nas questões colocadas e mostrando-se colaborante em responder, fazendo-se, ainda assim, notar uma postura de maior confiança com o passar do tempo. Manteve uma atividade psicomotora adequada, apesar da lentificação motora, para a situação e de acordo com o padrão atual e habitual da pessoa e o esperado para o contexto.

No entanto, em relação ao discurso, demonstra-se pouco comunicativo respondendo essencialmente sim ou não, ou seja, monossilábico, e apresentando um conteúdo pobre e taciturno, de poucas palavras e mantendo um tom baixo. As várias entrevistas foram possíveis com a colaboração da companheira, que respondia e comentava aspetos sobre os módulos, revelando pormenores e respondendo às questões, enquanto o JG apenas confirmava ou negava.

No que toca à atenção, manteve-se focado nas questões que lhe eram colocadas e no TMC+, participando sempre nos exercícios propostos e com atenção captável. Ao nível da tenacidade, mostrou-se atento aos módulos e às questões. Quanto à concentração foi capaz de manter uma atenção voluntária para a situação ao longo de todo o tempo necessário, sendo assim possível realizar dois módulos por dia.

Apresenta memória remota mantida, é capaz de reter e contar episódios e informações do passado da sua vida, exceto quando se trata dos episódios psicóticos que sofreu no passado demonstrado amnésia lacunar. Em relação à memória recente, o JG consegue contar as conversas e acontecimentos que antecederam ao momento e ao dia da entrevista, quando questionado sobre quais os módulos falados em semanas anteriores

para recapitular conseguiu sempre dizer o nome dos mesmos. Quanto à memória imediata, foi também questionado se sentia lacunas ou apresentava frequentemente esquecimentos, ao qual respondeu que não, pelo que não foram apuradas alterações, acrescenta a companheira do JG que o mesmo “consegue lembrar-me muito bem das coisas atualmente, ele é que me relembrar sempre do que temos para fazer” sic.

Apresenta um pensamento lógico e coerente, conseguindo seguir uma sequência de ideias, foi possível confirmar esse facto através da aplicação do TMC+, onde apresentava a capacidade de seguir a informação dada e a capacidade de realizar exercícios cognitivos seguindo a lógica dos mesmos. Atualmente sem alterações quanto ao curso ou conteúdo dos pensamentos. No passado com alterações a nível do conteúdo, apresentando delírios persecutórios e de prejuízo (segundo foi lido em nota). Não foram apuradas alterações da sensopercepção ao longo do tempo.

O JG apresenta um afeto sincrónico, ou seja, em sintonia com o conteúdo do pensamento, sendo possível verificar risos e expressões faciais que demonstravam o seu estado de tranquilidade. Em relação ao humor, verifica-se um humor eutímico, sendo visível o fâcies tímido, mas com sorrisos. Todas as semanas ao ser questionado sobre problemas ou dificuldades do dia a dia com que lidava, nunca apresentou uma queixa demonstrando-se sempre disponível e bem-disposto com a companheira e profissionais de saúde.

Sobre outros aspetos como comer e beber estes não têm alterações, mantendo um padrão habitual. Assim como a eliminação vesical e intestinal, que também se encontra dentro do padrão habitual e sem intercorrências e relatar.

Quanto à sexualidade a mesma foi abordada, pelo próprio JG e companheira, que expressaram sentimentos de desilusão momentânea pelo facto de a atividade sexual entre ambos ter terminado, no entanto, demonstram-se recetivos para compreender a situação e percebem as possíveis consequências da doença e da medicação que o JG cumpre atualmente, provocando alterações na libido. Tendo sido acompanhado em psiquiatria de ligação pela sexologia entre 2019 e 2021.

Em relação ao sono o JG apresenta queixas de insónias inicial, ou seja, apresentando dificuldade em adormecer e demorando inclusive horas, foi questionado sobre o sono ao longo da noite, referindo que após adormecer consegue descansar o resto da noite. Foi aconselhado que relatasse a sua queixa ao médico psiquiatra para melhor aconselhamento em relação à terapêutica.

Por fim, foi possível verificar sobre o juízo crítico que demonstra comprometimento refletido na ausência de *insight* para a doença, tem capacidade de aceitar a necessidade de tratamento, no entanto, apresenta dificuldade em reconhecer a sua situação atual de saúde, assim como as suas consequências e influência na vida pessoal e familiar. Sobre as suas capacidades e dificuldade apresenta alguma consciência da situação, mas ainda assim, com baixo grau de *insight*. Esta limitação no juízo crítico pode comprometer a adesão terapêutica e constitui um desafio na relação terapêutica, exigindo estratégias psicoeducativas e uma intervenção empática.

3.4. PLANO DE CUIDADOS

Conforme o apêndice 7, plano de cuidados JG, este foi executado durante as sessões, priorizando uma relação terapêutica de confiança, com base na empatia, escuta ativa e confiança. A intervenção decorreu num ambiente seguro, com comunicação clara e suporte emocional contínuo, envolvendo a companheira na rede de apoio. Focou-se na psicoeducação sobre cognição e padrões de pensamento na psicose. Ao trabalhar experiências reais, promoveu-se a literacia em saúde mental, o *insight* e regulação emocional. Em quadros de doença mental grave, como a doença bipolar, é importante a aplicação do plano de cuidados de modo a otimizar a funcionalidade da pessoa e manter a adesão ao tratamento. Neste caso específico e encontrando-se o JG numa fase estável da doença, o plano foca-se apenas em dois focos centrais, como pode ser observado em apêndice.

Segundo Neto (2023), “a relação terapêutica é entre os ingredientes da psicoterapia, aquele cujo impacto no resultado é mais evidente” (p.99), tornando-se um aliado na implementação do plano de cuidados particularmente na área da saúde mental. A qualidade desta relação influencia diretamente a adesão às intervenções propostas.

A construção do plano de cuidados com base numa relação terapêutica adequada permite respeitar os princípios da individualização, autonomia e recuperação, particularmente relevantes na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Assim sendo deve ser entendido como um processo dinâmico e colaborativo, no qual a pessoa participa ativamente, sendo promovido pela relação terapêutica.

Desse modo, “o estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas,

é negociado com o cliente e utiliza diagnósticos e sistemas de classificação internacional” (Regulamento nº 356/2015, 2015, p.17034).

3.5. TREINO METACOGNITIVO INDIVIDUAL NA PSICOSE: RESULTADOS JG

Conceber a psicopatologia como alvo de tratamento, ao ser “entendida como um paradigma de desenvolvimento, os psicoterapeutas (...) proporcionam experiências para a aquisição de conhecimentos e aptidões”, torna-se ainda importante nesta fase compreender que a “psicoterapia também implica colaboração, estando (...) próxima de um processo desenvolvimental” (p.42). Ao ser aplicada em perturbações de componente biológica, como a esquizofrenia, a psicoterapia não tem como objetivo a cura da doença, mas sim a promoção de um melhor ajustamento interpessoal e funcional, bem como a adaptação à perturbação e a gestão de fatores de *stress*, contribuindo para a redução de recaídas (Neto, 2023).

A psicoterapia “é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas e o cliente” (Regulamento nº 356/2015, 2015, p.17039). Através desta interação, o profissional de saúde utiliza diferentes abordagens e técnicas psicoterapêuticas com o objetivo de promover o autoconhecimento, a reestruturação de padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais, bem como o desenvolvimento de estratégias mais adaptativas de enfrentamento das dificuldades. Deste modo, a psicoterapia visa facilitar mudanças significativas no funcionamento psicológico do indivíduo, contribuindo para a melhoria do bem-estar, da autonomia e da qualidade de vida.

Deste modo, importa saber que “a psicoeducação emergiu como uma abordagem terapêutica promissora (...), visando não apenas o controle dos sintomas agudos, mas também a prevenção de recaídas e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes” (Tavira et al., 2024, p.3). Ainda, de acordo com Regulamento nº356/2015 (2015), “a psicoeducação é uma forma específica de educação, destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse (...), uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos” (p. 17039). Adicionalmente, a psicoeducação familiar tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e da emoção expressa dos familiares de pessoas com doença mental, particularmente no contexto das perturbações psicóticas (Pinho, 2020, p. 216).

Posto isto, numa fase inicial do estágio, foi discutido com a enfermeira supervisora o objetivo de aplicar o treino metacognitivo individual na psicose, para o desenvolvimento de competências do EEESMP. Deste modo, com o apoio e ajuda da mesma foi selecionada uma pessoa adequada.

Previamente à avaliação diagnóstica, esclareceram-se os objetivos da intervenção psicoterapêutica a ser aplicada. Após confirmar a compreensão do JG, e neste caso da sua companheira, que esteve envolvida em todo o processo, e obter o consentimento verbal de ambos, procedeu-se às entrevistas e à implementação dos módulos do TMC+ e aplicação das devidas escalas.

Em concordância com a enfermeira supervisora, com o JG e companheira, foi traçado um plano temporal com a duração de cinco sessões para a aplicação do TMC+.

Ao longo das entrevistas e após os vários relatos por parte do mesmo, percebemos como as intervenções diferenciadas do EEESMP podem fazer a diferença no dia a dia das pessoas, desta forma é disponibilizado no apêndice 5 os planos dos onze módulos que descrevem as atividades realizadas durante o estágio, de forma a desenvolver as competências enquanto futura EEESMP e, também breve descrição da aplicação do TMC+.

Antes de cada sessão foi discutido de uma forma breve o módulo anterior e abordado o trabalho de casa. Tendo em conta o que foi dito anteriormente, foi possível cumprir o esquema previsto das cinco sessões e desse modo, foram aplicados dois módulos em cada sessão e três módulos no primeiro dia. Ambos demonstraram-se sempre disponíveis e com capacidades de aprendizagem, demonstrando grande vontade em aprender mais.

Em relação aos trabalhos de casa dos módulos, os respetivos foram entregues, no entanto, o JG refere não ter capacidade para os realizar e no final de todas as sessões realizou apenas três fichas da totalidade. Tanto a JG como a companheira referiram que “não percebemos bem o que é para fazer, alguns exercícios são muito confusos” sic, apesar da explicação que é previamente realizada, foi validada a informação e agradecido o esforço de tentar.

O envolvimento da família, neste caso da companheira, foi uma mais valia para a implementação do projeto e a aquisição de competências enquanto EEESMP.

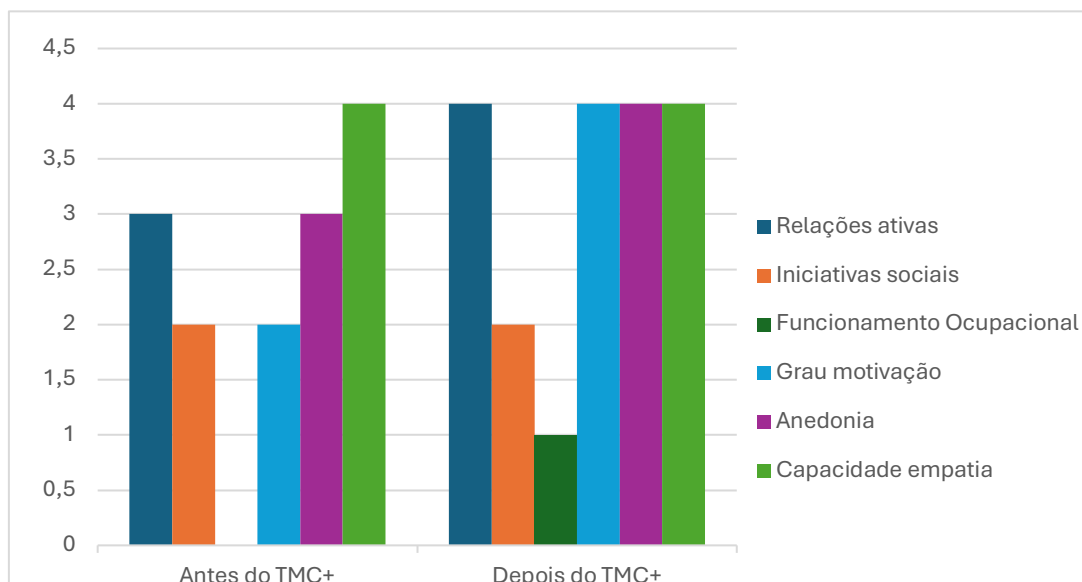
A participação dos familiares em programas de psicoeducação tem revelado efeitos positivos na adesão ao tratamento e na melhoria dos resultados terapêuticos em pessoas com doença bipolar. Diversos estudos demonstram que os familiares destas

As pessoas frequentemente experienciam níveis elevados de *stress* e sobrecarga, estando este *stress* associado a repercussões na saúde física dos cuidadores. Neste sentido, a psicoeducação assume um papel relevante enquanto intervenção terapêutica, uma vez que favorece uma melhor compreensão da doença por parte do doente e da família, contribuindo para a diminuição do *stress* e para uma gestão mais eficaz da doença. Adicionalmente, a evidência científica sugere que os programas psicoeducacionais podem diminuir o risco de recaídas, particularmente episódios de mania e hipomania, reforçando a sua importância como complemento no tratamento da doença bipolar (Figueiredo, 2009).

As escalas foram aplicadas antes de dar início ao TMC+ e novamente no fim dos módulos. As escalas utilizadas e já validadas para a população portuguesa foram: a escala de BCIS (Pinho et al., 2021b); a escala de QLS7PT (Pinho et al., 2018); e o questionário MCQ-30 (Dinis et al., 2011).

