



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Intervenção Psicoterapêutica do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na Pessoa com Humor Depressivo: Contributos da Entrevista Motivacional

**Estágio com Relatório Final em contexto de internamento de doentes agudos e
saúde mental na comunidade**

Válter Pedro da Silva Henriques

Viseu - março de 2026



Estágio com Relatório Final em contexto de internamento de doentes agudos e saúde mental na comunidade

Válter Pedro da Silva Henriques, nº29703

Relatório Individual

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2ºano, 3ºsemestre (2ªed.)

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Tânia Correia

Viseu – março de 2026

“A medida da inteligência é a capacidade de mudar.”

Albert Einstein

Agradecimentos

Cultivar a gratidão transforma a nossa forma de estar na vida, permitindo-nos dar mais valor aos pequenos gestos e momentos. Quando reconhecemos o que temos e o que vivemos, mesmo nas dificuldades, encontramos mais serenidade e capacidade de apreciar o presente e de encontrar forças para enfrentar o futuro. Seremos gratos, quer nos dias mais leves quer nos mais exigentes, ensina-nos a crescer com cada experiência e com aqueles que caminham a nosso lado. Nunca me faltou a inspiração para agradecer, mesmo quando o caminho se tornava, por vezes, árduo e desafiante.

É com profundo agradecimento e um sincero reconhecimento que inicio os meus agradecimentos gravados nestas palavras, dedicadas a todas as pessoas que, de diferentes formas, fizeram parte deste meu percurso formativo. Cada gesto de apoio, cada palavra de incentivo, cada presença, mesmo que silenciosa, foi essencial para que eu pudesse cortar a minha meta. Este trabalho é, por isso, igualmente o resultado da generosidade, da dedicação e da força que as pessoas certas me transmitiram ao longo de um caminho feito com resiliência, vontade de querer ir mais além....

Neste sentido, expresso o meu profundo reconhecimento à Professora Doutora Tânia Correia, pela orientação científica rigorosa, acompanhamento permanente e disponibilidade demonstrada ao longo de todo o processo investigativo.

Dirijo igualmente um especial agradecimento às Enfermeiras Ana Rosa, Ana Cristina e Mónica Azeredo, pelo acompanhamento técnico e pedagógico durante os estágios, bem como pela partilha de saberes e experiência profissional, fundamentais para o meu desenvolvimento.

À minha família, em particular à minha esposa e aos meus filhos, manifesto o meu sincero agradecimento pelo apoio, compreensão e incentivo constantes, que se revelaram essenciais para a concretização deste objetivo.

Ao meu colega André Martins, agradeço o apoio e motivação demonstrados ao longo desta etapa.

Por fim, agradeço às instituições e respetivas equipas dos locais de estágio pela oportunidade concedida e pela integração num contexto profissional de elevado valor formativo.

O meu profundo agradecimento!

Resumo

O presente relatório de estágio descreve o percurso formativo e pessoal desenvolvido no âmbito do estágio da 2ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O referido estágio teve como foco o desenvolvimento de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, assim como nas competências de nível de mestrado em Enfermagem, tendo como tema central: o papel do Enfermeiro em contexto de saúde mental na comunidade e internamento de doentes agudos”.

No relatório é apresentada uma caracterização de ambos os locais de estágio, onde foram desenvolvidas as referidas competências, acompanhado da descrição e reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista, com base no processo de enfermagem e nas suas etapas: diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. O objetivo de garantir uma prática baseada em evidência, como foco na melhoria da qualidade dos cuidados, e destacar os ganhos em saúde para todos os intervenientes, utentes, família, comunidade, utentes internados bem como unidade de saúde em geral.

No âmbito do desenvolvimento de competências de investigação, foi proposta a elaboração de uma Revisão Narrativa com foco na Entrevista Motivacional, enquanto intervenção psicoterapêutica, aplicada ao contexto da sintomatologia depressiva/humor depressivo. Este trabalho tem como objetivo explorar e sintetizar a literatura existente sobre a utilização desta abordagem terapêutica, analisando os seus princípios, estratégias e evidência empírica no apoio a indivíduos com sintomatologia depressiva, bem como o seu contributo para a promoção da motivação para a mudança e a adesão ao processo terapêutico.

Resultado deste percurso e na reflexão realizada, é analisada a relevância do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no contexto comunitário e internamento, destacando a sua intervenção centrada na promoção da autonomia e funcionalidade de pessoas com doença mental ligeira e grave. Este profissional atua como ferramenta terapêutica na sintomatologia ou patologia já existente, na identificação precoce de sinais e sintomas de recaída, no desenvolvimento da literacia em saúde, assim como na orientação e supervisão da adesão terapêutica farmacológica ou não farmacológica. Adicionalmente, contribui para a manutenção e otimização das atividades de vida diária e instrumental, integrando estratégias de cuidado individualizado com planos individuais de cuidados que visam a melhoria da qualidade de vida e a prevenção de complicações/recaídas associadas à doença mental. O estudo de caso desenvolvido articulou-se com a revisão narrativa realizada, centrada na Entrevista Motivacional enquanto intervenção psicoterapêutica no contexto da sintomatologia depressiva, o que veio evidenciar, na prática clínica, os princípios, estratégias e contributos desta abordagem na promoção da motivação para a mudança e da adesão ao processo terapêutico.

Palavras-chave: saúde mental na comunidade, consultas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, internamento agudo de doentes, intervenções psicoterapêuticas.

Abstract

This internship report describes the training and personal path developed within the scope of the internship of the 2nd edition of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing. This internship focused on the development of general and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric, as well as in the master's level competencies in Nursing, with the central theme: "the role of the Nurse in the context of mental health in the community and hospitalization of acute patients".

The report presents a characterization of both internship locations, where these competencies were developed, accompanied by a description and reflection on the interventions of the specialist nurse, based on the nursing process and its stages: diagnosis, planning, implementation and evaluation. The objective is to ensure evidence-based practice, with a focus on improving the quality of care, and to highlight health gains for all stakeholders, users, family, community, hospitalized users as well as health units in general.

As part of the development of research skills, it was proposed to elaborate a Narrative Review focusing on Motivational Interviewing, as a psychotherapeutic intervention, applied to the context of depressive symptomatology/depressive mood. This work aims to explore and synthesize the existing literature on the use of this therapeutic approach, analyzing its principles, strategies and empirical evidence in supporting individuals with depressive symptoms, as well as its contribution to the promotion of motivation for change and adherence to the therapeutic process.

As a result of this journey and in the reflection carried out, the relevance of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatry in the community and inpatient context is analyzed, highlighting their intervention focused on promoting the autonomy and functionality of people with mild and severe mental illness. This professional acts as a therapeutic tool in existing symptoms or pathology, in the early identification of signs and symptoms of relapse, in the development of health literacy, as well as in the guidance and supervision of pharmacological or non-pharmacological therapeutic adherence. Additionally, it contributes to the maintenance and optimization of activities of daily living and instrumental, integrating individualized care strategies with individual care plans aimed at improving quality of life and preventing complications/relapses associated with mental illness. The case study developed was articulated with the narrative review carried out, focused on Motivational Interviewing as a psychotherapeutic intervention in the context of depressive symptomatology, which came to evidence, in clinical practice, the principles, strategies and contributions of this approach in promoting motivation for change and adherence to the therapeutic process.

Keywords: mental health in the community, mental health and psychiatric nursing consultations, acute hospitalization of patients, psychotherapeutic interventions.

Sumário

Lista de siglas	21
Introdução	23
1. Enquadramento conceptual e teórico.....	29
2. Estágio em contexto comunitário	31
2.1. Caracterização do contexto clínico.....	31
2.2. Atividades desenvolvidas em contexto comunitário.....	32
2.2.1 Consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	32
2.2.2. Consulta de Enfermagem de Apoio à Cessação Tabágica	35
2.2.3 Consultas em contexto de domicílio	39
2.2.4 Administração de antipsicóticos de longa ação pela equipa saúde mental e comunitária	40
3. Estágio em contexto de Internamento de doentes agudos	51
3.1. caracterização do contexto clínico	51
3.2 Atividades desenvolvidas em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda	54
3.2.1 Outras experiências	59
3.3. Considerações das atividades desenvolvidas	64
4. Competências desenvolvidas	67
4.1 Competências comuns do enfermeiro especialista.....	67
4.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica	69
5- Desenvolvimento de competências no âmbito da investigação.....	75
5.1 Entrevista motivacional como intervenção psicoterapêutica em contexto de humor depressivo: revisão narrativa.....	75
5.1.1 Enquadramento	75
5.1.2 Metodologia	76
5.1.3 Resultados	77
5.1.4 Discussão	80
5.1.5 Conclusão	82
6. Aplicação da entrevista motivacional na pessoa com humor depressivo.....	85
6.1 Estudo de caso.....	85

6.1.1 Identificação da utente	85
6.1.2 Motivo de referenciação	85
6.1.3 Contexto familiar	86
6.1.3 Situação profissional	87
6.1.4 Rede de apoio	87
6.1.5 Motivação para o acompanhamento	88
6.1.6 Análise e considerações clínicas	88
6.1.7 Exame do estado mental	88
6.2 Intervenção realizada – Entrevista Motivacional	89
6.3 Diagnóstico Diferencial.....	90
6.3.1 Hipótese: Perturbação da Personalidade (ligeira)	92
6.3.2 Hipótese: Ciclotimia	93
6.4 Plano de Cuidados de Enfermagem segundo CIPE® 2019.....	94
Sessão 1 – Adesão e Motivação para a Mudança	95
Sessão 2 – Autoestima e Sentimentos de Vazio.....	95
Sessão 3 – Interação Social e Padrões Relacionais.....	96
Sessão 4 – Ansiedade e Padrão de Sono	97
6.5 Discussão dos resultados.....	97
Reflexão	101
Considerações finais.....	103
Referências bibliográficas.....	107
Apêndices	119
Apêndice I.....	121
Cronograma de atividades para o estágio em contexto de saúde mental na comunidade.....	121
Apêndice II	122
Guia de relaxamento e respiração	122
Apêndice III	123
Cartaz informativo desconstruindo mitos na saúde mental	123
Apêndice IV	124

Cartaz informativo da sessão de relaxamento	124
Apêndice V	125
Apêndice VI	128
Apresentação sobre o luto	128
Apêndice VII	131
Cronograma de atividades do estágio em contexto de internamento de doentes agudos	131
Apêndice VIII	132
Sessões de educação para a saúde.....	132
Apêndice IX	138
Modelo de consentimento informado	138
Anexos	139
Anexo I 141	
Escala Tradução e adaptação da Depression Anxiety and Stress Scale – DASS-21 por (Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C. & Azeredo, Z. A., 2006).	141

Lista de tabelas

Tabela 1: Síntese da revisão narrativa da literatura (Entrevista Motivacional e sintomatologia depressiva/humor depressivo)	78
---	----

Lista de figuras

Figura 1: Família A - Genograma	86
Figura 2: Família A - Ecomapa	87
Figura 7: Modelo ampliado do processo diagnóstico em saúde mental (adaptado de Improving Diagnosis in Health Care, National Academies of Science, Engineering and Medicine, 2015).	91

Lista de siglas

CMESMP - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

PIC – Plano Individual de Cuidados

OMS - Organização Mundial de Saúde

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

EM – Entrevista Motivacional

BAP – Planeamento Breve da Ação

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

LAIA - Antipsicóticos Injetáveis de Longa Ação

EPSP – Equipa de Primeiro Surto Psicótico

Introdução

O presente Relatório Final de Estágio insere-se na Unidade Curricular “Opção 8 - Estágio com Relatório Final em Contexto de Internamento de Doentes Agudos e Saúde Mental na Comunidade”, integrante do plano de estudos da 2ªed. do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (CMESMP), ministrado pela Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) em associação com a Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), no ano letivo de 2025/2026. O estágio decorreu ao longo de um total de 360 horas, entre os meses de setembro de 2025 e janeiro de 2026, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, ambas pertencentes a Unidades Locais de Saúde (ULS) da Região Centro do país. A orientação dos estágios foi assegurada por Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e supervisão pedagógica da Professora Doutora Tânia Correia.

A escolha da primeira opção de estágio em contexto de UCC fundamenta-se na sua relevância estratégica na prestação de cuidados de saúde de proximidade à população, especificamente no âmbito da saúde mental comunitária. As UCC, como refere o Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (Despacho n.º 7539/2017, de 25 de agosto de 2017), assumem destaque na articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, promovem intervenções integradas e centradas na pessoa, na família e na comunidade. Nos termos do referido despacho,

a UCC é a unidade a quem compete prestar cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis (...) que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Despacho n.º 7539/2017, de 25 de agosto de 2017, p. 18578).

Neste enquadramento, evidencia-se o papel destas unidades na promoção da saúde mental, na prevenção de perturbações psiquiátricas e no acompanhamento contínuo de pessoas

em situação de sofrimento psíquico, vulnerabilidade social ou risco de exclusão. A sua intervenção tem como finalidade assegurar respostas diferenciadas e adaptadas às necessidades específicas e ao contexto biopsicossocial de cada utente.

É importante, neste contexto, a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023), no seu artigo 5.º, define como objetivos a melhoria da saúde mental da população, através da implementação de estratégias sustentadas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e inclusão das pessoas com necessidades neste domínio. Determina ainda a consolidação do processo de transição para um modelo de cuidados de saúde mental assente na comunidade, com vista ao reforço da qualidade dos cuidados prestados e à garantia da proteção dos direitos dos utentes nos diversos serviços e entidades envolvidos.

A segunda opção de estágio decorreu em contexto de internamento de doentes agudos, um *setting* clínico marcado pela complexidade e intensidade das necessidades apresentadas. Este momento formativo possibilitou a implementação de intervenções psicoterapêuticas adaptadas às especificidades do internamento e às características individuais de cada pessoa, tendo em conta o seu estado clínico, a duração limitada das intervenções e os objetivos terapêuticos definidos, com particular destaque para as abordagens breves, focalizadas e articuladas com o plano global de cuidados.

Em qualquer um dos contextos em epígrafe, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), é detentor de competências diferenciadas, intervém no processo de cuidar da pessoa, da família, dos grupos e da comunidade ao longo do ciclo vital. Esta sua atuação sustenta-se numa compreensão aprofundada da complexidade do comportamento humano, das vivências emocionais e dos contextos sociais, possibilitando uma intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, bem como no tratamento e na reabilitação psicossocial (Ordem dos Enfermeiros [OE], Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

De acordo com o mesmo documento legal, o EEESMP possui um elevado nível de conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enquanto enfermeiro, resultante de “vivências e processos contínuos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p. 21429). Esta dimensão reflexiva é essencial, uma vez que o próprio enfermeiro se constitui como instrumento terapêutico na relação de ajuda, favorece intervenções mais autênticas, empáticas e adaptadas às necessidades de cada pessoa. É precisamente nesta linha de pensamento que desenvolvo o presente relatório, numa perspetiva crítico-reflexiva. O modelo reflexivo de Schön (1991) distingue dois tipos de reflexão: a *reflexão-na-ação* e a *reflexão-sobre-a-ação*. Esta distinção acrescenta um elemento relevante à prática reflexiva, ao diferenciar a

reflexão que ocorre durante o próprio acontecimento daquela que se realiza após a sua conclusão. Considerar esta diferenciação pode ser particularmente útil no desenvolvimento da prática reflexiva individual (Schön, 1991). Este modelo revelou-se particularmente pertinente nos contextos práticos vivenciados ao longo do meu percurso formativo, nos quais fui frequentemente desafiado a pensar e agir em tempo real, ajustar intervenções e experienciar novas abordagens quando as situações que assim o exigiam. A utilização do pensamento de Schön (1991) permitiu-me captar essa dimensão dinâmica da prática reflexiva, valorizar a capacidade de adaptação e a tomada de decisão no momento da ação, bem como a análise crítica posterior das experiências vividas para desenvolver competências como EEESMP.