Dito isto, seguimos para a análise dos gráficos que complementam a nossa avaliação em relação à eficácia do TMC+, importante ter em conta que falamos de uma pessoa numa fase estável da doença bipolar, sem sintomas psicóticos como as alucinações ou delírios em fase ativa, pelo que não foi aplicada a escala PSYRATS.

Gráfico 5: Escala da Qualidade de Vida Abreviada QLS7PT

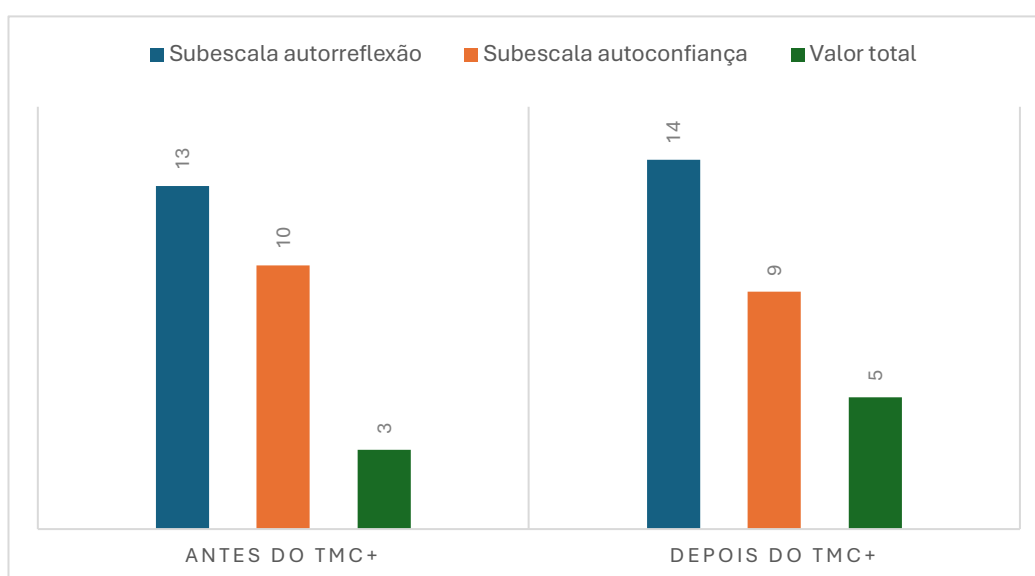


O gráfico 5 demonstra a avaliação e comparação entre seis dimensões relacionadas com o funcionamento social e motivacional. De uma forma geral, existiram melhorias nas relações ativas, motivação e anedonia; já a empatia manteve-se estável; o

mesmo acontece com a iniciativa social que não se alterou; sobre o funcionamento ocupacional houve uma ligeira melhoria, tendo em conta que o JG começou no final das sessões a frequentar a universidade sénior, ocupando assim mais o seu tempo.

O TMC+ parece ter tido um impacto positivo em aspetos emocionais e motivacionais, mas não se refletiu igualmente em outras dimensões já mencionadas, sugerindo, desse modo, que estas áreas podem necessitar de intervenções adicionais ou mais tempo para melhoria.

Gráfico 6: Escala de BCIS, níveis da subescala autorreflexão e autoconfiança



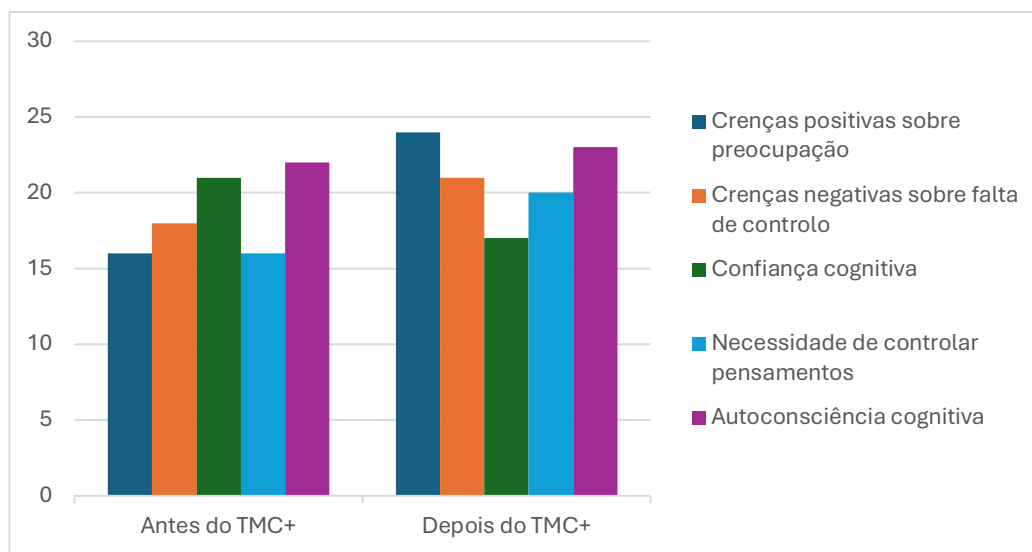
A análise do gráfico, ao nível da autorreflexão, demonstra um ligeiro aumento, o que sugere uma maior capacidade para questionar as suas próprias crenças, pensamentos e interpretações. Este resultado indica uma melhoria no processo de reflexão sobre o próprio funcionamento cognitivo.

Ao nível da autoconfiança, houve uma ligeira redução após a intervenção, o que pode indicar um menor excesso de confiança nas próprias interpretações, o que é considerado um resultado positivo.

Em relação ao valor total de *insight*, observa-se um aumento refletindo uma melhoria global após a intervenção. De forma geral, os resultados podem indicar que a pessoa passou a demonstrar maior capacidade de refletir criticamente sobre os seus próprios pensamentos, sem aumento da rigidez nas suas crenças. Assim, como aumento de *insight*, poderá ocorrer uma maior consciência da doença e melhor adesão ao tratamento.

A limitada capacidade de *insight* e a reduzida percepção da própria doença aumentam a probabilidade de estas pessoas não aderirem ou abandonarem o tratamento, seja ele de natureza farmacológica ou psicoterapêutica. A interrupção do acompanhamento terapêutico pode potenciar a ocorrência de recaídas repetidas, as quais têm consequências negativas em diferentes áreas da vida das pessoas, contribuindo para uma maior dependência e para a diminuição do seu nível de funcionamento.

Gráfico 7: Questionário MCQ-30



Realizando uma análise de cada domínio, no que toca às crenças positivas sobre a preocupação observa-se um aumento significativo, isto sugere que a pessoa passou a acreditar mais que a preocupação pode ter utilidade, por exemplo, ajudar a preparar-se para problemas ou evitar erros. As crenças negativas sobre a falta de controlo, com um ligeiro aumento, indicam uma maior percepção de que a preocupação pode ser difícil de controlar ou potencialmente prejudicial. Sobre a confiança cognitiva, ocorreu uma diminuição, o que pode refletir menor confiança na própria memória, atenção ou processos cognitivos. Quanto à necessidade de controlar pensamentos e à autoconsciência cognitiva houve um aumento, sugerindo uma maior capacidade para reprimir pensamentos indesejados e uma maior capacidade no processo de pensamento.

Assim, após o TMC+ faz-se notar um padrão que pode indicar maior consciência metacognitiva, mas também persistência de crenças disfuncionais associadas à preocupação.

PARTE III – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO

A área da saúde é dos setores que mais depende de recursos humanos qualificados, não apenas de conhecimento, mas de competências e ferramentas que lhes permitam responsabilidades acrescidas, assumir processos de decisão complexos e, ainda, assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde. No que respeita aos cuidados de enfermagem, reconhece-se que a educação, a qualificação e as condições em que praticam a sua atividade, estão relacionadas com a qualidade e segurança dos cuidados. “Estes profissionais, em número suficiente, com os conhecimentos e capacidades adequadas e a operar no ambiente de trabalho correto, são decisivos (...) para uma melhoria” (Lopes et al., 2018, p.7-8).

1. PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Os padrões de qualidade dos cuidados desempenham um papel crucial, assegurando que a prestação de cuidados se baseia em evidências científicas e práticas seguras, minimizando os riscos para as pessoas. Desta forma, constituem uma referência uniforme para a prática profissional, orientando a formação dos enfermeiros com excelência, ética e confiança (Ribeiro et al., 2024).

A missão dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde mental, diz-nos que esta se foca “na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos (...), na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção (...), geradores de sofrimento (...), no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental” (Regulamento nº356/2015, 2015, p.17035).

Segundo o Regulamento nº356/2015, “o enfermeiro especialista em saúde mental presta cuidados centrados no cliente ao longo do ciclo vital, em contextos profissionais, no internamento e na comunidade”, ainda “considera a pessoa como ser único inserido numa família e no seu ambiente comunitário, respeitando a sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida”, acrescentar que os “cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando a atingir a sua máxima capacidade funcional” (Regulamento nº356/2015, 2015, p.17035).

O nosso compromisso com os padrões de qualidade reflete-se na forma como atuamos no internamento, na comunidade e na articulação com a família, promovendo a

inclusão das pessoas, sensibilizando a sociedade para o combate ao estigma da doença mental e encaminhando as pessoas a programas de ocupação e inserção social.

O EEESMP “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”, é de acrescentar que a “prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight*” (Regulamento nº356/2015, 2015, p.17034).

A construção de uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia e respeito é um dos pilares dos padrões de qualidade, importante criar um espaço seguro para que as pessoas possam expressar as suas experiências e emoções. Implementar planos de intervenção que promovam o processo de recuperação e identifiquem sinais precoces de descompensação.

Faz parte dos padrões de qualidade e são elementos importantes para a satisfação das pessoas, “o respeito pelas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos”, “o estabelecimento de relação de confiança e de parceria com o cliente”, “abordagens construtivas na gestão das diferenças manifestadas pelos clientes”, “a promoção da melhoria das estruturas organizacionais” e a “avaliação da satisfação dos clientes relativamente aos cuidados especializados” (Regulamento nº356/2015, 2015, p.17035).

A reabilitação psicossocial destaca uma abordagem que visa promover a recuperação e reintegração da pessoa com perturbação de saúde mental na comunidade. O processo centra-se na valorização das capacidades e potencialidades da pessoa, fomentando a sua autonomia e qualidade de vida, onde a intervenção dos enfermeiros especialistas passa por apoiar o desenvolvimento de competências sociais, pessoais e ocupacionais, em parceria com a pessoa, família e a comunidade (Regulamento nº356/2015, 2015). A reabilitação psicossocial é um elemento-chave para ajudar as pessoas com psicose a recuperar a sua funcionalidade e a reintegrarem-se na sociedade. Na prática podemos apoiar o desenvolvimento de competências sociais e ocupacionais e ajudar a criar oportunidades de inclusão.

A implementação dos padrões de qualidade em enfermagem de saúde mental fornece a base necessária para intervenções psicossociais estruturadas, como o TMC+. A relação terapêutica baseada em confiança, empatia e parceria, destacada no Regulamento nº356/2015, permite ao enfermeiro especialista promover o *insight*, adesão ao tratamento e autonomia, aumentando a eficácia destas intervenções e favorecendo a recuperação e

reintegração social de pessoas com perturbações mentais graves (Moritz et al., 2017; Ribeiro et al., 2024).

“Estes padrões estabelecem uma base sólida para a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados no cliente, como também promovem uma cultura de excelência contínua na profissão de enfermagem” (Ribeiro et al., 2024, p.14). A adoção dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde mental permite-nos prestar cuidados mais estruturados, eficazes e humanizados, garantindo que os jovens com psicose recebem o suporte necessário para alcançar a recuperação e a reintegração social, colaborando com uma equipa multidisciplinar para oferecer um cuidado centrado na pessoa.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estabelece o conjunto de competências que devem ser partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, e procura adequar a regulamentação existente às exigências atuais da prática de enfermagem, cada vez mais complexa, diferenciada e baseada em evidência científica.

Segundo o mesmo regulamento, o domínio das competências assenta em quatro domínios, nomeadamente: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019, 2019). Estes domínios refletem a necessidade de uma prática especializada que integre conhecimentos científicos avançados, capacidade de liderança, reflexão crítica e compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados.

Neste sentido, foram ainda estabelecidas competências comuns que o enfermeiro especialista deve apresentar, são elas: “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, “garante um ambiente terapêutico e seguro”, “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia

da qualidade dos cuidados”, “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4745).

Trabalhar com pessoas que vivem com psicose exige mais do que conhecimento técnico, exige empatia, escuta ativa e a capacidade de criar um ambiente seguro onde se sintam compreendidas e respeitadas. O nosso papel como enfermeiros especialistas é garantir que o cuidado seja baseado em princípios éticos, científicos e centrados na pessoa, promovendo a autonomia e a qualidade de vida destes jovens. Promovendo um trabalho de equipa eficaz, garantindo que todos os profissionais envolvidos na saúde das pessoas atuem de forma integrada, avaliando de forma constante a eficácia das intervenções e adaptando estratégias conforme as necessidades de cada pessoa.

Na nossa prática clínica consideramos fundamental estabelecer relações de parceria baseadas na confiança, respeito e empatia, de forma a implementar cuidados individualizados e que vão de encontro as verdadeiras necessidades da pessoa.

Ao analisarmos individualmente cada competência, no que concerne ao desenvolvimento da competência A1 “desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (p.4745), cada serviço por onde tivemos a oportunidade de passar, tem características de funcionamento e atuação diferentes, o que torna a nossa experiência mais completa. A tomada de decisão foi sempre norteada com base na evidência científica, na experiência profissional e no conhecimento, analisando sempre os resultados à luz dos princípios éticos e deontológicos que norteiam a prática profissional da enfermagem, como é dito no regulamento “suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência” (p.4746) (Regulamento nº140/2019, 2019).

Quando falamos da competência A2 “garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.4745), falamos numa atuação que tem por base a proteção dos direitos humanos. Ao trabalharmos com equipas multidisciplinares que ao longo dos vários estágios sempre adotaram uma atitude colaborativa e ativa nas discussões com vista a segurança, dignidade e privacidade, e desse modo torna-se possível confirmar que a relação de proximidade, é sem dúvida a chave para o estabelecimento de objetivos terapêuticos conjuntos. Um exemplo disso, são as reuniões multidisciplinares às quais tivemos oportunidade de assistir ao longo do

percurso nos locais de estágio, onde é promovida uma troca de conhecimentos entre os vários profissionais presentes (Regulamento nº140/2019, 2019).

No que concerne à competência B1 “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4745), onde é destacado o papel do enfermeiro especialista na promoção da qualidade e na melhoria contínua dos cuidados de saúde. Esta competência evidencia a importância do enfermeiro especialista participar ativamente no desenvolvimento, implementação e dinamização de iniciativas institucionais relacionadas com a prática clínica. Ao longo dos estágios houve a oportunidade de participar em várias atividades como, por exemplo, o passeio terapêutico no internamento de doentes agudos, sendo que este tipo de atividades visam o treino de competências psicossociais, sendo da sua responsabilidade ir ao café, realizar o pagamento dos seus consumos e fazer a gestão do seu dinheiro e compras, visando assim a sua autonomia. Em contexto de cuidados de respostas diferenciadas, ocorreu também a oportunidade de participar em vários projetos institucionais, como por exemplo, o *X Cape Day*, mencionado anteriormente, uma iniciativa promovida pelo CRI tendo como foco a prevenção do *burnout* em profissionais, promovendo competências protetoras contra o *stress*; e ainda uma atividade de prevenção dirigida a alunos do ensino secundário, tendo como objetivo principal a promoção de comportamentos saudáveis e o aumento da consciência dos riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas.

Para o desenvolvimento da competência B2 “desenvolve práticas de qualidades, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (p.4745), evidenciando a responsabilidade do enfermeiro especialista na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº140/2019, 2019). Esta competência implica a capacidade de avaliar as práticas clínicas, identificar oportunidades de melhoria e participar na implementação de estratégias que promovam cuidados mais seguros. De forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, implementamos em dois dos três contextos de estágio, o treino metacognitivo e colocamos em prática o processo de enfermagem englobando todas as suas fases. A aplicação de intervenções psicoterapêuticas implica a avaliação das necessidades das pessoas, deste modo, o EEESMP contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados, participando em processos de inovação e de desenvolvimento.

No que diz respeito à competência B3 “garante um ambiente terapêutico e seguro” (p.4745), referindo-se à responsabilidade do enfermeiro especialista em promover

condições que assegurem a segurança, o bem-estar e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº140/2019, 2019). Esta competência implica a criação de um ambiente físico, psicológico e relacional que favoreça o processo terapêutico, prevenindo riscos e garantindo a dignidade, privacidade e segurança das pessoas. No que toca ao contexto de internamento, e enquanto enfermeiros generalistas não tínhamos a perceção das várias diferenças existentes entre um serviço de medicina e um serviço de psiquiatria, como por exemplo, o funcionamento diferente daquele a que estávamos habituados, sendo o segundo um espaço desprovido de qualquer objeto potencialmente perigoso para as pessoas e profissionais, havendo o extremo cuidado neste aspeto. Respetivamente ao CRI, nas doses diárias era realizada a supervisão na administração de cloridrato de metadona e supervisionada a realização de análises de urina como forma de prevenção de sobredosagens e cumprimento do plano terapêutico.

Em relação à competência C1 “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (p.4745), onde é evidenciado o papel do enfermeiro especialista na coordenação e organização dos cuidados de enfermagem, e implicada a capacidade de apoiar a tomada de decisão clínica, promovendo, ainda, a articulação entre os diferentes profissionais, garantindo a qualidade e segurança (Regulamento nº140/2019, 2019). Nos vários contextos foi possível estabelecer relações com a equipa multidisciplinar, atingindo um ambiente e atitudes positivas. Para o desenvolvimento desta competência foi possível participar nas várias reuniões multidisciplinares que ocorreram em todos os locais de estágio, tendo a oportunidade de participar ativamente discutindo os planos terapêuticos de cada um.

No que concerne à competência C2 “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p.4745), evidencia a importância na gestão eficaz dos recursos humanos e materiais no contexto da prestação de cuidados, implica ainda a capacidade de ajustar a liderança às características da equipa e às exigências do contexto clínico, promovendo um ambiente de trabalho colaborativo (Regulamento nº140/2019, 2019). Para o desenvolvimento desta competência, em contexto de internamento, participamos ativamente nas passagens de turno com a equipa de enfermagem, sendo um momento crucial na discussão e planeamento dos cuidados individuais, assegurando ainda a garantia da qualidade dos cuidados. Outro aspeto que permite a continuidade da qualidade dos cuidados, são os registos na plataforma SClínico, plataforma com a qual já nos encontrávamos

familiarizados, e onde são realizados todos os registos individuais de cada pessoa em todos os turnos, permitindo à equipa multidisciplinar o acesso à informação.

Ao falarmos da competência D1 “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (p.4745), falamos da importância da reflexão sobre si próprio no exercício profissional (Regulamento nº140/2019, 2019). O autoconhecimento permite reconhecer os valores, emoções e limites pessoais, favorecendo uma atuação mais consciente e equilibrada. Paralelamente, a assertividade contribui para uma comunicação clara, respeitosa e eficaz com pessoas, famílias e equipa multidisciplinar, facilitando uma relação terapêutica adequada e a qualidade dos cuidados. Após cada intervenção, analisámos junto das enfermeiras supervisoras, sendo este um aspeto transversal a todos os contextos, oportunidades de melhoria e consolidação de boas práticas. Destacamos a capacidade necessária para vivenciar os diferentes contextos de estágio e capacidade de adaptar o projeto aos diferentes contextos e pessoas, exigindo respostas adaptativas. Concluímos que esta é uma competência em constante desenvolvimento, melhoramento e aperfeiçoamento, à qual nos deveremos dedicar ao longo da vida profissional.

Por fim, para o desenvolvimento da competência D2 “baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica” (p.4745), sendo destacada a importância de fundamentar a sua prática clínica em conhecimento científico atualizado e válido (Regulamento nº140/2019, 2019). Ao longo do percurso no mestrado e especialidade foram realizados diferentes trabalhos relevantes para o contexto, todos eles baseados em pesquisas bibliográficas o que contribui para um suporte da prática clínica baseada na evidência científica. Realizamos ainda várias formações que contribuiram para a nossa aprendizagem e aquisição de conhecimentos, nomeadamente, em anexo: anexo 1 “curso de formação em treino metacognitivo para a depressão”; anexo 2 “webinar - cuidar de quem cuida: prevenção e gestão do burnout nos enfermeiros”; anexo 3 “webinar - saúde mental da infância e adolescência”; anexo 4 “webinar - cuidados de ESMP a populações vulneráveis: pessoas privadas de liberdade”; anexo 5 “webinar - tertúlia - a investigação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica”; anexo 6 “webinar - cuidados de ESMP a populações vulneráveis: pessoas em fim de vida e pessoas em luto”; anexo 7 “EAQ - ética e deontologia na prática: responsabilidades e responsabilização”; anexo 8 “XR2ESILIENCE: workshop de co-criação”; anexo 9 “RECAP: comunicação – curso geral”; anexo 10 “literacia em saúde e autocuidado ao longo do ciclo vital”.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, todas as áreas de especialidade têm como finalidade ajudar o ser humano de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde com vista a alcançar a sua máxima capacidade funcional. No que respeita as pessoas que estão a passar por processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm vantagens na sua saúde quando cuidados por EEESMP, ajudando ainda, eficazmente na incapacidade que essas perturbações originam, compreendendo os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental e as implicações para a vida de cada pessoa (Regulamento nº515/2018, 2018).

A especialização em enfermagem tem desempenhado um papel fundamental na melhoria da prestação de cuidados de saúde, permitindo uma abordagem mais personalizada e integrativa, que se reflete num maior grau de satisfação face aos cuidados. Os enfermeiros especialistas em saúde mental devem possuir competências diferenciadas, uma vez que a singularidade da mente exige uma intervenção ajustada às particularidades de cada pessoa (Lazana, 2022).

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica tem como foco principal promover a saúde mental, prevenir perturbações, identificar e intervir em situações de respostas inadequadas diante de situações desafiadoras que possam causar sofrimento ou levar a doenças mentais. São as competências psicoterapêuticas que permitem ao EEESMP fazer avaliações clínicas únicas, resultando em uma abordagem distinta das demais especialidades de enfermagem. Ao longo do cuidado prestado a indivíduos, famílias, grupos e comunidades, essa especificidade possibilita uma compreensão mais aprofundada dos problemas de saúde mental, permitindo uma intervenção terapêutica eficaz para promover e proteger a saúde mental, prevenir perturbações, prevenir a doença mental e contribuir para a reabilitação psicossocial (Regulamento nº515/2018, 2018).

Neste seguimento, foram identificadas quatro competências específicas que o EEESMP deve demonstrar: “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”; “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”; “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”; e “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” (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21427).

Relativamente à primeira competência do EEESMP, “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (p.21427), o desenvolvimento contínuo do autoconhecimento e do crescimento pessoal e profissional permite uma atuação mais consciente, reflexiva e terapêutica, favorecendo o estabelecimento de relações de ajuda eficazes com as pessoas (Regulamento nº515/2018, 2018). O processo de autoconhecimento é um processo contínuo, de reflexão e de crescimento pessoal, que nos permite lidar com as nossas próprias emoções e limites, enquanto EEESMP devemos investir no nosso autoconhecimento, o que significa sermos profissionais mais empáticos, equilibrados e preparados para oferecer um cuidado verdadeiramente humanizado. Ao longo de todos os estágios foi a competência que mais foco teve, sendo que para o desenvolvimento da mesma é necessário um grande autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. A prática clínica tem sido norteadada pela procura de elevada consciência do Eu, enquanto enfermeiros e pessoas, sendo um processo intenso. Para o envolvimento desta competência realizamos ao longo dos três contextos de estágio, reflexões de Gibbs (em apêndice 8, tendo esta sido realizada durante o estágio no CRI), que contribuíram para o nosso crescimento e aperfeiçoamento enquanto pessoas e profissionais. A realização das reflexões contribuiu para o desenvolvimento da competência mencionada, relacionada com o autoconhecimento e assertividade, promovendo uma maior consciência do Eu e da influência que exercemos na relação com cada pessoa, reconhecendo-os como elemento terapêutico. Ainda nas aulas teóricas pela unidade curricular de desenvolvimento pessoal em saúde mental, onde foi estruturada a procura pelo Eu, começando na infância até aos dias de hoje e quem somos. A principal dificuldade sentida nos vários contextos foi de chegar até às pessoas, tornando-se um desafio o desenvolvimento da relação terapêutica, e onde as enfermeiras supervisoras tiveram um papel fundamental, incentivando de forma constante a autoavaliação e autorreflexão. Outra dificuldade sentida foi a adaptação da linguagem verbal e corporal, consoante a pessoa com que estava a trabalhar, pois é importante ter em conta as características individuais de cada um, como por exemplo, o nível de

escolaridade, aceitação da doença e conhecimento sobre a perturbação em causa. Uma outra dificuldade sentida, foi a dificuldade em dizer não, sentida especialmente no internamento e no CRI, em que as pessoas realizavam vários pedidos aos profissionais, havendo por vezes a necessidade de negar esses pedidos e tendo em conta que esta resposta negativa nem sempre era bem aceite.

Acrescentar que, para Chambel (2021), o autoconhecimento “é identificado e associado ao desenvolvimento da primeira competência e central na prática de enfermagem de saúde mental na medida em que interfere na forma como se estabelece a relação terapêutica, e condiciona todos os resultados das intervenções realizadas” (p.64-65).

No que concerne à segunda competência do EEESMP “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (p.21427), evidenciando o papel na promoção e proteção da saúde mental nos diferentes contextos e populações, estando desse modo, implícita a capacidade de intervir junto da pessoa, família e comunidade, ao longo das etapas do ciclo de vida, através de estratégias de promoção da saúde, prevenção da doença e intervenção terapêutica (Regulamento nº515/2018, 2018). Ao longo da aplicação do projeto, tivemos a oportunidade de acompanhar as pessoas nos três diferentes contextos de estágio e disponibilizar o suporte necessário a cada um, assim como, à sua família, com o objetivo de promover uma otimização da saúde mental. Para o desenvolvimento desta competência evidenciamos a realização dos casos clínicos, assim como o processo de cuidados implementado junto das pessoas, com o intuito de adquirir e desenvolver competências. Como já foi dito anteriormente as reuniões multidisciplinares nos vários locais de estágios, a discussão ativa em equipa, assim como a realização de registos clínicos, promoveu mais uma vez o desenvolvimento da competência mencionada. Tivemos a oportunidade de assistir ao longo do ciclo de vida as demais pessoas com quem nos cruzamos, ao acompanhar pessoas desde os 19 anos até cerca de 60 anos de idade, principalmente no internamento, mas também em contexto de respostas diferenciadas e comunidade.