No exercício da sua prática profissional e nos termos do Artigo 4.º do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (OE, p. 21427) o EEESMP:

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

É de ressaltar ainda os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão, a importância do trabalho em equipa multidisciplinar, a escuta ativa, a empatia e a capacidade de adaptação às especificidades do contexto onde estamos inseridos, como elementos-chave na prestação de cuidados especializados com qualidade, sobretudo numa área onde as pessoas cuidadas se encontram em complexa vulnerabilidade no que concerne à sua saúde mental.

Deste modo, o presente relatório tem como objetivo apresentar, de forma descritiva e crítico-reflexiva, o percurso desenvolvido ao longo dos estágios, incluindo o enquadramento institucional, as atividades realizadas para a aquisição e desenvolvimento de competências, os resultados obtidos e as aprendizagens alcançadas. Pretende ainda refletir sobre os desafios emergentes da prática, as estratégias mobilizadas para a sua superação e o contributo destas experiências para o desenvolvimento profissional enquanto futuro EEESMP. São também considerados, de forma geral, os objetivos específicos dos diferentes contextos de estágio, orientados para a aquisição de competências clínicas, relacionais e reflexivas no âmbito da prática especializada. Neste contexto, destaca-se a integração da Entrevista Motivacional enquanto intervenção terapêutica, sustentada por uma revisão narrativa da literatura, bem como a sua

aplicação prática através da elaboração de um estudo de caso, permitindo a articulação entre evidência científica e prática clínica.

A estrutura do relatório segue as orientações metodológicas da ESSV, organizando-se de forma lógica e sequencial, de modo a facilitar a compreensão do percurso formativo e das competências desenvolvidas.

Parte I

1. Enquadramento conceptual e teórico

No âmbito da ESMP, diferentes modelos teóricos têm contribuído para a compreensão e fundamentação da prática clínica. A Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau (1952), assenta numa perspetiva psicodinâmica, valoriza a relação enfermeiro/pessoa alvo dos cuidados como um processo terapêutico estruturado, no qual a comunicação e a interação promovem o crescimento pessoal e a recuperação. O enfermeiro assume-se como instrumento terapêutico, bem como facilita a compreensão das experiências da pessoa e o desenvolvimento de estratégias adaptativas.

O Modelo de Relação Humano-a-Humano, proposto por Joyce Travelbee (1966), enfatiza a dimensão existencial do cuidado, centrando-se na empatia, autenticidade e compreensão da experiência única da pessoa. Este modelo privilegia o encontro genuíno entre enfermeiro e pessoa, potencia o significado no sofrimento e fortalece a relação terapêutica.

A Teoria do Human Becoming, de Rosemarie Parse (1981), apresenta uma abordagem centrada na pessoa enquanto agente ativo no seu processo de saúde. Valoriza a qualidade de vida tal como é percebida pelo próprio, defende uma relação de parceria em que o enfermeiro acompanha a pessoa nas suas escolhas, respeitando a sua autonomia e singularidade.

O Modelo Tidal, desenvolvido por Phil Barker (2001), enquadra-se numa perspetiva de recuperação, centrada na narrativa da pessoa. Este modelo considera que a experiência de doença mental pode desorganizar a identidade do indivíduo, cabendo ao enfermeiro apoiar a reconstrução do seu percurso através da escuta ativa e valorização da experiência subjetiva.

A evidência mostra que a ESMP se configura como um suporte cuidador orientado para a recuperação, no qual a perspetiva de vida da pessoa deve ser central ao longo de todo o processo de cuidados (Wangel et al., 2024). Para apoiar este percurso, o enfermeiro promove uma relação terapêutica baseada num envolvimento genuíno, assente na confiança, empatia e esperança. A prática profissional deve adotar uma abordagem holística, o que implica disponibilidade para

escutar a história de vida da pessoa. Para tal, torna-se essencial que o enfermeiro especialista disponha de tempo de qualidade junto da pessoa, indo além de intervenções centradas exclusivamente na medicação. Assim, ao longo do estágio, em ambos os contextos de atuação, estes modelos teóricos revelaram-se fundamentais, tendo servido de bússola para a prática clínica no sentido de uma abordagem centrada na pessoa, promotora da relação terapêutica e facilitadora do processo de recuperação.

2. Estágio em contexto comunitário

2.1. Caracterização do contexto clínico

A UCC onde o estágio foi realizado, integrada na Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal tem como área de atuação uma abrangência geográfica corresponde a um valor aproximado de 164,9 km², caracterizada por uma distribuição populacional predominantemente rural, com diversas freguesias e uma malha territorial dispersa, o que impõe desafios significativos à organização e à acessibilidade dos cuidados de saúde. Em termos populacionais, serve, aproximadamente, um valor de 23.942 utentes inscritos nas diferentes unidades funcionais. Esta população distribui-se de forma relativamente equilibrada entre os dois sexos, sendo. Esta composição demográfica é relevante não apenas para o planeamento das intervenções em saúde, mas também para a adaptação das estratégias de cuidados às necessidades específicas de cada grupo etário e género.

A diversidade de perfis sociodemográficos e clínicos da população abrangida exige da equipa da UCC uma abordagem multidimensional, capaz de responder a diferentes contextos de vida, níveis de literacia em saúde, vulnerabilidades sociais e patologias crónicas, nomeadamente no domínio da saúde mental. A UCC onde realizei estágio procura, assim, desenvolver intervenções de proximidade, centradas na pessoa e na família, promovendo o acesso equitativo aos cuidados de saúde, independentemente da localização geográfica ou condição socioeconómica dos utentes.

A caracterização populacional do concelho permite também identificar áreas prioritárias de intervenção em saúde mental comunitária, considerando fatores como o envelhecimento progressivo da população, a prevalência de doenças crónicas e os determinantes sociais da saúde que impactam diretamente o bem-estar psicológico das pessoas. Neste contexto, o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica assume especial relevância, contribuindo para a promoção da saúde mental positiva, para a prevenção de perturbações

psíquicas e para o apoio terapêutico em situações de sofrimento emocional ou doença mental instalada.

O conhecimento aprofundado da área de abrangência da UCC e da sua população-alvo constitui, por isso, um elemento essencial para a prática clínica avançada e para a adequação das respostas em saúde mental no contexto comunitário, reforçando a importância de estratégias baseadas em dados locais, evidência científica e práticas centradas na pessoa.

A equipa de enfermagem da UCC é constituída por cinco enfermeiros especialistas, cujas áreas de especialização refletem a diversidade e complexidade das necessidades da população acompanhada. Integram a equipa dois EEESMP, cuja intervenção é essencial na promoção da saúde mental, prevenção de perturbações psíquicas e acompanhamento terapêutico de utentes com doença mental. Contam ainda com dois enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que desempenham um papel essencial na promoção da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida de pessoas com défices físicos ou neurológicos. A equipa é complementada por uma enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, cuja intervenção se centra no acompanhamento da mulher, da gravidez, do parto e do puerpério, bem como na promoção da parentalidade e desenvolvimento saudável do recém-nascido. Esta composição multidisciplinar possibilita uma abordagem integral, contínua e especializada dos cuidados de saúde prestados na comunidade.

2.2. Atividades desenvolvidas em contexto comunitário

Seguem-se as atividades desenvolvidas em contexto comunitário, tendo como guia orientador o cronograma de atividades previamente elaborado (Apêndice I), que estruturou todas as intervenções realizadas. Estas atividades foram delineadas com base nos objetivos definidos.

2.2.1 Consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

No decorrer do estágio curricular, tive a oportunidade de dinamizar e participar ativamente em distintas consultas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em estreita colaboração com a Enfermeira Especialista (Tutora). Esta experiência permitiu-me aprofundar conhecimentos teórico-práticos, desenvolver competências relacionais e terapêuticas, bem como compreender de forma mais integrada o papel do enfermeiro especialista no acompanhamento de utentes em contexto comunitário.

As consultas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizadas nos cuidados de saúde primários retratam uma área vital e estratégica no sistema de cuidados em saúde mental. Estas consultas são conduzidas por EESMP, cuja intervenção é orientada para a promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e apoio terapêutico a pessoas em situação de sofrimento psicológico, emocional ou com patologia psiquiátrica já diagnosticada (Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro).

Nestas consultas, inclusive, no âmbito do acompanhamento familiar, adotei sempre uma postura mais observacional, o que me facilitou manter um maior distanciamento crítico, favorecendo a atenção aos processos relacionais e às dinâmicas emergentes durante as sessões realizadas. O trabalho em cointervenção revelou-se peculiarmente enriquecedor, uma vez que, tal como referem Sampaio e Gameiro (2006), potencia maior liberdade e criatividade na condução terapêutica, promove uma expressão mais autêntica do cansaço e dos sentimentos pessoais e contribui para uma reflexão mais aprofundada na análise e preparação das sessões. Neste contexto, foi igualmente possível desenvolver competências específicas do EESMP, nomeadamente ao nível da intervenção direta com as famílias, aprofundar conhecimentos relativos à sua dinâmica, à identificação de diagnósticos de enfermagem e à implementação de estratégias de intervenção ajustadas a cada caso, reconhecendo as singularidades da pessoa e da família, numa visão holística. Em algumas situações, a atuação centrou-se na avaliação inicial e no respetivo encaminhamento, noutras, implicou o acompanhamento contínuo com intervenções dirigidas ao sistema familiar, nomeadamente através do aconselhamento, entendido como um processo sequencial e flexível de capacitação que visa promover a autonomia da pessoa (Sampaio & Gameiro, 2005).

Vias de acesso à consulta de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica na UCC

A referenciação dos utentes para esta consulta pode ocorrer através de diferentes vias, o que reflete a diversidade de necessidades e de contextos da população, como a seguir se descreve e tendo em conta Carvalho et al. (2015).

Referenciação pelo médico de família

Uma das vias mais frequentes de acesso é a referenciação direta do Médico de Família para a consulta de enfermagem da especialidade. Nestes casos, o médico identifica que o utente beneficiará de uma primeira abordagem terapêutica e avaliativa com o EESMP. Após essa primeira consulta, a articulação entre o médico e a enfermeira especialista permite a construção

conjunta de um Plano Individual de Cuidados (PIC), personalizado e centrado nas necessidades específicas do utente. Este modelo de articulação interdisciplinar promove uma resposta mais célere, holística e eficaz.

Encaminhamento por entidades da comunidade

Outra via de acesso ocorre através de instituições públicas ou comunitárias (como Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, instituições de apoio social, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), entre outras), que identificam casos de vulnerabilidade psicossocial e articulam diretamente com os enfermeiros especialistas de saúde mental na comunidade. Estes encaminhamentos permitem uma rápida sinalização e intervenção precoce em situações de risco, garantindo um acompanhamento mais próximo e adequado às especificidades do contexto comunitário.

Procura espontânea por iniciativa do utente

A terceira via de entrada é a solicitação direta do próprio utente, que, por iniciativa própria, recorre à UCC, solicitando apoio de saúde mental e psiquiátrica. Esta procura espontânea reflete, muitas vezes, um grau importante de consciência do sofrimento mental e de motivação para a mudança, permitindo ao EESMP estabelecer uma relação terapêutica desde o primeiro contacto.

O EESMP desempenha uma ação central e diferenciada nas referidas consultas. Para além da escuta ativa e da avaliação integral do estado mental, aplica técnicas e ferramentas terapêuticas especializadas, que vão desde intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, como as técnicas de entrevista motivacional, adaptadas ao contexto de enfermagem. Estas assentam uma intervenção próxima, prática e ajustada à realidade e vivências do utente.

As Consultas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na UCC têm uma função preventiva de elevada relevância, uma vez que atuam nos sinais e nos sintomas precoces de perturbações mentais ligeiras, com o objetivo de prevenir descompensações clínicas e evitar internamentos psiquiátricos. Ao promover a continuidade de cuidados em contexto comunitário, estas intervenções reforçam a rede de apoio local e contribuem significativamente para a desinstitucionalização e reintegração social dos utentes (OE, 2021).

2.2.2. Consulta de Enfermagem de Apoio à Cessação Tabágica

A epidemia do tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública mundial, causando mais de 7 milhões de mortes por ano, além de incapacidade e sofrimento prolongado devido a doenças relacionadas com o seu consumo (OMS, 2025). Todas as formas de consumo de tabaco são prejudiciais e não existe um nível seguro de exposição, incluindo ao fumo passivo, que provoca cerca de 1,6 milhões de mortes anuais (OMS, 2025). Em conformidade com a mesma fonte, cerca de 80% dos 1,3 mil milhões de utilizadores de tabaco vivem em países de baixo e médio rendimento, onde o impacto da doença e da mortalidade é mais elevado. O consumo de tabaco agrava a pobreza, desvia recursos financeiros de necessidades básicas como a alimentação e a habitação e gera elevados custos económicos, quer ao nível das despesas de saúde, quer pela perda de produtividade associada à doença e morte prematura. Entre as estratégias mais eficazes, a OMS (2025) salienta:

- i. Supervisão contínua do consumo e das políticas de controlo;
- ii. Proteção contra o fumo passivo, através de legislação antitabágica;
- iii. Apoio à cessação tabágica, abarcando o aconselhamento e a medicação;
- iv. Advertências gráficas nas embalagens e campanhas mediáticas de sensibilização;
- v. Proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco;
- vi. Aumento de impostos sobre produtos de tabaco, considerada a medida mais custo-efetiva;
- vii. Combate ao comércio ilícito de produtos de tabaco;
- viii. Novos produtos com nicotina.

Produtos mais recentes, como o tabaco aquecido, os cigarros eletrónicos e as bolsas de nicotina, contêm nicotina (substância altamente aditiva) e outras substâncias tóxicas. Apesar de algumas alegações de “redução de risco”, não existem evidências que comprovem que sejam seguros. A exposição à nicotina é particularmente prejudicial em grávidas e jovens, afetando o desenvolvimento cerebral. A OMS (2025) destaca o conflito entre os interesses da indústria do tabaco e a saúde pública. A Convenção-Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco (OMS FCTC), em vigor desde 2005, é o principal instrumento internacional nesta área, complementado pela estratégia MPOWER, que orienta os países na implementação de políticas eficazes de controlo do tabagismo (OMS, 2025).

O consumo de tabaco continua a constituir um dos principais fatores de risco evitáveis para a morbidade e mortalidade, reduzindo significativamente a qualidade de vida e a esperança

média de vida dos indivíduos. Neste contexto, a intervenção dos profissionais de saúde assume um papel determinante, sendo os enfermeiros o maior grupo profissional nos sistemas de saúde e, conseqüentemente, agentes privilegiados na promoção da cessação tabágica (Guo et al., 2022; Lima et al., 2022).