No que diz respeito à terceira competência do EEESMP “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidades a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (p.21427), fazendo notar que ao mobilizar os recursos e dinâmicas destes contextos, o enfermeiro especialista promove intervenções terapêuticas que favorecem a adaptação, a autonomia e a reintegração social da pessoa (Regulamento nº515/2018, 2018). De forma a promover e recuperar a saúde

mental, são prestados cuidados baseados na evidência, assim, esta competência passa por planejar cuidados através do processo de cuidados de enfermagem, recolhendo dados junto da pessoa e da família, planeando cuidados integrando sempre a pessoa, implementar as intervenções traçadas e, por fim, avaliar os resultados. No decorrer dos estágios, houve a oportunidade de realizar intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas autónomas do EEESMP, que acrescentaram mais valor à nossa aquisição de competências especializadas. Para desenvolver a competência mencionada, tivemos a oportunidade de participar em sessões de educação para a saúde, já mencionadas anteriormente, como é o caso da atividade desenvolvida com alunos do secundário, onde o principal objetivo se focava na prevenção dos comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoativas. Outra atividade, foi a consulta de cessação tabágica, dirigida a pessoas motivadas para deixar de fumar, melhorando a sua saúde.

Por fim, a quarta competência do EEESMP “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” (p.21427), esta implica a capacidade de desenvolver intervenções que visam a promoção, manutenção e recuperação da saúde mental, considerando não apenas a pessoa, mas também os contextos em que esta se insere, como a família, os grupos e a comunidade (Regulamento nº515/2018, 2018). Desta forma, o enfermeiro especialista mobiliza diferentes estratégias terapêuticas e psicoeducativas, adaptadas às necessidades da pessoa, contribuindo para a melhoria do funcionamento psicológico e da qualidade de vida. Como é o exemplo, da aplicação do TMC+ nas pessoas selecionadas, integrando conhecimentos teóricos e práticos que facilitem a compreensão e a gestão da sua perturbação. Um dos principais objetivos da psicoeducação consiste em fornecer às pessoas informação acerca da natureza da doença e das opções de tratamento disponíveis, integrando conhecimentos teóricos e práticos que facilitem a compreensão e a gestão da perturbação. Para além disso, as intervenções psicoeducativas abordam frequentemente outros aspetos relevantes, como o reconhecimento precoce de sintomas, a prevenção do consumo de substâncias e o desenvolvimento de estratégias para lidar com situações geradoras de *stress* e ansiedade. É importante aliar o TMC+ como uma abordagem psicoterapêutica centrada na pessoa e na criação de um ambiente seguro e sem julgamento, permitindo reduzir os sintomas e melhorar o funcionamento social e a autonomia. Em contexto de comunidade, nas

consultas, era permitido a cada um ser acompanhados pelos familiares onde os mesmos tinham uma participação ativa integrando-os no processo de cuidados do familiar.

4. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Tendo como base o artigo 15º do Decreto-Lei nº 65/2018 (2018), onde é aprovado o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, é pressuposto que o enfermeiro detentor do grau de mestre deva:

“Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;” e ainda, “permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos de contexto de investigação” (p.4162), evidenciando a necessidade de desenvolvimento de conhecimentos avançados e de capacidades de compreensão aprofundadas, que partem da formação adquirida no 1º ciclo, o mestrado pressupõe, assim, um aprofundamento crítico, permitindo ao enfermeiro estudante integrar conhecimentos mais complexos e especializados na sua área de formação. Assim, esta competência traduz-se no desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo, sustentado na evidência científica, que permite ao estudante não apenas compreender profundamente a sua área de especialização, mas também participar em processos de melhoria contínua. Para o seu desenvolvimento, podemos constatar o leque de unidades curriculares e os três locais de estágios com as variadas horas de cuidados, contribuindo, desse modo, para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEESMP, assim como as competências de mestre.

“Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p.4162), a atuação em contextos multidisciplinares exige, assim, não só domínio técnico-científico da área de especialização, mas também competências de análise, integração de perspetivas distintas e colaboração com outros profissionais. Desta forma, esta competência reflete a preparação e capacidade de responder a desafios emergentes da prática profissional, promovendo uma intervenção fundamentada, flexível e adaptada à singularidade das situações, contribuindo simultaneamente para a melhoria da qualidade das práticas e para

o desenvolvimento do conhecimento na sua área de atuação. Já referimos anteriormente, que a psiquiatria não é a nossa área de atuação, por esse motivo, sermos frequentemente confrontados com novas situações onde é necessário a mobilização e aplicação de conhecimentos já adquiridos anteriormente. Salientar que, embora os serviços disponham de protocolos orientadores da prática, ocorrem situações clínicas com características imprevisíveis e singulares. Neste sentido, o enfermeiro deve fundamentar a sua tomada de decisão em princípios éticos e deontológicos, mas também em conhecimentos científicos. Desenvolvendo assim um juízo crítico que lhe permite avaliar e responder de forma adequada às diversas situações.

“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (p.4162), refere-se à capacidade de integrar diferentes conhecimentos e utiliza-los na análise de situações complexas, implicando aptidão para formular soluções fundamentadas ou emitir juízos críticos, mobilizando o pensamento analítico. Paralelamente, pressupõe a consciência das implicações éticas e sociais, garantindo respeito pela pessoa e compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados. Os momentos de discussão entre equipa multidisciplinar tornaram-se essenciais e cruciais, de modo a refletir uma prática de cuidados em enfermagem de qualidade.

“Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (p.4162), diz respeito à capacidade de comunicar de forma clara, estruturada e compreensível as conclusões resultantes da prática profissional, bem como os conhecimentos e raciocínios que sustentam essas conclusões. Implica que o profissional consiga adequar a sua comunicação a diferentes interlocutores, promovendo uma partilha eficaz de informação. Inevitavelmente esta competência vai de encontro às competências já abordadas anteriormente, toda a pesquisa e resultados baseados na evidência científica e obtidos através da realização de outros relatórios e casos clínicos, foram partilhados com a equipa multidisciplinar proporcionando discussões que contribuíram de forma direta na qualidade dos cuidados prestados.

“Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p.4162), refere-se à capacidade de desenvolver uma aprendizagem contínua ao longo da vida, de forma autónoma, e

implica que o profissional seja capaz de identificar as suas necessidades de aprendizagem, procurar conhecimento atualizado e integrar novos saberes na sua prática. Assim, promove-se o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, essencial para acompanhar a evolução científica e garantir a qualidade e atualização dos cuidados. Esta última competência do grau de mestre, estimula à reflexão sobre o meu percurso académico e profissional. A nossa ambição, constante necessidade de aprendizagem e a dedicação têm sido os eixos centrais, norteando a nossa dedicação, como reflexo disso são as formações realizadas ao longo deste tempo e a conclusão do presente mestrado.

O grau de mestre em enfermagem exige o desenvolvimento de conhecimentos aprofundados, pensamento crítico e capacidade de aplicar saberes em situações complexas e multidisciplinares, fundamentando decisões em evidência científica e princípios éticos. Implica também a comunicação clara das conclusões e raciocínios a diferentes interlocutores, bem como a aprendizagem contínua e autónoma, garantindo a atualização permanente da prática profissional. Estas competências permitem ao enfermeiro integrar conhecimento, tomar decisões fundamentadas, refletir criticamente sobre a prática e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados (Decreto-Lei nº65/2018, 2018).

CONCLUSÃO

A realização do presente relatório permitiu refletir sobre o percurso desenvolvido ao longo dos diferentes estágios, integrados no mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Este percurso constituiu uma oportunidade significativa de aprendizagem e crescimento, permitindo consolidar conhecimentos teóricos, desenvolver competências clínicas e aprofundar a compreensão acerca da complexidade da pessoa com doença mental.

O objetivo deste projeto centrou-se no desenvolvimento das competências do EEESMP, através da prestação de cuidados especializados e da implementação de intervenções terapêuticas que promovam a saúde mental. Neste sentido, destacou-se a importância da integração de intervenções não farmacológicas, nomeadamente o TMC+, enquanto estratégia terapêutica com potencial para promover o *insight*, reduzir vieses cognitivos e contribuir para uma melhor compreensão dos próprios processos de pensamento. Dito isto, segundo Alves et al. (2024), estudos recentes demonstram que os programas de psicoeducação contribuem significativamente para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico e das suas famílias.

A análise do caso clínico constituiu um momento fundamental de integração entre teoria e prática, permitindo mobilizar conhecimentos científicos e desenvolver o raciocínio clínico. Através da aplicação do processo de enfermagem foi possível realizar uma avaliação da pessoa, identificar necessidades, formular diagnósticos de enfermagem e delinear intervenções ajustadas à sua situação clínica e contexto de vida. Este processo reforçou a importância da escuta ativa, da comunicação terapêutica e da construção de uma relação de ajuda como instrumentos essenciais na prática da enfermagem em saúde mental.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, esta é “uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia”. Acresce ainda que “a especificidade da prática clínica de enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o

processo de cuidar da pessoa, família, do grupo e da comunidade ao longo do ciclo vital (Regulamento nº356/2015, 2015).

Relativamente ao desenvolvimento das competências do EEESMP, este percurso permitiu consolidar capacidades fundamentais, nomeadamente ao nível da avaliação especializada da pessoa com reduzida saúde mental, da intervenção psicoterapêutica e psicossocial, promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. Foi igualmente possível desenvolver competências na elaboração e implementação do plano individual de cuidados, na tomada de decisão clínica baseada na evidência científica e na colaboração com a equipa multidisciplinar, reconhecendo a importância do trabalho articulado entre diferentes profissionais.

Paralelamente, o desenvolvimento deste relatório contribuiu também para a aquisição de competências associadas ao grau de mestre em enfermagem, particularmente ao nível da análise crítica na prática clínica, da integração do conhecimento científico na tomada de decisão e da reflexão fundamentada sobre os cuidados prestados. A capacidade de questionar, procurar evidência científica e refletir sobre o impacto das intervenções realizadas revelou-se essencial para a construção de uma prática profissional mais consciente e fundamentada.

Importa ainda reconhecer que a complexidade das situações clínicas e o tempo limitado de estágio constituem desafios inerentes ao processo de aprendizagem. No entanto, estas experiências reforçam a necessidade de continuar a investir no desenvolvimento de intervenções terapêuticas, capazes de promover ganhos em saúde, e ainda, investir no nosso desenvolvimento a nível pessoal e profissional.

Uma das dificuldades encontradas foi a adequação individual da prática, tal como foi dito logo no início deste relatório, encontramos-nos a prestar cuidados num serviço de medicina interna, que torna o cuidado muito metódico, ou seja, apesar da necessária individualização dos cuidados, existem procedimentos bem estabelecidos para as diferentes situações, por exemplo, uma algáliação ou uma entubação nasogástrica. No entanto, na saúde mental, isso não existe, por exemplo, indicadores para o tom de voz ou o tipo de linguagem não verbal que devemos adotar numa determinada situação. Torna-se essencial saber os princípios básicos, deter as competências necessárias e adequar à pessoa que temos à nossa frente, com a sua família, valores, preferências e crenças. Deste modo, poderemos conseguir uma prática de cuidados centrada na pessoa.

De forma a finalizar, este percurso representou uma experiência profundamente enriquecedora, não apenas do ponto de vista acadêmico, mas também pessoal e profissional. Permitiu reforçar a consciência do papel fundamental do EEESMP enquanto agente terapêutico, facilitador de processos de recuperação e promotor da autonomia. Deste modo, a prática de enfermagem em saúde mental deve continuar a orientar-se por princípios de humanização, respeito pela singularidade da pessoa e compromisso com a promoção da saúde mental.

Sintetizando, este percurso contribuiu de forma determinante para a construção da nossa identidade enquanto futuros EEESMP.