Uma revisão sistemática com meta-análise em rede de ensaios clínicos randomizados, conduzida por Zhang et al. (2025), avaliou a eficácia de diferentes intervenções lideradas por enfermeiros na cessação tabágica. O estudo incluiu 26 ensaios clínicos randomizados, envolvendo 14 367 fumadores, e comparou várias combinações de intervenções, tendo como principal desfecho a prevalência de abstinência tabágica no último momento de seguimento. Os resultados demonstraram que intervenções estruturadas lideradas por enfermeiros aumentam significativamente as taxas de cessação tabágica. Em particular, o aconselhamento contínuo associado à vareniclina revelou-se uma das estratégias mais eficazes, seguido do aconselhamento combinado com intervenção familiar e com a terapêutica de substituição nicotínica. Mesmo intervenções mais breves, como o aconselhamento curto ou aconselhamento breve integrado nos cuidados, mostraram-se superiores aos cuidados habituais, evidenciando que qualquer abordagem estruturada conduzida por enfermeiros produz benefícios relevantes (Zhang et al., 2025).

Estes dados reforçam a importância da Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica como espaço privilegiado para a implementação de intervenções baseadas na evidência. A integração sistemática de aconselhamento breve na prática clínica diária e a disponibilização de intervenções mais intensivas, quando indicado, potenciam ganhos significativos em saúde pública. Por outro lado, a abordagem liderada por EEESMP permite um acompanhamento contínuo, personalizado e centrado na pessoa, favorece a adesão terapêutica e a manutenção da abstinência a médio e longo prazo. Assim, a evidência científica sustenta que a Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica constitui uma intervenção custo-efetiva, acessível e clinicamente relevante e, como tal, deve ser reforçada enquanto estratégia estruturante nos programas de controlo do tabagismo.

Neste sentido, a cessação tabágica representa um dos maiores desafios de saúde pública, tendo em conta os elevados índices de consumo de tabaco e os inúmeros riscos associados ao seu uso prolongado. Neste contexto, a UCC tem vindo a desenvolver uma consulta específica de apoio à cessação tabágica, cuja intervenção é conduzida, em grande parte, pelo EESMP e pela equipa Médica. Esta iniciativa visa apoiar os utentes na interrupção do consumo de tabaco e promover as mudanças sustentadas no estilo de vida, com melhorias significativas na sua saúde física e mental.

A organização e o desenvolvimento da Consulta de Enfermagem de Cessação Tabágica baseiam-se nas orientações constantes no documento *Programa-tipo de atuação para a cessação tabágica*, publicado pela DGS (2007) e reiteradas em 2019, que constitui o referencial normativo para a intervenção nesta área.

O acesso à consulta pode ocorrer por duas vias principais. A forma mais frequente corresponde à referenciação efetuada pelo médico de família. Durante consultas de vigilância ou acompanhamento, quando o utente manifesta intenção de abandonar o consumo de tabaco é reconhecida a complexidade inerente ao processo de cessação, que envolve componentes físicas, emocionais, comportamentais e sociais. Nestes casos, o utente é encaminhado para a equipa da UCC, sendo acompanhado pelo EESMP, que mobiliza estratégias e técnicas de intervenção ajustadas às características e necessidades individuais.

A segunda via verifica-se quando o próprio utente recorre diretamente à UCC, motivado por iniciativa pessoal para deixar de fumar. Esta procura espontânea traduz, frequentemente, um nível elevado de motivação intrínseca, fator facilitador da adesão e do sucesso terapêutico. Nestas situações, o EESMP realiza uma avaliação individualizada, identifica necessidades específicas e inicia um plano de acompanhamento que integra componentes físicas e psicoterapêuticas, numa perspetiva centrada no empoderamento e na promoção da autonomia.

O EESMP assume particular relevância neste contexto, através da implementação de intervenções especializadas baseadas na evidência. Entre as estratégias mais utilizadas destacam-se a entrevista motivacional, orientada para a exploração e resolução da ambivalência face à mudança; as intervenções psicoeducativas, que promovem a literacia em saúde relativamente aos efeitos do tabaco e aos mecanismos de dependência; o acompanhamento terapêutico individualizado, com foco na gestão da síndrome de abstinência, controlo da ansiedade e desenvolvimento de estratégias adaptativas; e a definição de objetivos concretos e realistas, acompanhados de reforço positivo ao longo do processo. A formação especializada do EESMP, especificamente no domínio dos determinantes psicoemocionais do comportamento humano, permite-lhe uma intervenção mais integrada e humanizada, a favorecer a cessação do consumo e a prevenção de recaídas.

No decorrer do estágio na UCC, foi identificada a necessidade de complementar a intervenção com estratégias não farmacológicas que auxiliassem os utentes na gestão da ansiedade, do stresse e dos sintomas de abstinência associados ao abandono do tabaco. Neste sentido, foi desenvolvido um Guia de Relaxamento e Respiração (Apêndice II), concebido como instrumento de apoio à intervenção terapêutica. Este recurso, estruturado sob a forma de folheto informativo, inclui exercícios simples de respiração e técnicas de relaxamento, acompanhados de

orientações práticas para realização autónoma no domicílio, com a finalidade de promover a continuidade dos cuidados e incentivar a autogestão da saúde.

As técnicas incluídas foram selecionadas e ajustadas com base na evidência científica (Evins et al., 2021; Plever et al., 2024; Rice et al., 2017) que sustenta os seus benefícios na redução da ansiedade, na melhoria da regulação emocional e na diminuição do impulso associado ao consumo de tabaco, fatores determinantes para a adesão e manutenção do processo de cessação tabágica. O folheto era disponibilizado no decorrer da consulta e devidamente explicado pelo enfermeiro, apresentado como uma estratégia complementar não farmacológica integrada no plano terapêutico individualizado. O seu principal objetivo é potenciar o sucesso do tratamento, reforçando a capacidade de autocontrolo, autorregulação e resiliência do utente perante situações de maior vulnerabilidade ou risco de recaída. Deste modo, o Guia de Relaxamento e Respiração configurou-se como uma ferramenta simultaneamente educativa e terapêutica, promotora da autonomia, da literacia em saúde e do empoderamento. A sua implementação a posição do EEESMP na operacionalização de intervenções integradas, holísticas e centradas na pessoa, sempre em consonância com uma prática baseada na evidência e orientada para a recuperação.

No âmbito das intervenções da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na cessação tabágica, destaca-se o estudo de Küçükaksu et al. (2022), que teve como objetivo desenvolver uma intervenção estruturada dirigida a pessoas com hábitos tabágicos dos Países Baixos. Recorrendo ao método Delphi, os autores estabeleceram consenso entre especialistas quanto aos componentes essenciais da intervenção, identificando três pilares fundamentais: aconselhamento comportamental, tratamento farmacológico e apoio por pares. Estes elementos assumem particular relevância na prática do EEESMP, cuja intervenção integra abordagens psicoterapêuticas, educativas e motivacionais adaptadas às necessidades desta população vulnerável. O aconselhamento comportamental foi considerado central, devendo compreender a preparação para a cessação, o acompanhamento contínuo, a prevenção de recaídas e a normalização das dificuldades inerentes ao processo. Estas dimensões estão em conformidade com as competências do EEESMP na entrevista motivacional, gestão da ambivalência e promoção da autorregulação emocional. No que respeita à componente farmacológica, foi recomendada a utilização de terapêutica de substituição nicotínica, vareniclina ou bupropiona, sob supervisão médica, evidenciando a importância da articulação interdisciplinar entre enfermagem e psiquiatria (Küçükaksu et al., 2022). O estudo salienta ainda a integração do apoio por pares como parte estruturante da intervenção, para promoção do suporte emocional, partilha de experiências e reforço da motivação. Esta abordagem reforça a perspetiva de cuidados centrados na pessoa e orientados para a recuperação, princípios fundamentais da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. No que concerne à implementação, os autores destacam que a motivação e o

envolvimento da equipa são determinantes para o sucesso da intervenção, levando-os a recomendar a existência de profissionais de referência em cada equipa para liderar o processo (Küçükaksu et al., 2022). Este aspeto reforça o papel do enfermeiro especialista enquanto elemento dinamizador de programas estruturados de cessação tabágica em contexto comunitário. Assim, o estudo de Küçükaksu et al. (2022) sustenta a importância de intervenções integradas, multidimensionais e baseadas na evidência, o que patenteia a premissa de que a cessação tabágica deve ser considerada também uma prioridade clínica na prática da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Efeitos das consultas e resultados obtidos

Desde a sua implementação, este projeto tem demonstrado resultados muito positivos, com um número crescente de utentes a conseguirem cessar completamente o uso do tabaco. A combinação entre motivação pessoal, acompanhamento especializado e proximidade com a comunidade tem-se revelado um lugar-comum eficaz, com benefícios evidentes para a saúde individual dos utentes e para o sistema de saúde em geral, ao reduzir a carga associada às doenças respiratórias, cardiovasculares e oncológicas provocadas pelo tabaco. Estes resultados corroboram outras evidências (Clair et al., 2020; Jiang et al., 2024), onde ficou demonstrado que os enfermeiros aconselham frequentemente as pessoas a melhorar o seu estado de saúde através da cessação tabágica. Este aconselhamento pode assumir a forma de uma intervenção breve ou integrar programas mais intensivos e estruturados. A cessação do consumo de tabaco é fundamental para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos utentes, sendo os enfermeiros elementos-chave no apoio ao processo de abandono do tabaco.

2.2.3 Consultas em contexto de domicílio

A visita domiciliária é reconhecida como um apoio fundamental às pessoas com perturbações mentais na comunidade. A Enfermagem de Saúde e Psiquiátrica confronta-se frequentemente com situações complexas que exigem intervenção imediata. Diversos estudos (Ohtake et al., 2023; Soares et al., 2025) identificaram componentes desta área da enfermagem na visita domiciliária e os efeitos das intervenções, envolvendo abordagens psicoterapêuticas.

Neste âmbito, uma das atividades centrais desempenhadas pelo EEESMP consiste na realização regular de consultas domiciliárias, que se revelam fundamentais para o acompanhamento contínuo e a manutenção do bem-estar de utentes previamente avaliados em Consultas de Enfermagem de Saúde Mental reunindo critérios para esta valência. Estas visitas

permitem não apenas monitorizar o estado clínico e emocional dos utentes, mas também fortalecer a relação terapêutica, garantindo uma abordagem personalizada e ajustada às necessidades individuais de cada pessoa no seu contexto (Pedroso, 2011). Durante estas deslocações ao domicílio, o enfermeiro assume a responsabilidade de administrar antipsicóticos injetáveis de longa ação, assegura que a medicação seja tomada de forma correta e no tempo adequado, o que contribui significativamente para a adesão terapêutica e para a prevenção de recaídas ou complicações associadas ao transtorno mental. Desta forma, a atividade domiciliária integra-se como uma intervenção essencial que promove a continuidade dos cuidados, a segurança do utente e a promoção de uma maior qualidade de vida no contexto familiar e comunitário.

2.2.4 Administração de antipsicóticos de longa ação pela equipa saúde mental e comunitária

Em decorrência do elevado número de utentes que necessitam deste tipo de medicação injetável, a enfermeira da UCC colabora ativamente neste processo, acompanhando a administração e assegurando a proximidade e a continuidade dos cuidados. Esta cooperação entre a equipa de saúde mental e comunitária da Unidade Local de Saúde, permite otimizar os recursos disponíveis, reforçar o acompanhamento terapêutico e garantir uma resposta mais eficaz e humanizada (descentralizada) às necessidades das pessoas com doença mental grave em contexto de UCC.

Os antipsicóticos injetáveis de longa ação (*Long-Acting Injectable Antipsychotics* [LAIA]) constituem uma estratégia terapêutica relevante no tratamento de pessoas com perturbações psicóticas, nomeadamente esquizofrenia e perturbação esquizoafetiva. A sua principal vantagem reside na promoção da adesão terapêutica, redução do risco de recaída e diminuição de reinternamentos hospitalares, aspetos particularmente relevantes em contexto comunitário (Kishimoto et al., 2021).

O estudo de Murphy et al. (2023), uma *scoping review*, analisou a administração de antipsicóticos de longa ação a pessoas residentes na comunidade, destacando o papel crescente de profissionais não médicos, particularmente farmacêuticos, na sua administração. Embora o foco do estudo recaia sobre farmacêuticos, os resultados apresentam implicações diretas para a prática da equipa de saúde mental comunitária, incluindo enfermeiros especialistas. A revisão evidencia que a administração de LAIA em contexto comunitário melhora o acesso ao tratamento, promove continuidade de cuidados e aumenta a satisfação dos utentes. A descentralização da administração, tradicionalmente associada a contexto hospitalar, permite maior proximidade,

redução de barreiras logísticas e maior integração dos cuidados na comunidade. No âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o enfermeiro especialista assume um papel central neste processo, nomeadamente:

- Avaliação clínica e monitorização de sintomas psicóticos;
- Avaliação de efeitos adversos e tolerabilidade medicamentosa;
- Educação terapêutica sobre o tratamento;
- Promoção da adesão terapêutica;
- Articulação interdisciplinar com psiquiatra, farmacêutico e restantes elementos da equipa;
- Vigilância contínua do estado mental e risco de recaída.

A revisão de Murphy et al. (2023) destaca ainda que a implementação bem-sucedida da administração comunitária de LAIA exige protocolos claros, formação adequada dos profissionais, articulação interdisciplinar eficaz e enquadramento regulamentar definido. A confiança do utente no profissional e a acessibilidade do serviço são fatores determinantes para o sucesso da intervenção. Em contexto comunitário, particularmente nas UCC ou equipas de saúde mental comunitária, a administração de antipsicóticos de longa ação permite uma abordagem integrada, centrada na recuperação e na manutenção da estabilidade clínica, contribui para a redução do estigma associado ao tratamento hospitalar e promove maior autonomia da pessoa. Assim, a evidência apresentada por Murphy et al. (2023) reforça a importância da descentralização da administração de LAIA e sustenta o papel da equipa de saúde mental comunitária e em particular do EEESMP na garantia de cuidados contínuos, acessíveis e baseados na evidência.

2.2.5 Outras atividades

Comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental

A saúde mental constitui uma dimensão essencial da saúde global e do bem-estar das populações, sendo atualmente reconhecida como uma prioridade internacional. De acordo com a OMS (2025), mais de mil milhões de pessoas em todo o mundo vivem com algum tipo de perturbação mental, representando um impacto significativo ao nível individual, social e económico. Apesar da elevada prevalência, persistem desigualdades substanciais no acesso a cuidados de saúde mental adequados, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade. A OMS (2025) defende que a saúde mental deve ser integrada nas políticas públicas, nos contextos

laborais e nos serviços de saúde, uma vez que reconhece o seu papel determinante na qualidade de vida e na produtividade.

O Plano de Ação Integral para a Saúde Mental 2013-2030 estabelece metas globais orientadas para a promoção do bem-estar, redução da morbilidade associada às perturbações mentais e robustecimento dos sistemas de apoio psicossocial (OMS, 2021).

Na era moderna, a saúde mental e o bem-estar tornaram-se aspetos centrais da saúde global, adquirindo um reconhecimento crescente como componentes essenciais do bem-estar geral. A saúde mental refere-se a um estado de bem-estar emocional, psicológico e social que permite aos indivíduos lidar com o stresse, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade (Hammoudi Halat et al., 2023). O bem-estar mental, um conceito mais abrangente, em conformidade com Wu et al. (2024), abarca os aspetos positivos da saúde mental, incluindo a resiliência, a satisfação com a vida e o sentido de propósito. A saúde mental deixou de ser entendida apenas como a ausência de doença mental, passando a ser encarada como um estado holístico que integra o bem-estar emocional, psicológico e social, influenciando a forma como os indivíduos pensam, sentem e se comportam. Afeta a vida quotidiana, as relações interpessoais, a produtividade no trabalho e a qualidade de vida em geral. Contudo, o ritmo acelerado da sociedade contemporânea, marcado por rápidos avanços tecnológicos, pressões sociais e económicas e as mudanças nos estilos de vida, tem originado novos desafios à manutenção da saúde mental e do bem-estar (Hammoudi Halat et al., 2023; Wu et al., 2024).

A prevalência de perturbações mentais, como a depressão, a ansiedade e as condições relacionadas com o stresse, tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Segundo Santomauro et al. (2021), a OMS estima que aproximadamente uma em cada quatro pessoas será afetada por problemas de saúde mental em algum momento da sua vida. A urbanização, o aumento do tempo de exposição a ecrãs, a utilização intensiva das redes sociais e o enfraquecimento dos sistemas tradicionais de apoio social alteraram profundamente o panorama da saúde mental. Horas de trabalho prolongadas, insegurança económica e pressões sociais constantes para alcançar o desempenho e o sucesso têm agravado estas problemáticas, conduzindo ao *burnout*, ao stresse crónico e à fadiga mental generalizada (Magomedova & Fatima, 2025).

O surgimento da pandemia de COVID-19, em 2020, veio agravar estes desafios, resultando numa crise de saúde física e numa crise paralela de saúde mental. O isolamento social, o medo da doença, a instabilidade financeira e a incerteza quanto ao futuro contribuíram para um aumento acentuado da prevalência de problemas de saúde mental (Magomedova & Fatima, 2025). Houve um crescimento significativo dos níveis de ansiedade, depressão e

perturbação de stresse pós-traumático durante e após a pandemia, o que reforça a necessidade de fortalecer os cuidados e as estratégias de intervenção em saúde mental (Santomauro et al., 2021).

Assim, a promoção da saúde mental deve ser entendida como um investimento prioritário e sustentável, exigindo um compromisso político, institucional e profissional, de forma a garantir cuidados de qualidade e condições ambientais que favoreçam o bem-estar das populações. Neste contexto, a OMS assinala, anualmente, o Dia Mundial da Saúde Mental no dia 10 de outubro. Esta data constitui uma oportunidade para reforçar a importância da promoção da saúde mental, sensibilizar a sociedade para os desafios existentes e combater o estigma ainda associado às perturbações mentais. Sob o lema do ano de 2025, “*Tornar a saúde mental e o bem-estar uma prioridade global*”, a OMS, no âmbito do programa *Action for Happiness*, pretendeu mobilizar governos, instituições e comunidades para a necessidade de investir em políticas, estratégias e recursos que garantam o acesso equitativo a cuidados de saúde mental. A promoção do bem-estar psicológico deve ser entendida como parte integrante da saúde global, exigindo uma abordagem preventiva, inclusiva e sustentável (*Action for Happiness*, 2025).

Mais do que uma comemoração simbólica, esta data representa um apelo à ação coletiva, reforça que a saúde mental é um direito fundamental e um pilar essencial para o desenvolvimento pessoal, social e profissional.

No âmbito do estágio foi planeada e implementada uma intervenção alusiva ao Dia Mundial da Saúde Mental, celebrado a 10 de outubro. A iniciativa consistiu na elaboração de um cartaz informativo e educativo, intitulado “Desconstruindo Mitos em Saúde Mental” (Apêndice III), com o objetivo de sensibilizar e consciencializar a comunidade para a importância da saúde mental e para a necessidade de combater o estigma ainda associado às perturbações mentais.

A escolha desta intervenção justificou-se pela relevância crescente que a temática da saúde mental tem vindo a assumir no contexto atual, sendo muito reconhecido que o estigma e os preconceitos persistem como uma das principais barreiras à procura de ajuda e ao acesso a cuidados adequados. Assim, a elaboração do cartaz teve como principal propósito promover uma mudança de perceções e atitudes, contribuindo para uma maior compreensão e aceitação das pessoas que experienciam sofrimento psicológico ou doença mental.

O conteúdo foi desenvolvido com base em informação acessível a toda a comunidade, atualizada e validada, recorrendo a uma linguagem clara, de forma a atingir um público abrangente. Foram abordados alguns dos mitos mais comuns, confrontando-os com factos reais e baseados em evidência, com o intuito de corrigir falsas crenças e estimular a reflexão individual e coletiva.

O estigma, entendido como um conjunto de preconceitos e atitudes discriminatórias socialmente construídas, exerce uma influência significativa na área da psiquiatria, criando obstáculos à identificação precoce e ao tratamento adequado das perturbações mentais (Sartorius, 2007). Enraizado em normas e crenças sociais, trata-se de um fenómeno complexo e multidimensional que atravessa todos os níveis dos cuidados em saúde mental, contribui para o atraso no acesso ao tratamento, agravamento do quadro clínico e diminuição da qualidade de vida das pessoas afetadas (Sartorius, 2007).

A necessidade de enfrentar o estigma na área da saúde mental é incontornável, uma vez que os seus efeitos se fazem sentir nas pessoas com perturbações mentais que procuram ajuda e nas suas famílias, nos profissionais de saúde e na sociedade em geral. Ao nível individual, o receio de julgamento ou discriminação pode levar à evitação dos serviços de saúde mental, mesmo em situações de grande vulnerabilidade. O adiamento da procura de cuidados tende a agravar os sintomas e a comprometer o prognóstico, com impacto negativo no bem-estar global (Rodrigues et al., 2025).

No contexto familiar, o estigma pode gerar sentimentos de vergonha e isolamento, dificulta o acesso a redes de apoio e a recursos essenciais. Entre os profissionais de saúde, as atitudes estigmatizantes podem contribuir para o desgaste emocional, desmotivação e diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Mais ainda, o estigma pode criar barreiras na relação terapêutica, dificultando a construção de vínculos baseados na confiança, elemento central para a eficácia das intervenções em saúde mental (Rodrigues et al., 2025). À escala social, o estigma pode influenciar decisões políticas e institucionais, resultando na subvalorização e no subfinanciamento dos serviços de saúde mental (Reinhard et al., 2020). Assim, os seus efeitos manifestam-se a nível individual e a nível coletivo, afetando de forma transversal todo o *continuum* dos cuidados de saúde mental (Reinhard et al., 2020; Rodrigues et al., 2025; Weinreich et al., 2025).

A redução do estigma associado à saúde mental constitui um passo essencial para melhorar a qualidade e a eficácia da assistência em saúde mental e psiquiátrica. A implementação de programas e estratégias que promovam compreensão, empatia e aceitação pode incentivar mais pessoas a procurar apoio atempadamente, favorecer a deteção precoce e a intervenção adequada, fatores determinantes para melhores resultados em saúde. A desconstrução de atitudes estigmatizantes pode fortalecer a relação entre os enfermeiros e utentes e permitir abordagens terapêuticas mais individualizadas e eficazes. Importa ainda reconhecer que o estigma não se manifesta de forma uniforme. A sua expressão varia consoante os contextos culturais, sendo moldada por valores, crenças e normas sociais específicas. Compreender essas

diferenças culturais é essencial para desenvolver intervenções adequadas, culturalmente sensíveis e verdadeiramente eficazes (Reinhard et al., 2020; Rodrigues et al., 2025; Weinreich et al., 2025).

Por conseguinte, a pertinência da intervenção que foi concretizada no estágio em UCC reforça-se pelo facto de o Dia Mundial da Saúde Mental ser uma data reconhecida internacionalmente como momento privilegiado para promover ações educativas e de sensibilização. Assim, a iniciativa inseriu-se num contexto de promoção da saúde comunitária, em consonância com os princípios da OMS e com os objetivos definidos para os cuidados de saúde primários, nomeadamente a capacitação da população e o reforço da literacia em saúde.

Sessão de relaxamento guiado

No âmbito das atividades comemorativas do Dia Mundial da Saúde Mental, e dando continuidade às iniciativas previamente desenvolvidas, foi implementada uma sessão de relaxamento guiado com o objetivo de promover o equilíbrio psicológico e emocional dos profissionais de saúde da instituição. Esta intervenção integrou-se numa estratégia mais ampla de valorização da saúde mental no contexto organizacional, reconhecendo a exigência física e emocional inerente ao exercício profissional em cuidados de saúde.

A atividade decorreu numa sala previamente selecionada e preparada para o efeito, tendo sido organizada de forma a criar um ambiente propício à introspeção, tranquilidade e segurança. A disposição do espaço, a redução de estímulos externos, a iluminação suave e a seleção de música ambiente contribuíram para a construção de um cenário terapêutico favorável ao relaxamento profundo. Foram realizadas três sessões ao longo do dia, às 10h30, 12h00 e 14h00, cada uma com a duração aproximada de 40 minutos, permitindo abranger diferentes horários e facilitar a participação dos profissionais.

A divulgação foi efetuada através de cartaz informativo (Apêndice IV) e comunicação eletrónica dirigida a todos os colaboradores do Centro de Saúde e UCC, assegurando ampla acessibilidade à informação e incentivando a adesão voluntária. Participaram 23 profissionais de diferentes grupos profissionais, enfermeiros, médicos, técnicos e assistentes, o que evidencia o reconhecimento da pertinência da temática e a receptividade da equipa à promoção de estratégias de autocuidado.

A condução da sessão baseou-se num guião de relaxamento progressivo adaptado de Jacobson, especificamente adaptado ao contexto institucional (Apêndice V), com integração de técnicas de respiração consciente, relaxamento muscular progressivo e focalização da atenção no

momento presente. A intervenção privilegiou a consciencialização corporal, a identificação de tensões acumuladas e a sua libertação gradual, para promover, simultaneamente, a autorregulação emocional. O ritmo da condução foi ajustado de forma a respeitar o tempo individual de cada participante, uma intervenção que promoveu uma experiência personalizada e segura.

A escolha desta intervenção encontra suporte na evidência científica que associa práticas de relaxamento guiado à diminuição dos níveis de stresse, melhoria do humor, aumento da capacidade de concentração e reforço da resiliência emocional. Em ambientes profissionais caracterizados por elevada pressão, responsabilidade clínica e exigência emocional, como é o caso dos cuidados de saúde, estas estratégias assumem especial relevância na prevenção do *burnout* e na promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis (Kriakous et al., 2021; Spinelli et al., 2019). Contribuem ainda para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, ao favorecer profissionais mais equilibrados, atentos e emocionalmente disponíveis. Os profissionais de saúde encontram-se frequentemente expostos a situações emocionalmente exigentes e a elevados níveis de stresse ocupacional, particularmente num contexto marcado por crescente pressão assistencial, exigências de produtividade e responsabilidade clínica (Ullah et al., 2025). O stresse resulta da interação entre o indivíduo e o ambiente quando este é percecionado como ameaçador ao seu bem-estar, podendo evoluir, quando persistente, para *burnout*, entendido como um processo de exaustão emocional, despersonalização e diminuição do sentimento de realização profissional (Ullah et al., 2025). A evidência científica demonstra que o stresse e o *burnout* nos profissionais de saúde estão associados a consequências físicas e psicológicas relevantes, como ansiedade, depressão, fadiga e menor satisfação profissional, repercutindo-se também na qualidade e segurança dos cuidados prestados (Babapour et al., 2022).

Neste contexto, intervenções baseadas em *mindfulness* e redução do stresse, incluindo programas estruturados de relaxamento guiado, têm demonstrado eficácia consistente na diminuição do stresse, ansiedade e exaustão emocional, bem como no aumento do afeto positivo, da autocompaixão e da capacidade de autorregulação. Estas práticas promovem uma mudança na forma como os profissionais se relacionam com as suas experiências internas, favorecendo maior consciência, regulação emocional e respostas adaptativas ao stresse (Kriakous et al., 2021). As evidências de revisões sistemáticas e meta-análises, como relatam os autores referenciados, indicam que tais intervenções contribuem significativamente para a redução do stresse e do *burnout* em profissionais de saúde, melhoram simultaneamente o bem-estar psicológico e, em alguns casos, os resultados clínicos dos doentes. Assim, em contextos caracterizados por elevada pressão e exigência emocional, a implementação de práticas de relaxamento guiado e *mindfulness* revela-se uma estratégia pertinente para prevenir o *burnout*,

promover ambientes de trabalho mais saudáveis e potenciar cuidados de maior qualidade, sustentados por profissionais mais equilibrados, concentrados e emocionalmente disponíveis (Kriakous et al., 2021).

A avaliação da atividade em epígrafe foi realizada de forma informal, através de feedback verbal recolhido no final de cada sessão. Os participantes relataram sensações de serenidade, alívio da tensão física e mental, bem como maior clareza e disposição para retomar as suas funções. Foi igualmente manifestado o interesse na continuidade e periodicidade regular deste tipo de iniciativas, sinalizando a sua utilidade prática no quotidiano laboral.

Do ponto de vista do desenvolvimento profissional, a planificação e dinamização desta intervenção permitiram consolidar competências específicas da enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente na implementação de intervenções psicoterapêuticas não farmacológicas, na promoção de estratégias de *coping* adaptativas e na criação de contextos terapêuticos facilitadores do bem-estar. Reforçou-se, assim, o papel do enfermeiro enquanto promotor de saúde mental não apenas junto dos utentes, mas também no seio da equipa multidisciplinar, assumindo uma função ativa na humanização dos contextos organizacionais.

Face ao descrito, a sessão de relaxamento guiado constituiu uma intervenção pertinente, estruturada e alinhada com os princípios da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, contribuindo para a valorização do autocuidado profissional e para a construção de uma cultura institucional mais consciente da importância do bem-estar emocional. A iniciativa evidenciou-se como uma estratégia simples, exequível e com impacto significativo na prevenção do stress ocupacional e na promoção de um ambiente de trabalho mais saudável.

Apresentação sobre o luto

No decurso do estágio, foi-me proposto o desenvolvimento de uma apresentação subordinada ao tema do processo de luto (Apêndice VI), área que sempre suscitou o meu particular interesse do ponto de vista pessoal e profissional. Desde o primeiro momento, acolhi este desafio com elevado sentido de responsabilidade e motivação, reconhecendo-o como uma oportunidade privilegiada para aprofundar conhecimentos teóricos e refletir criticamente sobre uma temática de extrema relevância no âmbito da Saúde Mental.