BIBLIOGRAFIA

- Alfaro-LeFevre, R. (2020). *Applying Nursing Process: A Tool for Critical Thinking (8th ed.)*. Wolters Kluwer. ISBN 978-1-60913-697-0
- Alves, G., Peres, F., Silva, C, Friedrich, J., Zucco, J., Macuch, R. & Milani, R. (2024) Psicoeducação em contextos de saúde mental: uma revisão sistemática. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, DOI: 10.25110/arqsaude.v28i1.2024-10906.
- Amaral, A. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE. Loures: Lusociência.
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health (5ª)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Baldaçara, L., Cordeiro, D., Calfat, E., Cordeiro, Q. & Tung, T. (2018). Emergências psiquiátricas (2aed). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Barbosa, T., Souza, A., Amaral, A., Augusto, A., Silva, M., Santos, C., Berwing, D., Souza, J., Amaral, L., Silveira, R., Santos, R. & Ramos, S. (2024). Impacto dos transtornos psicóticos na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*.
- Biazus, T., Beraldi, G., Rotenberg, L., Dragioti, E., Carvalho, A. & Solmi, M. (2023). All-cause and cause-specific mortality among people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 28(6), 2508–2524.
- Bittencourt, M., Marques, M. & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*.
https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2933&id_revista=24&id_edicao=138
- Bosaipo, N., Borges, V. & Juruena, M. (2016). Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. [dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isup11.p72-84](https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isup11.p72-84)
- Cardoso, A. (2008). O *insight* em psiquiatria. *Fractal: revista de psicologia* 20 (2), 347-356 DOI:10.1590/S1984-0292200800020000
- Chambel, M. (2021) Promoção do autocuidado da pessoa com experiência de doença mental: intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44344/1/MESMP_8860_reformulada.pdf

- Charnay-Sonnek, F. (2018) Foreword I. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European psychiatric/mental health nursing in the 21st century: a person-centred evidence-based approach*. (pp. V- VI) Springer.
- Coelho, M. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Coentre, R. & Levy, P. (2020). Intervenção precoce na psicose em Portugal: Onde estamos nós? *Acta Médica Portuguesa*. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.13472>
- Coentre, R., Levy, P. & Figueira, M. (2010). Intervenção precoce na psicose: período pré-psicótico. *Acta Médica Portuguesa*.
- Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde.
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder - Saúde Mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS.
- Decreto-Lei nº8/2010 (2010). *Diário da República* n.º 19/2010, Série I de 2010-01-28. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2010/01/01900/0025700263.pdf>
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J. & Xavier, A. (2011). Questionário de Metacognições – versão reduzida e validada à população portuguesa
- Druss, B. G., Chwastiak, L., Kern, J., Ward, M. C., Parks, J. J., & Raney, L. E. (2018). *Psychiatry's Role in Improving the Physical Health of Patients With Serious Mental Illness: A Report From the American Psychiatric Association*. *Psychiatric Services*, 254-256. doi:10.1176/appi.ps.201700359
- Duarte, J. C., Gonçalves, A. M. & Sequeira, C. (2022). Metodologia da Investigação Quantitativa. In Néné, M. & Sequeira, C. (Coords.). *Investigação em Enfermagem* (pp. 15-50). Lidel.
- Durand, F., & Fleury, M.-J. (2021). *A multilevel study of patient-centered care perceptions in mental health teams*. *BMC Health Services Research*.
- Eichner, P. & Moritz, S. (2018). *Meta-analysis of the efficacy of metacognitive training for schizophrenia*. *Psychological Medicine*
- Enciso, C. D., & Jiménez, L. V. (2018). *Efectividad de un programa psicoeducativo en el empoderamiento de los pacientes con esquizofrenia*. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(95), 6.
- Favrod, J. e Maire, A. (2012). *Recuperar da esquizofrenia. Guia prático para profissionais*. Loures: Lusociência.

- Ferreira, S. & Ramos, L. (2020) A visita domiciliária na transição hospital-domicílio à pessoa com doença mental – uma revisão integrativa da literatura. DOI: 10.19131/rpesm.0282
- Figueiredo, A., Souza, L., Dell'Áglio Jr, J., & Argimon, I. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(1), 15-24. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Gaspar, R., Ramos, F. D., Ferreira, P. L., Barros, H., & Mendes, F. (2019). Saúde Um Direito Humano – Relatório de primavera 2019. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Giotakos O. (2017). *Poor insight and psychosis*. *Psychiatriki* 28(4):332-341. DOI: 10.22365/jpsych.2017.284.332
- Godinho, J. & Leitão, E. (2008). Programas de Manutenção de Metadona – Contributos Básicos para o Exercício de Boas Práticas
- Gonçalves, F. (2022). Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual
- Gonçalvez, F. (2022). Plano Individual de Cuidados, com enfoque na relação terapêutica, em jovens com perturbação do desenvolvimento intelectual. Mestrado em Enfermagem
- Gonzalez, I. (2022) Evidências da utilização do treino metacognitivo na pessoa com psicose: revisão integrativa da literatura. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44003/1/RPPESM%20Evidencias%20treino%20metacognitivo.pdf>
- Gonzalez, I. (2022) Evidências da utilização do treino metacognitivo na pessoa com psicose: revisão integrativa da literatura. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/linhas_cipe.pdf
- Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. International Journal of Mental Health Systems*, 7 (19), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-19>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). *A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward*. *BMC nursing*, 20(1), 1-10. doi: 10.1186/s12912-021-00684-2

- Lazana, A. (2022) Cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica centrados na pessoa com perturbação psicótica. <https://www.proquest.com/openview/ea0fd8a916e4dfa6dee9810bfd700b82/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Lei n.º95/2019 (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Assembleia da República. Diário da República, I Série (No 169 de 04/09/2019), 55-66.
- Lei n.º 35/2023 (2023). Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexas, o Código Penal, o Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Assembleia da República. Diário da República, I-A Série (No 141 de 21/07/2023), 2-23.
- Leonardo, R. (2023) Treino Metacognitivo Individual para a Pessoa com Psicose: Intervenção Especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45351/1/Rita%20Leonardo%20TMC%2B%20para%20a%20Pessoa%20com%20Psicose.pdf>
- Lopes, G. (2019). Bipolaridade X Transtorno Dissociativo de Personalidades Múltiplas: Diferenças Além da Semântica. DOI: <https://doi.org/10.38087/2595.8801.24>
- Lopes, M. (2021). Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os modelos de Cuidados. Évora: Coleção Claustros.
- Lopes, M., Gomes, S. & Almada-Lopo, B. (2018). Os cuidados de Enfermagem Especializados como resposta à evolução das necessidades de saúde. Porto. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Mendes, A. (2015a) Norma de Atuação - Reunião Comunitária, DPSM - Internamento. Hospital do Espírito Santo.
- Mendes, A. (2015b) Norma de Atuação - Passeio Terapêutico, DPSM - Internamento. Hospital do Espírito Santo.
- Mendes, A. (2015c) Norma de Atuação - Relaxamento, DPSM - Internamento. Hospital do Espírito Santo.
- Mendes, A. (2016) Norma de Atuação - Entrevista de Enfermagem, DPSM - Internamento. Hospital do Espírito Santo.
- Moritz, S. & Woodward, T. (2007). *Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. Current Opinion in Psychiatry*

- Moritz, S., Thoering, T., Kühn, S., Willenborg, B., Westermann, S. & Nagel, M. (2015). *Metacognition-augmented cognitive remediation training reduces jumping to conclusions and overconfidence in psychosis. Frontiers in Psychology*
- Moritz, S., Vitzthum, F., Veckenstedt, R., Leighton, L., Woodward, T.S. & Hauschildt, M. (2011). Programa de Terapia Metacognitiva Individualizada para a Psicose (MCT+). VanHam Campus Press: Hamburgo.
- Moritz, S., Woodward, T.S., Haushildt, M. & Rocha, N.B. (2017). Treino Metacognitivo Para a Psicose (MCT), versão portuguesa 6.3. (Tradução e adaptação portuguesa por Nuno Rocha, Cristina Queirós, Susana Rocha & Susana Pereira)
- Neto, D. (2023). Psicoterapia, A Cura pelo Diálogo. Edições Sílabo.
- Oliveira, J. (2019) Primeiro episódio psicótico: fatores de risco, fatores preditivos e diagnóstico diferencial. Porto.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Linhas de Orientação para elaboração de Catálogos CIPE - Guidelines for ICNP Catalogue Development. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Parecer da mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica No08/2023. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (2018). Mental Health: strengthening our response.
- Organização Mundial de Saúde (2025). *Schizophrenia*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2022) Política para melhorar a Saúde Mental. CE170/15
- Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.
- Pike, C., Burdick, K., Millett, C. & Lipschitz, J. (2024). *Perceived loneliness and social support in bipolar disorder: Relation to suicidal ideation and attempts*. *International Journal of Bipolar Disorders*

- Pinheiro, C. W., Araújo, M. Â. M., Rolim, K. M. C., De Oliveira, C. M., & De Alencar, A. B. (2019). Teoria Das Relações Interpessoais: Reflexões Acerca Da Função Terapêutica Do Enfermeiro Em Saúde Mental. *Enfermagem em Foco*, 10(3). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291>.
- Pinho, L., Pereira, A., Chaves, C., Gonçalves-Pinho, M., Santos, J. & Maroco, J. (2021). *Beck Cognitive Insight Scale* (BCIS) versão portuguesa adaptada
- Pinho, L. (2020). Intervenção Familiar na Doença Mental Grave. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (p. 216-219). Lidel.
- Pinho, L. (2021a). Eficácia do Treino Metacognitivo nos Delírios, Alucinações, *Insight* Cognitivo e Funcionalidade na Esquizofrenia. [Tese de Doutoramento, Universitat Rovira I Vergili]. Repositório Aberto da Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/29242>.
- Pinho, L. & Marques, M. (2024) Orientações para a Entrevista de Avaliação da Saúde Mental. Universidade de Évora. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
- Pinho, L. M. G. de., Pereira, A., & Chaves, C. (2018). Adaptação Portuguesa da Escala de Qualidade de Vida para Pessoas com Esquizofrenia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 46(1), 189-199. <https://doi.org/10.21865/RIDEP46.1.14>.
- Pinho, L., Lopes, M., Correia, T., Sampaio, F., Arco, H., Mendes, A., Marques, M., & Fonseca, C. (2021c). *Patient-Centered care for patients with depression or anxiety disorder: an integrative review*. *Journal of Personalized Medicine*.
- Pinho, L., Pereira, A. & Chaves, C. (2017). *Nursing Interventions in Schizophrenia: The Importance os Therapeutic Relationship*. *Nursing & Care Open Access Journal*.
- Pinho, L., Pereira, A. & Chaves, C. (2018). *Quality of Life Scale* (QLS7PT) adaptada para a população portuguesa
- Pinho, L., Sampaio, F., Sequeira, C., Martins, T., & Ferré-Grau, C. (2021b). *Cognitive insight in psychotic patients institutionalized and living in the community: An examination using the Beck Cognitive Insight Scale*. *Psychiatry Research*, 295, 113586. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113586>.
- Pinho, L., Sequeira, C., Sampaio, F., Rocha, N., Ozaslan, Z., & Ferré-Grau, C. (2020). *Assessing the efficacy and feasibility of providing metacognitive training for patients with schizophrenia by mental health nurses: a randomized controlled trail*. DOI: 10.1111/jan.14627

- Ramalho, J. (2022). Gestão do regime terapêutico na pessoa com doença mental. Beja: Instituto Politécnico de Beja. Obtido de <https://repositorio.ipbeja.pt/entities/publication/36da1906-2c25-4b71-86b5-0fec9883efdb>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06 <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento nº356/2015 (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República n.º 122/2015, Série II de 2015-06-25. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>
- Regulamento nº515/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2.a série, N.º 151, 21427-21430. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>.
- Ribeiro, S., Figueiredo, R., Teixeira, G., Nogueira, M., Gaspar, F., Nunes, E., Cruchinho, P., Quaresma, G., Costa, P., Dias, L., Inácio, M., & Lucas, P. (2024). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/53215/1/4_PQCE_CLE.pdf
- Sampaio, F., Pinho, L. G., Sequeira, C. & Ferré-Grau, C. (2020). Treino Metacognitivo. Enfermagem em Saúde Mental – diagnósticos e intervenções. (p.228-231) Lidel. Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-989-752-413-4
- Santareno, S. (2022). Treino Metacognitivo: Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Doença Mental. Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43841/1/MESMP_133_reformulada.pdf
- Santos, J. C., Bashaw, M., Mattcham, W., Cutcliffe, J. R., & Vedana, G. G. (2018). *The Biopsychosocial Approach: Towards Holistic, Person-Centred Psychiatric/Mental Health Nursing Practice*. In J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European psychiatric/mental health nursing in the 21st century: a person-centred evidence-based approach*. (pp. 89-101) Springer.
- Saraiva, C. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental – de acordo com o DSM-5*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem*. Lisboa: Lidel.

- Serralheiro, S. (2021). O Processo Metacognitivo como Foco de Intervenção Especializada do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiátrica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- SICAD. (2024). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030. Lisboa: SICAD. https://sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/PNRCAD_2030_versao_Alargada.pdf
- Tavira, C., Santos, J., Destefani, P., Spinello, N. & Silva, J. (2024) Psicoeducação no transtorno bipolar: uma revisão sistemática. DOI: 10.46919/archv5n3espec-586
- Teixeira, A. (2024) O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de visita domiciliária numa Unidade de Cuidados na Comunidade. Relatório de Estágio.
- Telles-Correia, D., Barbora, N., Gama-Marques, J., Moreira, A., L., Alves-Moreira, C., Saraiva, S., Antunes, F., Almeida, C., Machado, S., & Haddock, G. (2017) Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS) Validada para a população portuguesa
- Townsend, M. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseados na Evidência (6 ed.). Loures: Lusociência.
- Townsend, M. & Morgan, K. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (9th ed.). F. A. Davis.
- Vaz, A., Sousa, D. & Fonseca, M. (2023). Treino em Psicoterapia, Como Usar a Prática Deliberada para Melhorar Resultados Clínicos. Pactor.
- Vitzthum, F. B., Veckenstedt, R., & Moritz, S. (2013). *Individualized Metacognitive Therapy Program for Patients with Psychosis (MCT+): Introduction of a Novel Approach for Psychotic Symptoms. Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. DOI: 10.1017/s1352465813000246
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J., Magalhães, P. & Caldas-de-Almeida, J. (2013). *Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. International Journal of Mental Health Systems*, 7 (19), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-19>

ANEXOS

**ANEXO 1 – CURSO DE FORMAÇÃO EM TREINO METACOGNITIVO PARA
A DEPRESSÃO**



Certificado

Certifica-se que **Maria Rita Fernandes Bernardo**, com o n.º de identificação **14740127** concluiu na Universidade de Évora o **Curso de formação em Treino Metacognitivo para a Depressão**, num total de **52 horas**, correspondente a **2 ECTS**, no período de 13/06/2025 a 27/06/2025, com a classificação final de 20 valores.

Universidade de Évora, 9 de setembro de 2025
Os Serviços Académicos da Universidade de Évora

Código de verificação do certificado: ec03934e080b2d87193f80ba04a38dbd8c1b5f7

Para verificação de autenticidade do certificado aceda ao site <https://siise2.uvora.pt/validar> e introduza o código acima mencionado.
Verifique se o documento obtido corresponde a este certificado.