O luto, enquanto experiência humana universal e simultaneamente singular, assume grande impacto na vida das pessoas, podendo, em determinados contextos, evoluir para situações de sofrimento psicológico significativo (Tahmaseb-McConatha, 2023). Luto e perda é algo que todas as pessoas irão experimentar durante a sua vida. A perda pode ser real ou

percebida e é a ausência de algo que foi valorizado. Uma perda real é reconhecida e verificada por umas pessoas, enquanto outras não conseguem ver a uma perda percebida, todavia ambas são reais para a pessoa que experienciou a perda. O luto é a parte interna da perda, são os sentimentos emocionais relacionados com a perda. Há fases normais do luto que as pessoas vivenciam. No entanto, a experiência de cada pessoa é individual. Os sentimentos de perda estão normalmente associados à morte de um ente querido, mas podem ser vividos por várias razões. As pessoas podem experimentar o luto e sentimentos da perda sobre uma mudança significativa, como a perda de um emprego, perda de uma função, perda de entes queridos (Fernández-Férez et al., 2021).

Assim, a preparação desta apresentação implicou não apenas a revisão de literatura científica atualizada, mas também uma reflexão cuidada sobre o papel do enfermeiro especialista na identificação, acompanhamento e intervenção junto de pessoas em processo de luto. Este trabalho constituiu um momento de consolidação de saberes e de integração entre teoria e prática, contribuindo de forma significativa para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Contudo, apesar do empenho investido na sua elaboração, não foi possível concretizar a apresentação durante o período de estágio, uma vez que o plano anual de formação da UCC se encontrava previamente estruturado. Ainda assim, manifestei total disponibilidade para integrar esta temática no futuro plano formativo de 2026, demonstrando interesse em contribuir para a partilha de conhecimento e para o enriquecimento formativo da equipa. Considero que a abordagem do luto em contexto institucional poderá constituir uma mais-valia para os profissionais, reforçando competências na área do apoio emocional e da intervenção precoce.

Participação em ação de formação / sensibilização

Durante o estágio, tive igualmente a oportunidade de participar numa ação de formação dedicada à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), realizada nas instalações da instituição acolhedora. A formação foi devidamente certificada, tendo sido emitido um certificado de participação.

Esta experiência revelou-se particularmente relevante para o meu percurso formativo, tendo-me permitido aprofundar conhecimentos sobre a conceptualização, diagnóstico e estratégias de intervenção na PHDA, bem como refletir sobre os desafios inerentes à sua abordagem em diferentes contextos clínicos e comunitários. A participação nesta ação contribuiu para o fortalecimento das minhas competências técnicas e para uma visão mais integrada e

fundamentada da prática clínica, reforçando a importância da formação contínua enquanto pilar essencial da qualidade dos cuidados.

De forma global, estas experiências formativas evidenciaram a importância da atualização permanente de conhecimentos e do investimento no desenvolvimento profissional, enquanto elementos estruturantes de uma prática de enfermagem especializada, ética e baseada na evidência.

3. Estágio em contexto de Internamento de doentes agudos

3.1. caracterização do contexto clínico

O internamento de utentes em situação de descompensação psiquiátrica aguda na ULS reflete o percurso da organização dos cuidados de saúde mental na região.

As infraestruturas são compostas por um edifício principal e por um edifício destinado ao Hospital de Dia, dispondo ainda de espaços exteriores, como campo de futebol, circuito de manutenção (caminhadas pedestres) e zonas de recreio natural. Integra ainda biblioteca, salas destinadas a atividades terapêuticas, gabinetes de consulta e sala de atividades lúdicas com intuito pedagógico. O setor de internamento onde o estágio foi realizado é constituído por enfermarias com capacidade aproximada, dispondo também de um quarto de isolamento destinado a situações que exijam maior vigilância clínica ou contenção terapêutica.

A equipa de enfermagem integra, no total, 30 enfermeiros, distribuídos pelas alas de homens e de mulheres. No que respeita à equipa médica, o serviço de internamento conta com 20 médicos que asseguram o acompanhamento clínico dos utentes.

O modelo de organização dos cuidados de enfermagem adotado é o método individual, no qual cada enfermeiro assume a responsabilidade por um grupo específico de utentes, para promover a continuidade de cuidados, a personalização da intervenção e a qualidade dos cuidados prestados em cada turno.

Relativamente ao rácio enfermeiro/utente, verifica-se que a adequação dos recursos humanos influencia diretamente a possibilidade de desenvolvimento de intervenções terapêuticas e atividades estruturadas. A necessidade de reforço da equipa poderá potenciar uma maior implementação de atividades terapêuticas e de reabilitação psicossocial. Porém, importa salientar que o rácio varia em função do número de utentes internados em cada momento, o que condiciona a dinâmica do serviço. Importa ainda considerar o enquadramento legal relativo às dotações seguras, designadamente o Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, que estabelece o

regime aplicável às dotações seguras de enfermeiros nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde, cuja finalidade consiste em garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, bem como a adequada resposta às necessidades dos utentes, sendo esta uma preocupação no Serviço de Internamento de utentes em situação de descompensação psiquiátrica aguda da ULS centro.

O setor de internamento masculino presta cuidados a pessoas em situação de descompensação psiquiátrica aguda e crise de saúde mental e, como tal, abarca uma população com diversos diagnósticos. Destacam-se as perturbações do humor, como a depressão *major* e a perturbação bipolar, as perturbações psicóticas, nomeadamente a esquizofrenia e outras psicoses, as perturbações de ansiedade, as perturbações associadas ao consumo de substâncias e outras perturbações neurocognitivas. O internamento é indicado quando a situação clínica compromete a segurança da própria pessoa ou de terceiros, requerendo uma avaliação intensiva, estabilização clínica e acompanhamento especializado contínuo. A admissão pode ocorrer através do Serviço de Urgência ou por referenciação da Consulta Externa, assegurando uma triagem adequada e a alocação ao setor mais apropriado de acordo com o perfil clínico e de risco.

A equipa multidisciplinar do setor de internamento para ambas as alas é constituída por diversos profissionais que asseguram uma intervenção integrada e centrada no utente. Integram esta equipa os técnicos auxiliares de saúde, que desempenham um papel essencial no apoio aos cuidados diretos e na manutenção de um ambiente terapêutico seguro e organizado. O psicólogo participa na avaliação psicológica dos utentes e na implementação de intervenções psicoterapêuticas adaptadas às necessidades identificadas. O assistente social intervém no planeamento da reinserção social, promove a articulação com os recursos comunitários e familiares, para haver a continuidade de cuidados após a alta. A terapeuta ocupacional é responsável pela dinamização de atividades terapêuticas, contribui para a promoção da autonomia e para a reabilitação psicossocial dos utentes.

A articulação entre estes diferentes profissionais, potencia uma abordagem holística, favorecendo a qualidade dos cuidados prestados e a resposta às múltiplas dimensões das necessidades dos utentes internados. Esta realidade observada no Serviço de Internamento de utentes em situação de descompensação psiquiátrica aguda em questão está em conformidade com a evidência, segundo a qual, a abordagem multidisciplinar em contexto de internamento de pessoas de utentes em situação de descompensação psiquiátrica aguda agrega profissionais de diferentes áreas, com o objetivo de assegurar cuidados centrados na pessoa. Esta equipa colaborativa, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde, atua com objetivos comuns, recorrendo à partilha

contínua de informação clínica, avaliações regulares e envolvimento ativo do utente no seu processo terapêutico (Korylchuk et al., 2024).

Neste modelo de intervenção, os profissionais das várias especialidades reúnem-se e trabalham de forma articulada, o que contribui, em tempo real e de modo coordenado, para a definição e implementação do plano terapêutico. Cada elemento da equipa desempenha um papel específico no cuidado ao utente. Os médicos e os enfermeiros asseguram a avaliação clínica, a definição do diagnóstico, o planeamento terapêutico, a monitorização da evolução clínica e a preparação da alta (Dandan et al., 2024). Os enfermeiros garantem ainda a vigilância contínua, a administração terapêutica, a gestão de sintomas agudos, incluindo a dor e a agitação psicomotora, bem como a satisfação das necessidades básicas (Korylchuk et al., 2024). A evidência demonstra que a abordagem multidisciplinar contribui para a melhoria dos resultados em saúde, sobretudo através da redução de complicações, da diminuição do tempo de internamento e da prevenção de reinternamentos, a denominada “porta giratória”, promovendo simultaneamente maior satisfação dos utentes/família e melhor articulação entre os diferentes profissionais. Este modelo favorece também a comunicação interprofissional, diminui a ocorrência de erros e fortalece a relação entre utente, família e equipa de saúde (Dandan et al., 2024; Korylchuk et al., 2024).

O EEESMP detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e profissional, resultado de processos contínuos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e maturidade emocional. Esta dimensão é fundamental para o estabelecimento de relações terapêuticas seguras, empáticas e estruturadas, especificamente em contextos de vulnerabilidade psíquica (OE, Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto de 2018).

Ao longo do ciclo vital, o EEESMP intervém junto da pessoa, família, grupos e comunidade, promove a otimização da saúde mental, previne a doença e identifica precocemente fatores de risco; desenvolve intervenções que visam a recuperação da saúde mental, através da mobilização de recursos internos e externos, para potenciar a resiliência e reforçar as dinâmicas familiares e comunitárias que favorecem a reintegração social e funcional (OE, Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto de 2018).

Compete ainda a este profissional de saúde a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, adequados às necessidades específicas de cada pessoa e contexto. Estas intervenções são planeadas com base numa avaliação especializada, sistemática e contínua, integrando diagnósticos de enfermagem, definição de objetivos terapêuticos e implementação de estratégias individualizadas, sempre numa perspetiva holística e centrada na pessoa (OE, Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto de 2018).

3.2 Atividades desenvolvidas em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda

Todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio em contexto de Internamento de Doentes Agudos, na ULS, decorreram em conformidade com o disposto nas quatro alíneas do artigo 4.º do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto de 2018, o que reflete a operacionalização efetiva das competências específicas do EEESMP. A prática desenvolvida integrou os domínios da avaliação clínica especializada, da intervenção terapêutica estruturada, da promoção da saúde mental e da reabilitação psicossocial.

As atividades concretizadas também estiveram em consonância com o disposto no Capítulo II, artigo 4.º, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, encontram-se definidas quatro áreas nucleares de atuação: “a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4745). Estas dimensões constituem pilares estruturantes da prática especializada, orientando o exercício profissional para padrões elevados de rigor, responsabilidade e competência. A sua integração na prática clínica garante a excelência dos cuidados prestados e a promoção da segurança, da qualidade assistencial e do bem-estar das pessoas, famílias e comunidades acompanhadas.

A responsabilidade profissional, ética e legal implicou sempre, como já é inerente à minha prática profissional diária, que a minha ação estivesse sustentada em referenciais axiológicos sólidos, designadamente os princípios da beneficência, da não maleficência, do respeito pela autonomia e da justiça. Estes princípios orientaram a tomada de decisão clínica e garantiram que o meu exercício profissional se desenvolvesse de forma consciente, crítica e responsável. Neste enquadramento, é sempre indispensável que tenhamos o conhecimento e que consultemos regularmente o Código Deontológico do Enfermeiro, um documento que define os direitos, deveres e padrões de conduta inerentes à prática de enfermagem (OE, 2015). Este normativo consagra valores universais que estruturam a relação terapêutica e interprofissional, tais como a verdade, a equidade, a responsabilidade e o compromisso com a melhoria contínua.

Assim sendo, no âmbito da responsabilidade ética, procurei integrar na minha prática a salvaguarda dos direitos humanos como eixo estruturante da intervenção de enfermagem. Ao longo do estágio, assegurei a prestação de cuidados de forma justa, imparcial e equitativa, com especial atenção em relação às pessoas em situação de maior vulnerabilidade. Adotei uma abordagem centrada na pessoa, reconhecendo sempre cada utente como um ser integral, com toda a dignidade e possuidora de um conjunto singular de crenças, valores culturais, convicções religiosas e orientações pessoais. Em todas as intervenções desenvolvidas, procurei respeitar

essas particularidades, evitei quaisquer formas de discriminação e promovi um ambiente terapêutico seguro e inclusivo. A minha atuação foi, assim, orientada por princípios de justiça, empatia e respeito pela diversidade e dignidade da pessoa humana, reforçando uma prática ética, humanizada e alinhada com os referenciais deontológicos da profissão.

Em contexto de internamento, à semelhança do contexto comunitário foi elaborado um cronograma de atividades (Apêndice VII) com atividades a desenvolver. As intervenções desenvolvidas foram criteriosamente planeadas e executadas, tendo em consideração a particular vulnerabilidade das pessoas com doença mental. Por conseguinte, garanti continuamente o respeito pela privacidade, confidencialidade e autodeterminação de cada pessoa alvo dos meus cuidados, sendo sempre assegurada a obtenção de consentimento informado antes da realização de qualquer procedimento, bem como promovi uma prática segura, ética e centrada na pessoa.

Em contexto hospitalar, particularmente em unidades de internamento de agudos, o enfermeiro especialista desempenha um papel determinante na avaliação clínica, na gestão de situações críticas e na articulação com a equipa multidisciplinar. Segundo Ferreira e Martins (2022), a intervenção junto da pessoa em situação aguda exige competências técnicas diferenciadas e uma abordagem holística, com vista à prevenção de complicações e à otimização do prognóstico. Durante o estágio, desenvolvi atividades como vigilância clínica contínua, elaboração e implementação de planos de cuidados individualizados e atuação em situações emergentes, sempre sustentadas por reflexão crítica e pela valorização da humanização dos cuidados. A comunicação eficaz com a equipa e o apoio emocional à pessoa e à família revelaram-se fundamentais para a qualidade assistencial (Santos & Rodrigues, 2020). As decisões clínicas foram orientadas pelos princípios da beneficência e da não maleficência, garantindo a segurança e o respeito pela dignidade da pessoa.

Em contextos diferenciados, como o internamento de pessoas com doença mental crónica, torna-se essencial gerir a complexidade clínica e emocional inerente. Santos e Lima (2020) defendem que o cuidado nestas situações deve ser contínuo e integrado, contemplando as dimensões física e psíquica, bem como estratégias promotoras de autonomia e suporte familiar. Ao longo do estágio, implementei intervenções de comunicação terapêutica, gestão do sofrimento psíquico e acompanhamento à família, reforçando a individualização dos cuidados. A reflexão desenvolvida evidenciou ainda a importância do autocuidado profissional e da resiliência emocional como fatores promotores da qualidade dos cuidados. De acordo com a OE (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), a prática ética exige o respeito pela dignidade e autonomia da pessoa, promovendo processos de decisão partilhada e centrados nas suas necessidades.

Reitero que, em contexto de elevada complexidade clínica, caracterizado por situações de crise, descompensação psicopatológica e risco acrescido, foram mobilizadas competências técnico-científicas e relacionais que asseguraram a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados. Destacam-se intervenções como a gestão de crise, a contenção emocional, a implementação de planos terapêuticos individualizados, a promoção da adesão ao regime terapêutico, a educação para a saúde e o envolvimento da família no processo de recuperação.

A intervenção do EEESMP não se limita à identificação e gestão de respostas emocionais ou comportamentais desadaptativas, abrange igualmente a atuação precoce perante situações de sofrimento psíquico, descompensações emocionais e perturbações mentais. À luz da teoria das relações interpessoais de Peplau (1991), a relação terapêutica constitui um elemento estruturante do cuidado, na medida em que possibilita a criação de um vínculo assente na empatia, na confiança e na participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação.

Face à complexidade inerente às problemáticas em saúde mental, torna-se imprescindível que o enfermeiro desenvolva um juízo clínico diferenciado, sustentado em competências psicoterapêuticas e relacionais, garantindo uma intervenção global e integrada. Tal abordagem permite responder de forma individualizada às necessidades específicas de cada pessoa e considerar o seu contexto de vida e as suas particularidades (Santos & Veiga, 2020). Os mesmos autores defendem que a enfermagem não se esgota no domínio técnico-científico, integra também o *saber agir* e, sobretudo, o *saber ser*, dimensões indispensáveis à prestação de cuidados de excelência. Como tal, ao longo do estágio, refleti continuamente reflexão sobre as experiências vivenciadas, tal como o fiz em contexto comunitário, uma vez que o aprendido nos dois estágios me proporcionou o desenvolvimento e a consolidação de competências em Saúde Mental e Psiquiátrica. Em ambos os cenários, destacou-se particularmente a centralidade da relação terapêutica como instrumento fundamental da prática especializada, tendo sempre reforçado a importância da dimensão relacional no cuidado em enfermagem.

No início do estágio em contexto de internamento de pessoas em fase aguda, foi realizada uma caracterização da população internada, com especial enfoque nos diagnósticos clínicos predominantes, no grau de *insight* relativamente à doença e na capacidade de participação em intervenções estruturadas. Esta avaliação diagnóstica permitiu-me identificar necessidades específicas ao nível da literacia em saúde mental e da adesão ao regime terapêutico, fundamentando o planeamento de intervenções adaptadas ao perfil clínico e funcional das pessoas internadas.

Em resposta às necessidades identificadas, foi delineado e implementado um programa estruturado de educação para a saúde, organizado em sessões temáticas e operacionalizado

através de suporte multimédia (Apêndice VIII). As temáticas abordadas incluíram: *Higiene do Sono*, *Gestão do Regime Terapêutico* e *Prevenção de Recaídas*. Estas sessões foram concebidas com recurso a linguagem clara, exemplos práticos e momentos de partilha, bem como a promoção da participação ativa e a reflexão crítica das pessoas envolvidas. Estas atividades corroboram Nóbrega e Figueiredo (2020), segundo os quais, a educação para a saúde fortalece a autonomia e a melhora o bem-estar holístico. Evidências mostram que a educação para a saúde é uma ferramenta promotora de autonomia, autoestima, bem-estar e independência funcional (Costa et al., 2021; Emauz, 2021).

Foram dinamizadas atividades de estimulação cognitiva com forte componente prática e grupal, visando o treino de funções como a atenção, memória, linguagem e raciocínio. Entre as estratégias utilizadas destacam-se exercícios como sopa de letras, palavras cruzadas, jogo do “Stop” e a atividade “Completa o Provérbio”. Estas dinâmicas favoreceram não só o estímulo cognitivo, mas também a interação social, o reforço da autoestima e o sentimento de pertença ao grupo. A estimulação cognitiva é uma intervenção destinada a pessoas com perturbações de saúde mental que oferece um conjunto diversificado de atividades agradáveis, proporcionando-lhes uma estimulação global das suas capacidades de pensamento, concentração e memória, individual e/ou em pequenos grupos. Distingue-se de outras abordagens, como o treino cognitivo e a reabilitação cognitiva, pelo seu foco mais abrangente e pela forte componente social, tendo como objetivo melhorar a funcionalidade cognitiva e promover a qualidade de vida e o humor (Woods et al., 2023). A estimulação cognitiva envolve a participação da pessoa em atividades como orientação para a realidade, jogos de palavras e jogos de tabuleiro, com o objetivo de potenciar funções cognitivas como a atenção, a memória e as funções executivas (Fatima et al., 2025; Woods et al., 2023). As formas de aplicação variam entre abordagens mais tradicionais, como a orientação para a realidade e o uso de cadernos de exercícios e estratégias mais recentes, como aplicações de “*brain training*” e jogos *online* (Fatima et al., 2025; Woods et al., 2023).

Com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções implementadas, foi aplicado um questionário antes e após as sessões de educação para a saúde com perguntas consoante o tema apresentar, com o objetivo de analisar os ganhos em conhecimento e a perceção da vantagem das temáticas abordadas. Na globalidade, verifiquei que a maioria das pessoas reunia critérios clínicos e cognitivos para integrar as atividades propostas, tendo registado uma evolução positiva ao nível da aquisição de conhecimentos e da consciencialização para a importância da autogestão da saúde mental.

Foi constante uma tomada de decisão partilhada, envolvendo a pessoa e os elementos da equipa de saúde. A supervisão regular e o acompanhamento contínuo foram considerados elementos essenciais para promover a autogestão do regime terapêutico em contexto de internamento. Pude observar a preocupação, por parte de todos os profissionais de saúde, em manter uma supervisão adequada da toma efetiva da medicação, prevenindo eventuais erros, omissões, sobredosagens ou utilizações inadequadas. Neste sentido, durante o estágio, procurei assegurar que a autogestão da medicação fosse sempre acompanhada por orientação e supervisão profissional, ajustada ao grau de autonomia e responsabilidade de cada pessoa, como defendem Loots et al. (2022). Observei que a participação ativa da pessoa no processo, em articulação com a equipa de enfermagem e o médico, favoreceu uma abordagem mais segura e eficaz.

Durante o estágio, foi dada especial atenção à escuta ativa da pessoa relativamente à sua experiência com a medicação, incluindo a perceção de dificuldades, experiências anteriores e sentimentos associados à toma. Esta postura permitiu integrar a perspetiva da pessoa no processo de decisão, uma estratégia para evitar interpretações unilaterais por parte dos profissionais e promover uma verdadeira decisão partilhada, centrada nas necessidades e capacidades individuais. A humanização dos cuidados em saúde constitui um processo abrangente e multidimensional, que considera a pessoa na sua totalidade, biológica, psicológica, social e espiritual. No contexto da saúde mental, esta dimensão assume particular relevância, uma vez que a própria condição clínica pode comprometer a capacidade da pessoa participar de forma plena e consciente no seu processo de cuidados, sobretudo em situações marcadas por comportamentos de autoagressividade ou heteroagressividade (Sanz-Osorio et al., 2024). Assim, torna-se fundamental reforçar práticas centradas na pessoa, investir na qualificação das equipas e promover ambientes terapêuticos que minimizem a utilização de medidas restritivas, garantir simultaneamente a segurança, a dignidade e os direitos fundamentais da pessoa em situação de vulnerabilidade (Campino & Dixe, 2025).

A escuta é uma das competências-chave que os EEESMP necessitam para construir relações terapêuticas eficazes com a pessoa. A relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa internada assume uma relevância acrescida, constituindo o eixo estruturante da intervenção especializada. Esta é concetualizada como um processo interpessoal terapêutico significativo, que atua de forma articulada com outros processos humanos promotores de saúde (Hartley et al., 2020). No contexto de internamento, onde a pessoa pode vivenciar sentimentos de perda de controlo, medo ou ambivalência face ao tratamento, a construção desta relação exige do EEESMP uma presença intencional, empática e eticamente sustentada. A evidência demonstra que a qualidade desta relação tem impacto significativo nos resultados em saúde mental (Hartley et al.,

2020). Assim, a relação terapêutica entre o EEESMP e a pessoa internada não é somente um instrumento de intervenção, mas o próprio fundamento do cuidar em saúde mental, especialmente quando a pessoa se encontra numa situação de maior vulnerabilidade e restrição da “liberdade”.

Dando continuidade à reflexão sobre a minha prática no presente contexto, contrariamente às experiências formativas anteriores, neste estágio foi privilegiada a intervenção grupal enquanto estratégia terapêutica estruturada, para possibilitar a aplicação prática de competências específicas do EEESMP, nomeadamente ao nível da condução de grupos, promoção da reabilitação psicossocial e reforço de competências adaptativas. O retorno obtido foi muito positivo, a evidenciar satisfação, envolvimento e reconhecimento da utilidade das atividades desenvolvidas em contexto de internamento.

Importa ainda salientar que, no período natalício, foi planeada e dinamizada uma sessão de cinematerapia subordinada à temática do Natal, que contou com elevada adesão e participação ativa. A atividade promoveu momentos de partilha emocional, reflexão e robustecimento de vínculos interpessoais, tendo decorrido de forma estruturada e com impacto terapêutico significativo. A cinematerapia e as intervenções terapêuticas baseadas em vídeo são técnicas artísticas que utilizam material audiovisual para ajudar a pessoa a compreender e a refletir sobre as suas dificuldades psicológicas ou emocionais. Na cinematerapia recorrem-se a filmes comerciais, enquanto nas intervenções em vídeo são utilizados conteúdos criados especificamente para fins terapêuticos (Sacilotto et al., 2022).

Através das histórias e de personagens apresentadas no ecrã, que vivenciam problemáticas semelhantes às da pessoa, é possível promover uma compreensão das dificuldades a partir de uma perspetiva externa, em “terceira pessoa”. Este distanciamento facilita a reflexão e permite considerar novas formas de lidar com os desafios. Ao assistir ao filme, os enfermeiros e as pessoas partilham uma experiência comum, criando uma linguagem partilhada que fortalece a aliança terapêutica e facilita a expressão emocional (Sacilotto et al., 2022). Neste enquadramento, a dinamização da referida sessão de cinematerapia subordinada à temática do Natal revelou-se particularmente significativa, cujo ambiente temático favoreceu sentimentos de pertença, esperança e ligação interpessoal, um significativo contributo para o reforçar vínculos e com efeito positivo no bem-estar holístico das pessoas cuidadas.

3.2.1 Outras experiências

Durante o período de estágio (novembro de 2025 a janeiro de 2026), o DPSM atravessou uma fase de transição no sistema de informação clínica, com a substituição da plataforma GLINT

pelo SClínico. Esta mudança constituiu um avanço significativo na informatização e uniformização dos registos clínicos, promovendo a comunicação entre profissionais e a continuidade dos cuidados. A vivência deste processo permitiu compreender, na prática, os desafios organizacionais associados à implementação de novas tecnologias em contexto clínico.

No âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental, e com o objetivo de melhorar o acesso aos cuidados, reduzir a institucionalização e integrar a saúde mental no sistema geral de saúde, encontra-se em construção um novo espaço físico. A mudança para estas novas instalações está prevista brevemente, representando um passo relevante na modernização, centralização e acessibilidade dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

Reuniões multidisciplinares

Durante o estágio, tive a oportunidade de integrar reuniões multidisciplinares que reuniam diversos profissionais de saúde, compreendendo enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros técnicos envolvidos no processo terapêutico. Estes momentos constituíram espaços privilegiados de análise conjunta, permitiram a partilha estruturada de informação clínica, a discussão fundamentada de casos e a articulação entre diferentes perspetivas profissionais.

Atualmente, a saúde mental é reconhecida como um elemento central do bem-estar individual e da estabilidade social. Neste enquadramento, a intervenção multidisciplinar em saúde mental afirma-se como um modelo essencial de cuidados, ao permitir a articulação de diferentes competências profissionais e a construção de respostas humanizadas e ajustadas às necessidades específicas de cada pessoa (Ribeiro et al., 2024). Esta abordagem transforma a forma de compreender, avaliar e intervir em saúde mental, ao considerar a pessoa num olhar holístico, ter em conta a sua história de vida, os seus fatores de vulnerabilidade, os recursos pessoais e seus objetivos de recuperação, integrando dimensões biológicas, psicológicas e sociais no planeamento terapêutico (Ribeiro et al., 2024).

As intervenções holísticas valorizam práticas como o *mindfulness* e a meditação, uma alimentação equilibrada, a atividade física regular, o sono adequado, a gestão do stresse e o robustecimento das relações sociais. Estas estratégias promovem melhorias na regulação emocional, na resiliência e na qualidade de vida. Além disso, podem integrar terapias complementares, como a arte, a música, o yoga, entre outras, articuladas com abordagens convencionais, o que contribui para um plano de cuidados mais abrangente e adaptado às necessidades individuais de cada pessoa alvo dos cuidados (Ben Simon et al., 2022). As intervenções holísticas e em equipa multiprofissional assentam no princípio de que o bem-estar

resulta do equilíbrio entre corpo, mente e dimensão espiritual, entendida como o sentido de propósito, significado e ligação a algo maior do que o próprio. Ao apoiar a capacidade natural de autorregulação e recuperação da pessoa, estas intervenções favorecem não só a redução do risco de depressão e outras perturbações, mas também o desenvolvimento sustentável de saúde mental, autonomia e qualidade de vida (Ben Simon et al., 2022; Ribeiro et al., 2024).

A intervenção multidisciplinar baseia-se numa atuação coordenada entre os vários profissionais, como enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros, que colaboram na avaliação, definição e implementação de planos de cuidados centrados na pessoa, sempre numa visão holística. Parte-se do pressuposto de que a saúde mental resulta da interação de múltiplos fatores, pelo que nenhuma área profissional, isoladamente, consegue responder à complexidade das situações clínicas (Haines et al., 2018).

Entre os principais objetivos desta abordagem destacam-se:

- Identificar e tratar perturbações mentais de diferente complexidade;
- Promover a reabilitação psicossocial e a autonomia funcional;
- Facilitar a reintegração na comunidade, no contexto escolar ou profissional;
- Apoiar familiares e cuidadores, prevenindo sobrecarga emocional;
- Contribuir para a melhoria sustentada do bem-estar e da qualidade de vida (Haines et al., 2018).

Pelo exposto e face ao vivenciado no estágio, concluo que a eficácia deste modelo assenta numa comunicação contínua entre os profissionais, na construção conjunta dos planos terapêuticos e na monitorização sistemática da evolução da pessoa. Esta articulação favorece a continuidade dos cuidados, diminui o risco de recaídas e reforça a participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação. A dinâmica colaborativa destas reuniões favoreceu uma compreensão mais ampla da situação clínica, funcional e psicossocial de cada utente, um grande contributo para uma visão muito mais completa do processo de cuidados. Neste contexto, foram delineados e reajustados planos terapêuticos individualizados, construídos de forma transversal e articulada, tendo sempre como referência as necessidades específicas, os recursos pessoais e os objetivos de recuperação definidos. A participação ativa neste processo reforçou a importância do trabalho em equipa multidisciplinar na garantia de cuidados holísticos e humanizados, cuidados contínuos e centrados na pessoa. Simultaneamente, permitiu-me evidenciar o contributo diferenciado do EEESMP, especificamente ao nível da avaliação especializada, da definição de intervenções terapêuticas e da promoção de estratégias que potenciam a autonomia e a reabilitação psicossocial.

Programa de consciencialização

Durante o estágio, integrei, por diversas vezes, o Programa de Consciencialização, um programa de melhoria contínua implementado no serviço de internamento. Os utentes que reúnem critérios clínicos e funcionais para a sua integração eram propostos para participar no referido programa, dinamizado por profissionais específicos que receberam formação direta por parte do seu criador, para assegurar a fidelidade e qualidade da intervenção.