**ANEXO 2 – WEBINAR - CUIDAR DE QUEM CUIDA: PREVENÇÃO E
GESTÃO DO BURNOUT NOS ENFERMEIROS**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA RITA FERNANDES BERNARDO

membro nº **101313** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - "Cuidar de quem cuida: prevenção e gestão do Burnout nos Enfermeiros"**", realizado no(s) dia(s) **no dia 21 de Janeiro de 2025**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 21 de Janeiro de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 3 - WEBINAR - SAÚDE MENTAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA RITA FERNANDES BERNARDO

membro nº **101313** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Saúde Mental da Infância e Adolescência**", realizado no dia **6 de Maio de 2025**, com duração total de **2h30**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 6 de Maio de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO 4 - WEBINAR - CUIDADOS DE ESMP A POPULAÇÕES
VULNERÁVEIS: PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA RITA FERNANDES BERNARDO

membro nº **101313** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Cuidados de ESMP a populações vulneráveis: Pessoas privadas de liberdade**", realizado no dia **19 de Novembro de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 19 de Novembro de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO 5 - WEBINAR - TERTÚLIA - A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA RITA FERNANDES BERNARDO

membro nº **101313** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar - Tertúlia - A investigação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**", realizado no dia **25 de Novembro de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 25 de Novembro de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO 6 - WEBINAR - CUIDADOS DE ESMP A POPULAÇÕES
VULNERÁVEIS: PESSOAS EM FIM DE VIDA E PESSOAS EM LUTO**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA RITA FERNANDES BERNARDO

membro nº 101313 desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Cuidados de ESMP a populações vulneráveis: Pessoas em fim de vida e pessoas em luto"**, realizado no dia 31 de Outubro de 2025, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 31 de Outubro de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO 7 - EAQ - ÉTICA E DEONTOLOGIA NA PRÁTICA:
RESPONSABILIDADES E RESPONSABILIZAÇÃO**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARIA RITA FERNANDES BERNARDO

membro nº **101313** desta Ordem, participou no(a) "**EaQ - Ética e Deontologia na prática: Responsabilidades e Responsabilização**", realizado no dia **11 de Dezembro de 2025**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 11 de Dezembro de 2025

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

ANEXO 8 – XR2ESILIENCE: WORKSHOP DE CO-CRIAÇÃO



XR²ESILIENCE
building your mental health

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Maria Rita Fernandes Bernardo** participou no **Workshop de Co-criação** realizado no âmbito do Projeto **XR2esilience** no **Hospital do Espírito Santo em Évora** no dia 26 de setembro de 2025 com a duração de 4 Horas.

Coordenadora

Professora Doutora Lara Pinho



Funded by
the European Union



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

ANEXO 9 - RECAP: COMUNICAÇÃO – CURSO GERAL

ReCAP: Comunicação – Curso Geral



EMITIDO EM:
dezembro 15, 2025
NÚMERO ID DO CERTIFICADO:
629903def88144e380c97ebc119faaff



<https://ins.nau.edu.pt/certificacao/629903def88144e380c97ebc119faaff>

CERTIFICADO

Certifica-se que Maria Rita Fernandes Bernardo, com Cartão Cidadão número 14740127, concluiu o curso online "**ReCAP: Comunicação – Curso Geral**", com avaliação positiva e duração estimada de 7 horas. Esta ação integra o Catálogo SIADAP, no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência - Investimento TD-C19-i07: Capacitação da Administração Pública.

(Prof. Doutora Luísa Neto)
Presidente do Conselho Diretivo

Curso financiado por:

Plataforma NAU cofinanciada por:



Este certificado é uma prova de aprendizagem e término do curso. Para mais informações visite a [página sobre Política de Certificação da NAU](#).

**ANEXO 10 - LITERACIA EM SAÚDE E AUTOCUIDADO AO LONGO DO
CICLO VITAL**

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Exm^{o(a)} Sr.^(a):

Maria Bernardo

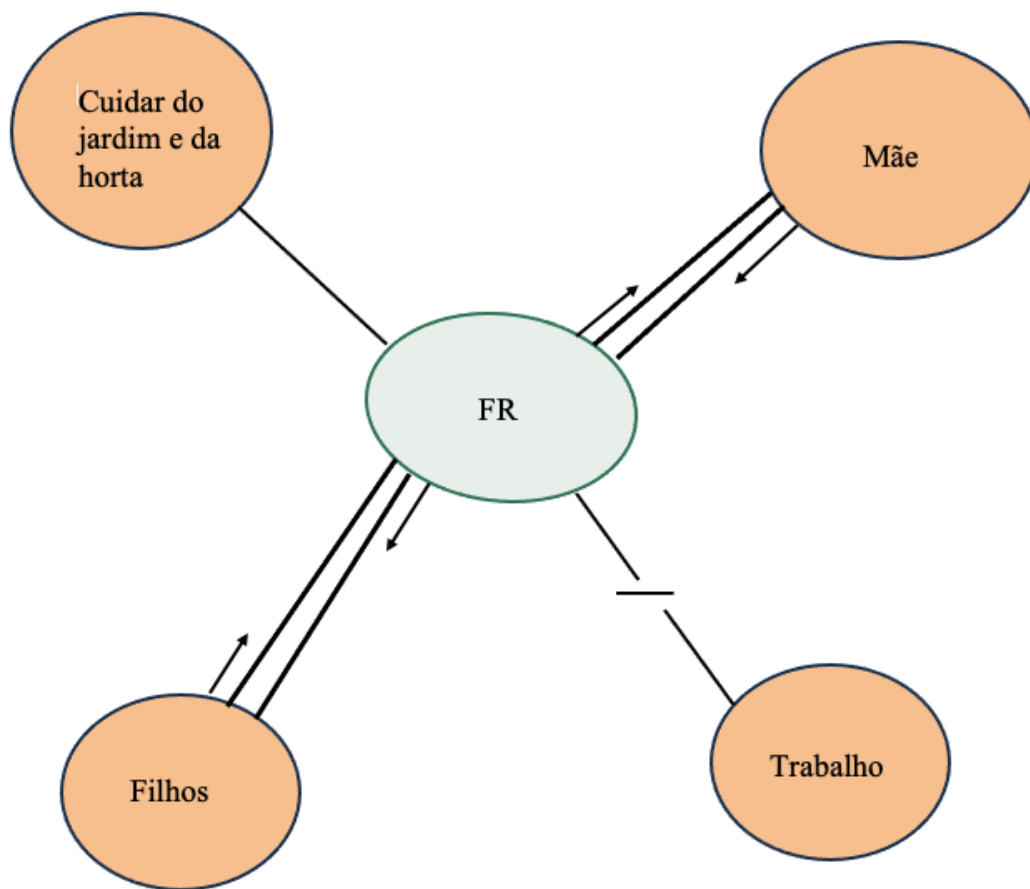
Esteve presente nas **JORNADAS DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS “LITERACIA EM SAÚDE E AUTOCUIDADO AO LONGO DO CICLO VITAL”**, que decorreram nos dias 06 e 07 de março de 2025, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Subdiretor UÉESESJD

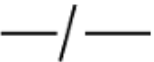
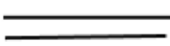





APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ECOMAPA FR



Legenda do Ecomapa:

- | | | | |
|---|----------------------|---|--------------------------------------|
|  | Relação Interrompida |  | Vínculo Muito Forte |
|  | Vínculo Forte |  | Sentido de oferta do serviço/relação |
| | |  | |

APÊNDICE 2 – PLANO DE CUIDADOS FR

Foco: Gestão do regime terapêutico

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Gestão do regime terapêutico comprometida

Manifestação: Abandono terapêutico em episódios anteriores e relatos de autogestão terapêutica.

Intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer relação terapêutica com o utente baseada em empatia, escuta ativa e confiança;
- Avaliar o conhecimento do utente sobre o regime terapêutico;
- Educar o utente sobre a importância da gestão terapêutica: efeitos adversos e consequências;
- Monitorizar sinais de efeitos adversos que possam comprometer a adesão, como a sedação excessiva, ganho de peso, tremores.
- Adaptar o plano de cuidados.

Resultados esperados: Adere à medicação de forma consistente e redução de episódios de descompensação por não adesão.

Avaliação: Aumento da consciencialização da necessidade de adesão ao regime medicamentoso e observação direta da melhoria dos sintomas.

Foco: Humor deprimido

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Humor deprimido atual

Manifestação: Verbalização e expressão do mesmo, sentimentos de desalento, pensamentos negativos, insónia, avolia, anedonia.

Intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer relação terapêutica com o utente baseada em empatia, escuta ativa e confiança;
- Avaliar a gravidade dos sintomas de humor deprimido e riscos associados;
- Incentivar a verbalização de sentimentos e pensamentos, sem julgamentos relembrando que se encontra num espaço seguro;
- Providenciar apoio emocional;
- Incentivar a pequenas conquistas diárias;
- Promover atividades satisfatórias;
- Envolver redes de apoio, promovendo um suporte emocional;
- Monitorizar a capacidade de autocuidado.

Resultados esperados: Relatos de diminuição dos sentimentos de tristeza; melhoria na interação social; melhoria na autoestima e esperança quanto ao futuro.

Avaliação: Descrição de melhorias a nível do humor; sintomas de humor deprimido diminuídos.

Foco: Ansiedade

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Ansiedade atual

Manifestação: Verbalização da mesma; preocupações excessivas; insónia.

Intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer relação terapêutica com o utente baseada em empatia, escuta ativa e confiança;
- Avaliar a intensidade da ansiedade;
- Executar apoio emocional;
- Ensinar sobre a ansiedade;
- Ensinar técnicas de relaxamento;
- Promover a verbalização dos medos e preocupações, validando emoções sem julgamentos;
- Estabelecer rotinas diárias estruturadas;
- Executar intervenção psicoeducativa: informar e promover o exercício físico e os seus benefícios na gestão da ansiedade; benefícios de atividades de lazer do seu agrado; ensinar e esclarecer sobre o abuso de drogas;
- Ajudar a identificar e reduzir estímulos ambientais;
- Encaminhar para apoio psicológico.

Resultados esperados: Redução da frequência e intensidade dos episódios de ansiedade; melhoria da funcionalidade diária.

Avaliação: Avaliar a intensidade da ansiedade; observação de comportamentos mais calmos; redução de sintomas.

Foco: Insónia

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Insónia atual

Manifestação: Relatos de dificuldade em adormecer e despertar frequente; uso de substâncias para induzir o sono.

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o padrão de sono atual, hábitos de sono e fatores contribuintes (ambientais,

psicológicos, medicamentosos);

- Educar sobre a higiene do sono: criar rotinas, evitar estímulos à noite;
- Explicar a insónia como um possível sintoma da abstinência;
- Estabelecer um ambiente tranquilo;
- Promover técnicas de relaxamento;
- Avaliar o uso de substâncias com potencial interferência no sono;
- Encaminhar para avaliação médica em casos de insónia persistente.

Resultados esperados: Melhoria na qualidade do sono; melhoria do humor; diminuição da necessidade de fármacos; estabilização do padrão de sono.

Avaliação: Avaliação da qualidade do sono pelo utente; redução das queixas relacionadas com o sono.

Foco: Uso de tabaco

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Uso de tabaco atual
Manifestação: Uso diário de cigarros de nicotina.

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o padrão do consumo: número de cigarros por dia;
- Explorar a motivação para a cessação e identificar barreiras e facilitadores;
- Educar sobre riscos do tabagismo e os benefícios da cessação;
- Fornecer suporte motivacional;
- Sugerir substitutos saudáveis (ocupações alternativas, atividade física);
- Encaminhar para programas de cessação tabágica;
- Avaliar sintomas de abstinência.

Resultados esperados: Reconhece riscos associados ao uso do tabaco; melhoria do estado de saúde geral; participação em programas de cessação tabágica.

Avaliação: Registo de uma redução gradual ou cessação completa do tabaco; adesão ao plano terapêutico; reajuste do plano conforme a evolução.

Foco: Abuso de drogas

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Abuso de drogas atual

Manifestação: Uso continuado de substâncias; histórico de recaídas; dificuldade em controlar consumos; histórico de internamentos.

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o padrão dos consumos, motivação para a mudança;

- Discutir as necessidades de tratamento e acompanhamento disponíveis;
- Executar intervenção psicoeducativa: informar e esclarecer sobre o abuso de drogas (efeitos e riscos);
- Capacitar para a gestão de sintomas de abstinência;
- Promover intervenções de redução de riscos, conforme os objetivos terapêuticos estabelecidos;
- Monitorizar sinais de abstinência e intervir conforme protocolos;
- Encorajar a familiar de referência a participar nos esforços de recuperação;
- Executar modificação do comportamento: apoiar na tomada de decisão; discutir a importância da abstinência do abuso de drogas no tratamento; capacitar a gestão de sintomas; desenvolver um plano de prevenção.
- Avaliar abuso de drogas, através do teste de urina.

Resultados esperados: Reconhece os efeitos negativos do uso de substâncias; participação ativa em programas de tratamento e suporte; diminuição de comportamentos de risco; prevenção de recaídas.

Avaliação: Redução ou cessação de consumos; mudanças comportamentais positivas; reavaliação periódica do plano, com possíveis ajustes conforme evolução.

Foco: Delírio

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Delírio atual

Manifestação: Alterações no ciclo do sono; ansiedade; pensamento desorganizado; crenças irredutíveis, não fundamentadas com a realidade.