Este programa tem como principal objetivo promover o aumento do *insight* clínico dos utentes relativamente ao seu quadro clínico e o diagnóstico que lhe foi atribuído, favorecendo a consciencialização da sua condição de saúde. Para esse efeito, são trabalhados diversos aspetos fundamentais do quotidiano, tais como a alimentação, a higiene do sono, a gestão do regime terapêutico, a prevenção de recaídas e a identificação de recursos de apoio na comunidade. O Programa de Consciencialização tem demonstrado resultados muito positivos na promoção da saúde mental e na prevenção de reinternamentos, constituindo uma intervenção estruturada e de elevado impacto no processo de recuperação dos utentes (Haslam & Tse, 2025; Rolduà-Ros et al., 2025).

Equipa de primeiro surto psicótico

No decorrer do estágio, também integrei e compreendi o funcionamento da Equipa de Primeiro Surto Psicótico (EPSP), um programa de melhoria contínua implementado em contexto de internamento. Este programa tem como principal objetivo trabalhar o *insight* clínico dos utentes que vivenciam um primeiro surto psicótico, promover a compreensão do seu quadro patológico e facilitar o reconhecimento da doença numa fase precoce.

O programa é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar específica, constituída essencialmente por enfermeiros e médicos, que trabalham de forma articulada com o intuito de prevenir novos surtos psicóticos. Ao longo da intervenção, é promovida a literacia em saúde relacionada com os conceitos de “surto” e “psicose”, sendo fornecidas aos utentes informações claras, bem como ferramentas terapêuticas que permitem o reconhecimento de sinais e sintomas, a identificação de fatores de risco e a adoção de estratégias de prevenção, contribuindo assim para a redução de recaídas e para a melhoria da adesão ao tratamento.

O primeiro surto psicótico representa uma fase crítica e frequentemente perturbadora na trajetória das pessoas com perturbações psicóticas. Esta fase inicial caracteriza-se pelo aparecimento de sintomas de psicose, incluindo alucinações, delírios e pensamento desorganizado, que podem afetar profundamente a perceção da realidade e a capacidade de

funcionamento na vida quotidiana (Rolduà-Ros et al, 2025; Sawma et al., 2024). O primeiro surto psicótico constitui igualmente um período de elevado risco para o desenvolvimento de condições psiquiátricas de longa duração, sendo influenciado por uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais que moldam o curso da doença. Para além dos desafios clínicos imediatos, as pessoas que experienciam o programa enfrentam frequentemente um peso psicológico e social significativo, vindo a emergir num contexto que ainda tende a estigmatizar as perturbações mentais. O estigma associado à psicose envolve a rejeição social e sentimentos pessoais de inadequação ou vergonha, fatores que agravam o sofrimento e dificultam o processo de recuperação (Rolduà-Ros et al, 2025; Sawma et al., 2024).

Durante este período crítico, as pessoas com primeiro surto psicótico confrontam-se frequentemente com estigma social, que pode evoluir para autoestigma. Esta internalização da rejeição social afeta a identidade e a autoestima, com implicações profundas no bem-estar global. A experiência de autoestigma pode conduzir a sentimentos de desesperança, isolamento e afastamento do tratamento e das redes de apoio social (Farooq et al., 2024). Como consequência, estas pessoas podem tornar-se menos propensas a procurar ajuda, a aderir aos regimes terapêuticos prescritos ou a estabelecer ligações sociais significativas, componentes fundamentais no processo de recuperação. Este ciclo negativo compromete significativamente a recuperação, diminui a qualidade de vida e afeta de forma adversa os resultados funcionais a longo prazo. Assim, a intervenção precoce é fundamental para aliviar estes efeitos nocivos, apoiar a recuperação e melhorar as trajetórias clínicas e funcionais das pessoas com o primeiro surto (Farooq et al., 2024). Para responder a estes desafios, a equipa de intervenção do âmbito do PSP desempenha um papel muito importante para promover o *insight*, o bem-estar psicológico e a resiliência.

Preparação para alta clínica

Durante o decorrer do estágio, acompanhei utentes ao longo de todo o seu percurso de internamento, desde o momento da admissão (recepção) até ao momento da alta clínica. Foi possível contribuir ativamente para o processo de preparação para a alta, o qual se inicia desde o primeiro dia de internamento, através da promoção do *insight*, do reforço da adesão terapêutica e do desenvolvimento de competências necessárias à continuidade de cuidados. Neste contexto, assumi um papel de agente facilitador da mudança, através do apoio contínuo dos utentes no seu processo de recuperação e adaptação, com vista à sua reintegração e manutenção da estabilidade clínica após a alta.

Após um período de internamento e uma melhoria dos sintomas, as pessoas com doença mental podem experienciar preocupações e dilemas relativamente à vida após a alta. Podem sentir o futuro como incerto e percecionar-se numa posição de maior vulnerabilidade (Gowda et al., 2019). Fatores como a falta de *insight* relativamente à doença, a ausência de suporte social, uma relação terapêutica de fraca qualidade entre profissional de saúde e utente, a conclusão errada de que a medicação já não é necessária e o reduzido conhecimento sobre a própria doença contribuem frequentemente para a não adesão ao tratamento após a alta hospitalar (Gowda et al., 2019).

A não adesão terapêutica pode conduzir ao agravamento dos sintomas, ao aumento do risco de comportamentos agressivos ou perigosos, a tentativas ou concretização de suicídio, a reinternamentos prolongados, a custos elevados, à diminuição da qualidade de vida e ao comprometimento do funcionamento global (Gowda et al., 2019).

Por isso, o momento da alta deve ser entendido como um acontecimento significativo e como parte integrante do processo terapêutico. Pude, assim, constatar que o planeamento da alta consiste num processo formal que conduz ao desenvolvimento de um programa contínuo e individualizado de cuidados e apoio, ajustado às necessidades objetivamente avaliadas da pessoa no momento da saída do hospital. Este processo contempla intervenções sociais, culturais, terapêuticas e educativas necessárias para salvaguardar e promover a saúde e o bem-estar da pessoa na comunidade.

3.3. Considerações das atividades desenvolvidas

Todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio alicerçaram-se nas competências específicas do EEESMP, conforme preconizado no Artigo 4.º do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto de 2018, da OE, designadamente:

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

A prática desenvolvida permitiu-me consolidar um elevado nível de conhecimento e de consciência de mim próprio enquanto pessoa e enquanto enfermeiro, através da reflexão contínua sobre as intervenções realizadas, do contacto próximo com os utentes em situação de vulnerabilidade psicológica e da integração progressiva no contexto clínico. O estágio constituiu, assim, um espaço privilegiado de desenvolvimento pessoal e profissional, favoreceu processos de autoconhecimento e de amadurecimento enquanto futuro EEESMP.

No âmbito da assistência à pessoa ao longo do ciclo vital, bem como à sua família, grupos e comunidade, foram desenvolvidas intervenções com foco na otimização da saúde mental, designadamente através da promoção da literacia em saúde, da educação para a saúde e da implementação de programas estruturados em contexto de internamento. As sessões de educação para a saúde, as dinâmicas de estimulação cognitiva e a participação em programas específicos, como o Programa de Consciencialização e o Programa de Primeiro Surto Psicótico, permitiram intervir de forma integrada, respeitando as dinâmicas individuais e grupais, e promovendo a compreensão do processo de doença e dos fatores associados à recuperação.

A ajuda à pessoa na recuperação da saúde mental foi um eixo central da prática desenvolvida, com mobilização das dinâmicas próprias do contexto de internamento e valorizada a intervenção precoce, contínua e centrada na pessoa. O acompanhamento dos utentes, desde a admissão até à alta, possibilitou uma intervenção longitudinal, favoreceu o desenvolvimento do *insight* clínico, a adesão ao regime terapêutico e a aquisição de estratégias de prevenção de recaídas. O trabalho em equipa multidisciplinar permitiu a construção de planos de cuidados integrados, ajustados às necessidades específicas de cada utente, potenciando a continuidade de cuidados após a alta.

No que respeita à prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, o estágio possibilitou a aplicação prática destas intervenções em contexto individual e grupal. As sessões de educação para a saúde, as atividades de grupo, a cinematerapia e as intervenções de estimulação cognitiva constituíram estratégias fundamentais para a manutenção, melhoria e recuperação da saúde mental dos utentes. Estas intervenções foram desenvolvidas tendo em conta a singularidade de cada pessoa, bem como a sua integração familiar, social e comunitária, reflexos de uma prática especializada, fundamentada e coerente com as competências do EEESMP.

No presente estágio, não realizei um estudo de caso, tendo optado pela elaboração de uma revisão narrativa da literatura. Esta decisão prendeu-se com o facto de a prática desenvolvida se ter centrado maioritariamente na implementação de intervenções individuais e grupais, consideradas fundamentais no contexto de internamento de doentes agudos. A aposta

nestas intervenções permitiu uma atuação mais direta na promoção da autonomia, da recuperação e do fortalecimento das competências pessoais e sociais dos utentes, ou seja, privilegiei uma abordagem terapêutica contínua e holística.

Por outras palavras, considerei fundamental sustentar a minha atuação na melhor evidência científica disponível, com plena consciência de que a prática baseada na evidência constitui condição “*sine qua non*” para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Esta opção permitiu-me fundamentar as intervenções desenvolvidas, garantir que as mesmas respondessem de forma eficaz e adaptada às necessidades específicas de cada pessoa em contexto de internamento. Ao integrar o conhecimento científico atualizado na experiência clínica e as preferências da pessoa, procurei prestar cuidados individualizados, humanizados e centrados na pessoa, bem como para promover a dignidade, a autonomia e o respeito pelo seu percurso de vida.

4. Competências desenvolvidas

Neste capítulo procedo a uma reflexão sobre as competências comuns e específicas desenvolvidas ao longo do percurso formativo, nos diferentes contextos de atuação. Por conseguinte, começo com a abordagem das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019, Regulamento n.º 140/2019), seguindo-se a análise das competências específicas do EEESMP (OE, 2018; Regulamento n.º 515/2018).

A prática reflexiva tem sido identificada como um recurso importante para o autoconhecimento e a autoconsciência. A reflexão incentiva os estudantes a mobilizar conhecimentos e experiências prévias, permitindo a identificação de pontos fortes e fragilidades pessoais (Hallaran et al., 2023). Contribui ainda para o desenvolvimento da competência clínica, ao apoiar o desenvolvimento profissional, melhorar a tomada de decisão e reforçar as capacidades de raciocínio clínico (Del Vecchio et al., 2024; Hallaran et al., 2023). A reflexão permite igualmente reduzir a ansiedade e as emoções negativas de enfermagem, promove a confiança e influencia positivamente a saúde mental, o que se traduz numa maior satisfação e numa maior motivação para prestar cuidados de qualidade (Del Vecchio et al., 2024). Esta prática reflexiva sustentou a minha compreensão da realidade vivenciada e permitiu-me aprofundar o conhecimento através do desenvolvimento da autoconsciência, melhorar a minha análise de pensamentos e de emoções, vem como orientar o desenvolvimento profissional através da definição de planos de ação e estabelecimento de objetivos.

4.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista detém reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados nas respetivas áreas de especialização, um conjunto de competências transversais aplicáveis em diferentes contextos de cuidados de saúde, destacando-se a educação para a saúde junto de utentes e suas famílias, a

orientação e supervisão de colegas, o aconselhamento, a liderança, bem como a responsabilidade de interpretar, divulgar e desenvolver investigação relevante, um contributo significativo para o progresso e para a melhoria contínua da prática de Enfermagem (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

Para além da prestação de cuidados especializados, este profissional de saúde possui quatro áreas de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

A OE (2015), através do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), estabelece no seu Artigo 8.º que todos os enfermeiros devem adotar uma conduta ética e responsável, pautada pelo respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos (OE, 2015). No contexto da ESMP, a dimensão ética assume particular relevo, tendo em conta a vulnerabilidade inerente à pessoa com doença mental. É de salientar que esta assume especial expressão em situações de tratamento involuntário, nas quais podem emergir conflitos entre o princípio da autonomia e os princípios da beneficência e não maleficência, com o objetivo de prevenir danos para o próprio ou para terceiros. Ainda assim, independentemente dessas circunstâncias, a dignidade da pessoa humana deve constituir sempre o valor central orientador da prática.

No âmbito das competências do enfermeiro especialista, destaca-se a capacidade de tomada de decisão baseada em princípios éticos, valores e normas deontológicas. Ao longo do percurso formativo, assegurei uma prática profissional fundamentada, sustentada no conhecimento científico e na experiência adquirida, centrada na pessoa com doença mental e na sua rede de suporte, numa perspetiva holística. A avaliação das decisões tomadas foi realizada de forma contínua, tendo sempre em consideração o processo e os resultados obtidos. Neste contexto, assegurei também o respeito pela autonomia e autodeterminação da pessoa nos cuidados de saúde (OE, 2019; Regulamento n.º 140/2019), embora reconhecendo que, em situações de doença mental grave ou descompensação, esta capacidade possa encontrar-se comprometida. Assegurei continuamente o cumprimento do princípio da confidencialidade, salvaguardando a identidade de todos os envolvidos, demonstrando que os cuidados de enfermagem assentam numa relação de cooperação, na promoção da autonomia da pessoa e na sua participação ativa nas decisões relativas ao seu processo terapêutico.

O reconhecimento da singularidade de cada pessoa constitui um princípio fundamental da prática de enfermagem. Cada pessoa dispõe de recursos próprios que lhe permitem lidar com as exigências da vida e tomar decisões relativas à sua saúde, cabendo ao enfermeiro facilitar o desenvolvimento dessas potencialidades através de estratégias adequadas. A qualidade em

saúde traduz-se na prestação de cuidados acessíveis, equitativos e ajustados às necessidades dos cidadãos, promovendo simultaneamente a sua satisfação e adesão (Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio de 2015).

No âmbito da prática clínica, estes princípios assumem especial relevância na garantia de um ambiente terapêutico seguro, tendo orientado a minha atuação, mormente ao nível da gestão do risco. Observei o compromisso das equipas com as metas internacionais de segurança do doente, nomeadamente no que respeita à identificação correta, comunicação eficaz, segurança medicamentosa, prevenção de infeções e redução do risco de quedas (OMS, 2021).

Durante os contextos de estágio, a consulta de normas institucionais e de informação clínica revelou-se fundamental para a compreensão das situações e para o planeamento de intervenções ajustadas, contribuindo para uma prestação de cuidados mais eficaz e individualizada.

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista assume um papel primordial na articulação da equipa e na otimização dos recursos disponíveis, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2018; Regulamento n.º 429/2018). Em ambos os contextos, destacou-se a importância do trabalho em equipa e da adequação das respostas às necessidades identificadas.

Relativamente ao desenvolvimento profissional, o enfermeiro especialista deve investir no autoconhecimento e na assertividade, sendo estes aspetos especialmente relevantes na área da saúde mental, onde o profissional se constitui como instrumento terapêutico. A prática baseada na evidência científica e o papel na promoção da aprendizagem em contexto de trabalho assumem igualmente grande valor. A evolução da enfermagem enquanto disciplina científica tem contribuído para o seu reconhecimento e para o aumento das responsabilidades profissionais (OE, 2022), reforçando a necessidade de desenvolvimento contínuo de competências. Ao longo do percurso formativo, todas as atividades desenvolvidas se alicerçaram numa apurada pesquisa bibliográfica, para consolidar conhecimentos e melhorar a prática clínica.