Intervenções de Enfermagem:

- Disponibilizar escuta ativa e apoio emocional;
- Assegurar um ambiente calmo, estruturado e familiar, com poucos estímulos sensoriais;
- Comunicar de forma simples, clara e pausada;
- Orientar sobre estratégias para lidar com o delírio;
- Orientar para a crítica e evitar a hiperestimulação sensorial;
- Proporcionar atividades recreativas ou de lazer que exijam atenção;
- Executar intervenções psicoeducativas ao utente e família: informar sobre fatores etiológicos do delírio, fatores precipitantes do delírio, importância do cumprimento do regime terapêutico, importância de hábitos de vida saudáveis.

Resultados esperados: Aumento do conhecimento sobre o delírio; melhoria do estado cognitivo; manutenção de um ambiente seguro e protetor; estabilizar o padrão de sono.

Avaliação: Avaliação regular da consciência, orientação e atenção; melhoria gradual dos sintomas cognitivos e comportamentais; existência de melhor interação com o ambiente; reconhecimento do utente como ideias e crenças irrealistas.

Foco: Alucinação

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Alucinação auditiva e visual

Manifestação: Verbalização de vozes; visualização de vultos

Intervenções de Enfermagem:

- Executar apoio emocional e escuta ativa;
- Orientação sobre estratégias para lidar com a alucinação;
- Orientar para a realidade e regular o nível de atividade e de estimulação sensorial;
- Proporcionar atividades de lazer;
- Executar intervenção psicoeducativa para o utente e a família: informar sobre fatores etiológicos da alucinação; fatores precipitantes; importância da diminuição da atividade e da estimulação sensorial; cumprimento do regime terapêutico; hábitos de vida saudáveis.

Resultados esperados: Redução da frequência ou intensidade das alucinações; demonstra maior consciência da diferença entre realidade e fantasia; demonstra maior tranquilidade emocional e segurança.

Avaliação: Redução ou cessação de comportamentos reativos às alucinações; verbalização da diminuição da frequência da alucinação ou de ausência da mesma.

Foco: Risco de Suicídio

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Risco de suicídio associado

Manifestação: Histórico prévio de tentativas de suicídio ou automutilação; diagnóstico de perturbação psiquiátrica associada; presença de fatores de risco, como o consumo de substâncias.

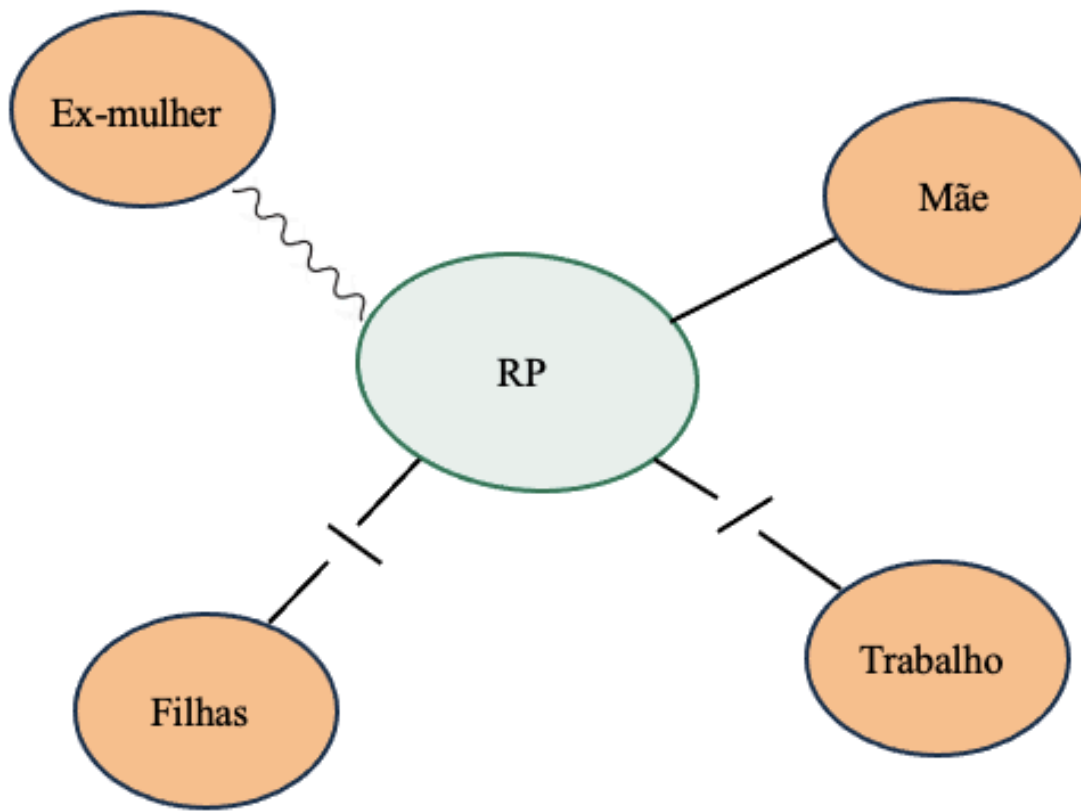
Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o risco suicida com base na verbalização, intenção, plano e meios disponíveis;
- Assegurar uma vigilância contínua conforme o risco identificado;
- Estabelecer uma relação terapêutica segura;
- Promover a verbalização de pensamentos e emoções, sem julgamentos;
- Educar o utente e a família sobre o risco suicida e sinais de alarme;
- Envolver a rede de apoio, com consentimento do utente;
- Elaborar um plano de segurança com o utente, com estratégias para recorrer em momentos de crise.

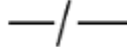




Resultados esperados: Diminuição ou cessação das ideias suicidas; aumento da sensação de esperança e controlo sobre a própria vida; adesão ao suporte psicológico.

Avaliação: Existência de comportamentos mais estáveis e seguros; avaliação contínua quanto à ideação suicida.

APÊNDICE 3 – ECOMAPA RP



Legenda do Ecomapa:

- | | | | |
|---|----------------------|---|--------------------------------------|
|  | Relação Interrompida |  | Vínculo Muito Forte |
|  | Vínculo Forte |  | Sentido de oferta do serviço/relação |
| | |  | |



APÊNDICE 4 – PLANO DE CUIDADOS RP

Foco: Adesão do regime terapêutico

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Adesão do regime terapêutico comprometida

Manifestação: Abandono terapêutico em episódios anteriores no domicílio.

Intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer relação terapêutica com o utente baseada em empatia, escuta ativa e confiança;
- Avaliar o conhecimento do utente sobre o regime terapêutico;
- Educar o utente sobre a importância da gestão terapêutica: efeitos adversos e consequências;
- Monitorizar sinais de efeitos adversos que possam comprometer a adesão, como a sedação excessiva, ganho de peso, tremores.
- Adaptar o plano de cuidados.

Resultados esperados: Adere à medicação de forma consistente e redução de episódios de descompensação por não adesão.

Avaliação: Aumento da consciencialização da necessidade de adesão ao regime medicamentoso e observação direta da melhoria dos sintomas.

Foco: Humor deprimido

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Humor deprimido atual

Manifestação: Verbalização e expressão do mesmo, sentimentos de desalento, pensamentos negativos, insónia, avolia, anedonia.

Intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer relação terapêutica com o utente baseada em empatia, escuta ativa e confiança;
- Avaliar a gravidade dos sintomas de humor deprimido e riscos associados;
- Incentivar a verbalização de sentimentos e pensamentos, sem julgamentos relembrando que se encontra num espaço seguro;
- Providenciar apoio emocional;
- Incentivar a pequenas conquistas diárias;
- Promover atividades satisfatórias;
- Envolver redes de apoio, promovendo um suporte emocional;
- Monitorizar a capacidade de autocuidado.

Resultados esperados: Relatos de diminuição dos sentimentos de tristeza; melhoria na interação social; melhoria na autoestima e esperança quanto ao futuro.

Avaliação: Descrição de melhorias a nível do humor; sintomas de humor deprimido diminuídos.

Foco: Ansiedade

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Ansiedade atual

Manifestação: Verbalização da mesma; preocupações excessivas; insónia.

Intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer relação terapêutica com o utente baseada em empatia, escuta ativa e confiança;
- Executar apoio emocional;
- Ensinar sobre a ansiedade;
- Ensinar técnicas de relaxamento;
- Promover a verbalização dos medos e preocupações, validando emoções sem julgamentos;
- Estabelecer rotinas diárias estruturadas;
- Executar intervenção psicoeducativa: informar e promover o exercício físico e os seus benefícios na gestão da ansiedade; benefícios de atividades de lazer do seu agrado; ensinar e esclarecer sobre o abuso de drogas;
- Ajudar a identificar e reduzir estímulos ambientais;
- Encaminhar para apoio psicológico.

Resultados esperados: Redução da frequência e intensidade dos episódios de ansiedade; melhoria da funcionalidade diária.

Avaliação: Avaliar a intensidade da ansiedade; observação de comportamentos mais calmos; redução de sintomas.

Foco: Delírio

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Delírio atual

Manifestação: Alterações no ciclo do sono; ansiedade; crenças irredutíveis, não fundamentadas com a realidade.

Intervenções de Enfermagem:

- Disponibilizar escuta ativa e apoio emocional;
- Assegurar um ambiente calmo, estruturado e familiar, com poucos estímulos sensoriais;
- Comunicar de forma simples, clara e pausada;
- Orientar sobre estratégias para lidar com o delírio;
- Orientar para a crítica e evitar a hiperestimulação sensorial;
- Proporcionar atividades recreativas ou de lazer que exijam atenção;
- Executar intervenções psicoeducativas ao utente e família: informar sobre fatores etiológicos do delírio, fatores precipitantes do delírio, importância do cumprimento do regime terapêutico, importância de hábitos de vida saudáveis.

Resultados esperados: Aumento do conhecimento sobre o delírio; melhoria do estado cognitivo; manutenção de um ambiente seguro e protetor; estabilizar o padrão de sono.

Avaliação: Avaliação regular da consciência, orientação e atenção; melhoria gradual dos sintomas cognitivos e comportamentais; existência de melhor interação com o ambiente; reconhecimento do utente como ideias e crenças irrealistas.

Foco: Alucinação

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Alucinação auditiva

Manifestação: Verbalização de vozes

Intervenções de Enfermagem:

- Executar apoio emocional e escuta ativa;
- Orientação sobre estratégias para lidar com a alucinação;
- Orientar para a realidade e regular o nível de atividade e de estimulação sensorial;
- Proporcionar atividades de lazer;
- Executar intervenção psicoeducativa para o utente e a família: informar sobre fatores etiológicos da alucinação; fatores precipitantes; importância da diminuição da atividade e da estimulação sensorial; cumprimento do regime terapêutico; hábitos de vida saudáveis.

Resultados esperados: Redução da frequência ou intensidade das alucinações; demonstra maior consciência da diferença entre realidade e fantasia; demonstra maior tranquilidade emocional e segurança.

Avaliação: Redução ou cessação de comportamentos reativos às alucinações; verbalização da diminuição da frequência da alucinação ou de ausência da mesma.

Foco: Risco de Suicídio

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Risco de suicídio associado

Manifestação: Vem ao SU por risco de suicídio; diagnóstico de perturbação psiquiátrica associada; presença de fatores de risco, como alucinações auditivas.

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o risco de suicídio com base na verbalização, intenção, plano e meios disponíveis;
- Assegurar uma vigilância contínua conforme o risco identificado;
- Estabelecer uma relação terapêutica segura;
- Promover a verbalização de pensamentos e emoções, sem julgamentos;
- Educar o utente e a família sobre o risco suicida e sinais de alarme;
- Envolver a rede de apoio, com consentimento do utente;

- Elaborar um plano de segurança com o utente, com estratégias para recorrer em momentos de crise.

Resultados esperados: Diminuição ou cessação das ideias suicidas; aumento da sensação de esperança e controlo sobre a própria vida; adesão ao suporte psicológico.

Avaliação: Existência de comportamentos mais estáveis e seguros; avaliação contínua quanto à ideação suicida.

Foco: Insónia

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Insónia atual

Manifestação: Relatos de dificuldade em adormecer; uso de substâncias para induzir o sono.

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o padrão de sono atual, hábitos de sono e fatores contribuintes (ambientais, psicológicos, medicamentosos);
- Educar sobre a higiene do sono: criar rotinas, evitar estímulos à noite;
- Explicar a insónia como um possível sintoma da abstinência;
- Estabelecer um ambiente tranquilo;
- Promover técnicas de relaxamento;
- Encaminhar para avaliação médica em casos de insónia persistente.

Resultados esperados: Melhoria na qualidade do sono; melhoria do humor; diminuição da necessidade de fármacos; estabilização do padrão de sono.

Avaliação: Avaliação da qualidade do sono pelo utente; redução das queixas relacionadas com o sono.

APÊNDICE 5 – PLANEAMENTO TMC+

Tema	Módulo 1 TMC+: Desenvolvimento da relação e história pessoal
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	27/09/2015 + 18/11/2025
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	- Criar uma ligação de confiança interpessoal, enquanto se explora a história de vida e de saúde; - São definidos os objetivos da intervenção.
Introdução	- Primeiro contacto com o TMC+.
Desenvolvimento	- Desenvolver o módulo com serenidade, permitindo espaço para dúvidas e exemplos de vida; - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	- Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados.

*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

Tema	Módulo 2 TMC+: Introdução ao programa de treino metacognitivo
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	27/09/2015 + 18/11/2025
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	- Perceber se a pessoa está motivada para o treino e se este faz sentido no seu momento atual de vida
Introdução	- Introdução à metacognição; - Introduzido programa e respetivos módulos, de forma a ser feita uma gestão dos módulos por sessão, garantindo que o processo seja personalizado e adaptados as necessidades.
Desenvolvimento	- Desenvolver o módulo com serenidade, permitindo espaço para dúvidas e exemplos de vida; - Explicar as regras/normas da conduta durante o TMC+; - Explicar no que consiste o TMC+. - Explicar o significado do cartão amarelo e do cartão vermelho; - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	- Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados.

*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

Tema	Módulo 3 TMC+: Formulação de caso
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	27/09/2015 + 18/11/2025
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar a história do problema, ligando acontecimentos de vida, vulnerabilidades e sintomas; - Identificar padrões de pensamento, emoção e comportamento; - Definir objetivos terapêuticos realistas e personalizados.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma síntese do módulo anterior; - Debater os trabalhos de casa do módulo anterior.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o módulo com serenidade, permitindo espaço para dúvidas e exemplos de vida; - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados.

*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

Tema	Módulo 4 TMC+: Atribuição de culpas
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	02/10/2025 + 25/11/2025
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	- Encorajar as pessoas a encontrar explicações para situações diferentes, considerando três fontes: eles próprios, os outros ou as circunstâncias.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma síntese do módulo anterior; - Debater os trabalhos de casa do módulo anterior.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o módulo com serenidade, pedindo sempre que o participante dê os seus próprios exemplos. - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados.

*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

Tema	Módulo 5 TMC+: Tomar decisões
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	10/10/2025 + 25/11/2025
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar estratégias para lidar com conclusões erradas ou interpretações distorcidas da realidade; - Reconhecer os padrões de tomada de decisão; - Aumento da consciência metacognitiva e fomentar o pensamento crítico.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma síntese do módulo anterior; - Debater os trabalhos de casa do módulo anterior.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o módulo com serenidade, permitindo espaço para dúvidas e exemplos de vida; - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados.

*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

Tema	Módulo 6 TMC+: Mudar crenças
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	02/10/2025 + 16/12/2026
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar a tendência para as primeiras impressões; - Evitar tomar más decisões; - Treinar uma mente mais aberta.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma síntese do módulo anterior; - Debater os trabalhos de casa do módulo anterior.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o módulo com serenidade, permitindo espaço para dúvidas e exemplos de vida; - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados.

*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

Tema	Módulo 7 TMC+: Empatizar
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	10/10/2025 + 16/12/2026
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar a necessidade de informação adicional para verificar as hipóteses; - Ensinar que as expressões faciais podem ser mal interpretadas; - Considerar a variedade de informação.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma síntese do módulo anterior; - Debater os trabalhos de casa do módulo anterior.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o módulo com serenidade, permitindo espaço para dúvidas e exemplos de vida; - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registar a intervenção e respetivos resultados.

*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

Tema	Módulo 8 TMC+: Memória e excesso de confiança
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	06/10/2025 + 06/01/2026
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender os erros da memória humana; - Ensinar a duvidar das memórias e estratégias para o fazer.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma síntese do módulo anterior; - Debater os trabalhos de casa do módulo anterior.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o módulo com serenidade, permitindo espaço para dúvidas e exemplos de vida; - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registar a intervenção e respetivos resultados.

*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

Tema	Módulo 9 TMC+: Depressão e pensamento
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	06/10/2025 + 06/01/2026
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre os pensamentos e como influenciam o modo como sentimos e agimos; - Aprender a interpretar a realidade; - Identificar e compreender os padrões de pensamento.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma síntese do módulo anterior; - Debater os trabalhos de casa do módulo anterior.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o módulo com serenidade, permitindo espaço para dúvidas e exemplos de vida; - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados.

*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

Tema	Módulo 10 TMC+: Autoestima
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	03/10/2025 + 13/01/2026
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar pensamentos disfuncionais que podem contribuir para uma baixa autoestima; - Treinar a correção destes pensamentos e erros cognitivos.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma síntese do módulo anterior; - Debater os trabalhos de casa do módulo anterior.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o módulo com serenidade, permitindo espaço para dúvidas e exemplos de vida; - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados.

*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

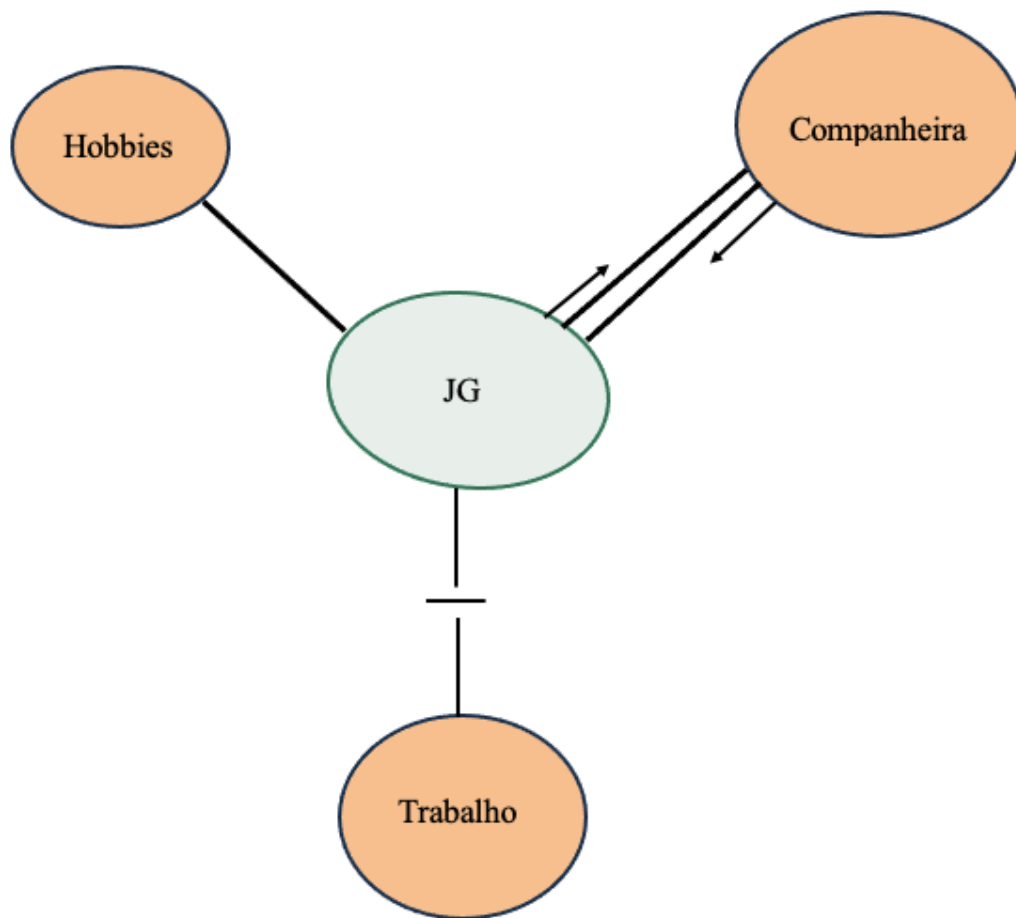
*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

Tema	Módulo 11 TMC+: Viver com psicose e prevenção de recaídas
Local	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Data	10/10/2025 + 13/01/2026
Duração	20min a 45 minutos
Terapeutas	MR (aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e HC ou JR (enfermeiras supervisoras clínicas) *
Destinatários	Pessoa que integra o programa TMC+
Recursos Materiais	Computador + Folhas de exercícios
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre o que significa viver com psicose; - Refletir sobre estratégias para prevenir recaídas; - Fortalecer a autoconfiança e esperança no futuro; - Construção de um plano individualizado.
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar uma síntese do módulo anterior; - Debater os trabalhos de casa do módulo anterior.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver o módulo com serenidade, permitindo espaço para dúvidas e exemplos de vida; - Terminar explicando os trabalhos de casa do módulo.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Observar o comportamento e postura do utente durante a sessão; - Incentivar a participação e expressão de sentimentos; - Registrar a intervenção e respetivos resultados.

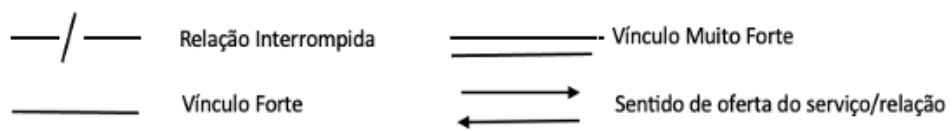
*Enfermeira Supervisora Clínica HC no contexto de Internamento do serviço de psiquiatria agudos

*Enfermeira Supervisora Clínica JR no contexto de Comunidade em consulta externa

APÊNDICE 6 – ECOMAPA JG



Legenda do Ecomapa:



APÊNDICE 7 – PLANO DE CUIDADOS JG

Foco: Adesão do regime terapêutico

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Adesão do regime terapêutico comprometida

Manifestação: Abandono terapêutico em episódios anteriores no domicílio.

Intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer relação terapêutica com o utente baseada em empatia, escuta ativa e confiança;
- Avaliar o conhecimento do utente sobre o regime terapêutico;
- Educar o utente sobre a importância da gestão terapêutica: efeitos adversos e consequências;
- Monitorizar sinais de efeitos adversos que possam comprometer a adesão, como a sedação excessiva, ganho de peso, tremores.
- Adaptar o plano de cuidados.

Resultados esperados: Adere à medicação de forma consistente e redução de episódios de descompensação por não adesão.

Avaliação: Aumento da consciencialização da necessidade de adesão ao regime medicamentoso e observação direta da melhoria dos sintomas.

Foco: Insónia

Diagnóstico de enfermagem (CIPE): Insónia atual

Manifestação: Relatos de dificuldade em adormecer, insónia inicial

Intervenções de Enfermagem:

- Estabelecer relação terapêutica com o utente baseada em empatia, escuta ativa e confiança;
- Avaliar o padrão de sono atual, hábitos de sono e fatores contribuintes (ambientais, psicológicos, medicamentosos);
- Educar sobre a higiene do sono: criar rotinas, evitar estímulos à noite;
- Explicar a insónia como um possível sintoma da abstinência;
- Estabelecer um ambiente tranquilo;
- Promover técnicas de relaxamento;
- Encaminhar para avaliação médica em casos de insónia persistente.

Resultados esperados: Melhoria na qualidade do sono; melhoria do humor; estabilização do padrão de sono.

Avaliação: Avaliação da qualidade do sono pelo utente; redução das queixas relacionadas com o sono.

APÊNDICE 8 – CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

CICLO REFLEXIVO DE GIBBS

1. Descrição

Ao chegar a meio do estágio e durante este tempo no CRI, tive contacto com utentes em situações de dependências de substâncias, integrados em programas como o programa de substituição com metadona. Nesta experiência fui confrontada com diferentes realidades e com várias histórias de vida, daí partir uma necessidade de adotar uma postura empática, acolhedora e isenta de julgamentos. Deparei-me com situações desafiadoras, onde a gestão emocional e a consciência dos meus próprios limites foram essenciais.

2. Sentimentos

No início senti-me insegura e até um pouco ansiosa quanto à minha capacidade de lidar com utentes com histórias de vida tão complexas. Tinha receio de não ser suficientemente empática ou de reagir de forma inadequada, ou até mesmo de ter alguma forma de julgamento face à situação da toxicodependência e do consumo de substâncias. Como pessoa que nunca tinha lidado com este tipo de utente, havia da minha parte algum tipo de estereótipo perante os consumidores de drogas. Com o passar destas semanas de estágio estes sentimentos já começaram a desvanecer, sinto-me mais confiante e à medida que vou conhecendo melhor alguns dos utentes, especialmente o utente que sigo para o caso clínico, compreendo melhor as suas vivências e consigo refletir melhor sobre as minhas reações e emoções.

3. Avaliação

Até ao momento, esta experiência tem sido enriquecedora a nível profissional e, também, pessoal. Apesar das dificuldades iniciais, permitiu-me desenvolver competências relacionais importantes. A meu ver a minha atitude foi adequada, mas percebi que houve momentos em que os meus preconceitos ou medos inconscientes se manifestaram. Reconhecer isto e pensar sobre estes preconceitos, foi desconfortável para mim, mas fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional.

4. Análise

O autoconhecimento revelou-se essencial nesta experiência. A capacidade de identificar as minhas emoções, os meus limites e até os meus preconceitos ajudou-me a prestar cuidados centrados na pessoa. Percebi que só consigo ser verdadeiramente empática quando compreendo o meu próprio funcionamento. A reflexão constante sobre as minhas atitudes permitiu-me melhorar a minha escuta ativa, a minha comunicação terapêutica e o meu comportamento ético.

5. Conclusão

Esta experiência reforçou a importância do autoconhecimento enquanto base para uma prática consciente e ética em enfermagem de saúde mental. Aprendi que, para cuidar do outro, é imprescindível cuidar de mim e estar atenta às minhas próprias emoções, preconceitos e motivações. O autoconhecimento é um processo contínuo que deve acompanhar toda a prática clínica.

6. Plano de Ação

Pretendo continuar a investir no meu autoconhecimento através da supervisão clínica, da escrita reflexiva e da formação contínua. Planeio também integrar práticas de autocuidado no meu dia-a-dia, de forma a manter a minha saúde emocional e melhorar a minha capacidade de presença junto dos utentes. Quero tornar-me uma profissional cada vez mais consciente, disponível e humanizada.