4.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica

Os cuidados prestados validam as premissas inerentes à sua atuação profissional, nomeadamente: apoiar a pessoa na manutenção, recuperação e melhoria do seu estado de saúde, promove o alcance do seu nível máximo de funcionalidade no menor tempo possível. As pessoas que experienciam sofrimento psicológico, alterações ou perturbações mentais beneficiam

significativamente da intervenção do EEESMP, uma vez que esta contribui para a redução das limitações associadas a essas condições. A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica centra-se na promoção do bem-estar psicológico, na prevenção de perturbações, no diagnóstico e na resposta a manifestações humanas inadequadas face a processos de transição que causam sofrimento, disfunção ou doença mental. Isto porque, como preconiza a OE, no preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018 (p. 21427):

O EESMP (Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica), para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

Ao longo do percurso formativo, desenvolvi e apliquei intervenções clínicas especializadas em ESMP, com vista ao desenvolvimento das competências definidas no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto (OE, 2018; Artigo 4.º). Neste âmbito, evidenciei o desenvolvimento de um elevado nível de autoconhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeiro especialista, resultado de processos contínuos de reflexão, crescimento pessoal e profissional. Paralelamente, adquiri competências que me permitiram intervir junto da pessoa, família, grupos e comunidade, com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde mental ao longo do ciclo de vida, mobilizando recursos e dinâmicas próprias de cada contexto. Desenvolvi ainda competências na prestação de cuidados de natureza psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional, ajustando a intervenção às necessidades individuais e contextuais.

Neste enquadramento, a prática clínica centrou-se na prestação de cuidados especializados que visam a manutenção, melhoria e recuperação da saúde mental, conforme preconizado pela OE (2018). As competências adquiridas refletiram-se particularmente na capacidade de estabelecer e desenvolver uma relação terapêutica consistente com a pessoa com doença mental. Neste domínio, evidenciei as várias competências definidas no Regulamento supramencionado, nomeadamente através da tomada de consciência de mim próprio no contexto da relação terapêutica, identificando emoções, sentimentos, valores e fatores pessoais que poderiam interferir na interação. Procurei monitorizar e regular as minhas respostas emocionais e comportamentais, fazendo uso desse conhecimento para melhorar a qualidade da relação

terapêutica, bem como para garantir o respeito pelos limites profissionais e pela integridade do processo terapêutico.

A relação terapêutica assumiu um papel central na prática, constituindo-se como condição *sine qua non* na eficácia das intervenções de enfermagem em contexto de saúde mental. A evidência (McAllister et al., 2019, 2021) demonstra que a qualidade da interação entre enfermeiro e pessoa influencia significativamente a experiência de cuidados e os resultados em saúde. Como tal, valorizei uma abordagem centrada na pessoa, ancorada na empatia, autenticidade, respeito pela individualidade e disponibilidade relacional, com a promoção de um ambiente facilitador do desenvolvimento pessoal e da recuperação.

No âmbito da competência relativa à assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida na otimização da saúde mental, intervi na promoção do *empowerment* da pessoa com doença mental, facilitando a adesão ao regime terapêutico, o desenvolvimento de *insight* e a transição segura para o contexto domiciliário, no caso das pessoas em internamento, para ocorrerem ganhos ao nível da adesão terapêutica, bem-estar e estabilidade clínica, ou seja, para a redução da denominada “porta giratória” (Moreno-Poyato et al., 2021). As minhas intervenções permitiram dar resposta à competência de promoção da saúde mental em diferentes contextos, assegurando a continuidade de cuidados. Mobilizei competências específicas associadas à promoção da adesão ao tratamento em pessoas com doença mental, tendo em consideração o impacto dos sintomas psiquiátricos na capacidade de aprendizagem e adesão. Adaptei as estratégias de intervenção à disponibilidade e necessidades da pessoa, promovendo o desenvolvimento de competências de autocuidado e comportamentos de saúde.

A ESMP, tendo por base a evidência científica e as teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, alicerça-se nos mais elevados padrões de qualidade no cuidar. Por outras palavras, desenvolve uma abordagem holística baseada na relação de ajuda, tendo em conta as necessidades e capacidades de cada pessoa cuidada, famílias e comunidades; promove a descentralização dos cuidados de saúde mental do hospital para a comunidade; desenvolve intervenções centradas na pessoa ao longo de todo o ciclo vital, quer em contexto de internamento quer comunitário; reconhece a pessoa como um ser único, inserida numa rede familiar e comunitária, no respeito contínuo pela sua dignidade, convicções, hábitos e valores; fomenta a participação ativa do utente nas decisões relacionadas com a sua saúde e incentiva a corresponsabilização pelos cuidados prestados (OE, 2015).

É de ressaltar que os estágios constituíram uma oportunidade para desenvolver competências de acordo com as lacunas identificadas e os objetivos plasmados no Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e

funcionamento dos serviços de saúde mental a nível nacional, como a promoção da acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados prestados às pessoas com perturbações mentais. Nos termos do artigo 3.º do suprarreferido Decreto-Lei, a prestação destes cuidados deve centrar-se nas necessidades específicas da pessoa, considerar a sua faixa etária e privilegiar intervenções desenvolvidas na comunidade, no contexto menos restritivo possível. As unidades de internamento para situações agudas devem integrar os serviços locais ou regionais de saúde mental. A organização dos serviços orienta-se para a recuperação integral da pessoa, num modelo de intervenção multinível que envolve diferentes áreas governativas com intervenção direta ou indireta na saúde mental. O funcionamento dos serviços deve ainda promover a participação ativa da comunidade e o envolvimento das associações representativas na melhoria contínua da resposta prestada (Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, p. 106).

Neste enquadramento, a Organização Mundial de Saúde (2025), nas suas orientações sobre políticas de saúde mental e planos estratégicos de ação, defende o reforço da liderança e da governação em saúde mental, assegurando financiamento adequado, mecanismos de coordenação intersetorial e sistemas eficazes de supervisão e avaliação. A mesma entidade ressalva que a saúde mental deve ser integrada nas políticas públicas de forma transversal, envolver sempre diversas áreas, como a educação, o trabalho, a habitação, a justiça e a proteção social, reconhecendo-se que os determinantes sociais e estruturais, nomeadamente a pobreza, o desemprego, a discriminação e a exclusão social, exercem um impacto significativo no bem-estar psicológico das populações (OMS, 2025).

Concomitantemente, é enfatizada a necessidade de reorganizar os serviços, promover a transição progressiva de modelos centrados na institucionalização para respostas comunitárias, acessíveis e integradas nos cuidados de saúde primários. A desinstitucionalização e o desenvolvimento de serviços comunitários baseados na inclusão consistem em pilares vitais desta transformação, como forma de garantir que os cuidados são prestados num meio menos restritivo possível e no respeito pela autonomia e dignidade da pessoa (OMS, 2025). Esta abordagem preconizada valoriza ainda a participação ativa das pessoas com experiência vivida e dos seus familiares na definição, implementação e avaliação das políticas e serviços. A promoção de práticas não coercivas, o reconhecimento da capacidade jurídica e o recurso a modelos de decisão apoiada são igualmente elementos centrais na construção de sistemas de saúde mental mais equitativos e humanizados. Acresce ainda salientar que a OMS (2025) destaca a importância do desenvolvimento de uma força de trabalho qualificada e multidisciplinar, capacitada para atuar segundo princípios de cuidados centrados na pessoa, promovendo intervenções integradas, psicológicas, sociais, ocupacionais e farmacológicas, que favoreçam a recuperação, a autonomia e a inclusão comunitária. Deste modo, as linhas de ação estratégica propostas pela OMS (2025)

configuraram, ao longo dos estágios, um variado modelo de intervenções, sustentável e em consonância com os compromissos preconizados em matéria de direitos humanos, o que se configurou como um referencial fundamental para a minha ação.

Não obstante, é de evidenciar ainda que, ao responder aos desafios emergentes das atuais políticas de saúde mental, este meu percurso formativo fortaleceu de forma ascendente a minha prática profissional como EESMP em contexto de internamento e na comunidade.

5- Desenvolvimento de competências no âmbito da investigação

5.1 Entrevista motivacional como intervenção psicoterapêutica em contexto de humor depressivo: revisão narrativa

5.1.1 Enquadramento

No contexto do estágio em serviço de internamento de doentes agudos e considerando as características clínicas predominantes da população internada, foi identificada a necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos que sustentassem a prática clínica desenvolvida. Constatei que uma parte significativa dos utentes apresentava alterações do humor, com sintomatologia depressiva de intensidade variável, o que reforçou a pertinência de explorar intervenções psicoterapêuticas adequadas a este tipo de quadro clínico.

A Perturbação Depressiva *Major* constitui uma das principais causas de incapacidade a nível mundial, afetando cerca de 280 milhões de pessoas em todo o mundo. Trata-se de uma perturbação do humor grave, caracterizada por sintomas cognitivos e físicos que persistem durante um período igual ou superior a duas semanas e que provocam comprometimento significativo em áreas essenciais do funcionamento da pessoa. Neste âmbito, a integração da EM com o objetivo de melhorar o início do tratamento, o envolvimento terapêutico e a adesão aos componentes fundamentais da intervenção têm demonstrado contribuir para melhores resultados clínicos na depressão (Flynn & Naar, 2025).

As perturbações de ansiedade e depressivas são das doenças psiquiátricas mais comuns, sendo frequentemente comórbidas entre si. No contexto deste estudo de caso, a utente apresenta sintomas compatíveis com ambas, nomeadamente ansiedade generalizada, insónia, sentimentos de vazio, isolamento social, e baixa autoestima. Estas condições enquadram-se na categoria mais ampla das perturbações internalizantes. Segundo dados internacionais, a prevalência anual da

depressão *major* em adultos é de cerca de 7,1%, enquanto as perturbações de ansiedade podem atingir os 19,1%. Ambas são significativamente mais prevalentes em mulheres, sobretudo durante os anos reprodutivos, com uma proporção estimada de 2:1 em relação aos homens (Kalin, 2020; Hopwood, 2023).

A comorbilidade entre ansiedade e depressão é elevada: cerca de 45,7% dos indivíduos com depressão *major* ao longo da vida também apresentam historial de ansiedade. Esta coexistência simultânea também é comum: 41,6% dos indivíduos com depressão no último ano apresentaram sintomas de ansiedade durante o mesmo período. Esta relação bidirecional está igualmente documentada noutras perturbações, como a perturbação de pânico, o transtorno de stresse pós-traumático e a fobia social (Kalin, 2020; Hopwood, 2023).

Do ponto de vista etiológico, estas perturbações partilham fatores genéticos e ambientais, compreendendo as adversidades precoces, a negligência, os estilos parentais disfuncionais e a exposição a stresse contínuo. A nível neurobiológico, as alterações nos circuitos pré-fronto-límbicos, responsáveis pela regulação emocional, são comuns em ambas as condições (Hopwood, 2023). A trajetória de desenvolvimento destas perturbações indica que os sintomas ansiosos tendem a surgir na infância e na adolescência, enquanto os sintomas depressivos emergem mais frequentemente na adolescência tardia e início da idade adulta. No caso da fobia social, a título exemplificativo, foi observada uma probabilidade 5,7 vezes superior de desenvolver depressão *major* em indivíduos com diagnóstico prévio desta condição (Kalin, 2020).

Neste sentido, optei pela elaboração de uma revisão narrativa da literatura sobre a utilização da intervenção psicoterapêutica da Entrevista Motivacional (EM) em contexto de sintomatologia depressiva e humor depressivo. A EM, enquanto abordagem centrada na pessoa, mostrou-se peculiarmente relevante neste contexto, uma vez que promove a autonomia, a reflexão e o reforço da motivação para a mudança, aspetos frequentemente comprometidos em pessoas com humor depressivo, indo ao encontro da literatura (Patel et al., 2026). A escolha desta temática teve como objetivo fundamentar teoricamente a prática clínica, bem como contribuir para uma intervenção mais consciente, estruturada e baseada na evidência científica.

5.1.2 Metodologia

A revisão da literatura constitui um processo de sistematização e análise crítica do conhecimento científico produzido numa determinada área, permite acompanhar a evolução conceptual e metodológica dos saberes especializados (Fernandes et al., 2023). O seu principal objetivo é refletir sobre a vasta produção científica existente, particularmente num contexto

contemporâneo marcado pela rápida divulgação de estudos teóricos e práticos, frequentemente com características multimodais (Fernandes et al., 2023).

Para além de estudos empíricos publicados em revistas científicas, foi igualmente considerada literatura cinzenta relevante, como relatórios de mestrado que abordam a aplicação prática da EM em contexto de Enfermagem de Saúde Mental.

Com o objetivo de facilitar a leitura, sistematizar a informação e clarificar as evidências identificadas na literatura, apresenta-se de seguida uma tabela síntese dos estudos incluídos na presente revisão narrativa da literatura. Esta organização permite uma leitura mais estruturada dos principais elementos metodológicos e resultados encontrados, nomeadamente autores, ano de publicação, país, objetivo do estudo, metodologia, participantes e principais conclusões. Esta síntese das evidências permite uma análise comparativa mais clara e fundamentada das contribuições científicas relativas à utilização da EM em contexto de sintomatologia depressiva e humor depressivo (Tabela 1).

Entre as diferentes abordagens metodológicas, a revisão narrativa destaca-se como uma estratégia relevante para mapear e integrar o conhecimento produzido numa área técnico-científica específica (Fernandes et al., 2023). Esta modalidade assume, assim, um papel importante na elaboração de artigos, dissertações e teses, distinguindo-se das revisões sistemáticas pelo seu caráter mais interpretativo e reflexivo, sem estar sujeita ao mesmo nível de rigor metodológico extensivo que caracteriza estas últimas (Fernandes et al., 2023).

Neste enquadramento, a presente revisão narrativa da literatura tem como objetivo analisar e refletir sobre a utilização da intervenção psicoterapêutica da EM no contexto da sintomatologia depressiva e do humor depressivo. Pretendo compreender de que forma esta abordagem, centrada na pessoa, pode contribuir para a promoção da motivação para a mudança, da autonomia e da autorreflexão, dimensões frequentemente comprometidas em pessoas com humor depressivo. Procurei, ainda, identificar as evidências científicas que sustentam a sua aplicabilidade neste contexto clínico e explorar as suas potencialidades enquanto estratégia terapêutica integrada nos cuidados de saúde mental.

5.1.3 Resultados

Na Tabela 1 encontra-se sistematizada a revisão narrativa da literatura, incidindo sobre a aplicação da Entrevista Motivacional no contexto da sintomatologia depressiva e do humor depressivo.

Tabela 1: Síntese da revisão narrativa da literatura (Entrevista Motivacional e sintomatologia depressiva/humor depressivo)

Artigo / Relatório incluído na revisão	Autores	Ano	País	Objetivo do estudo	Metodologia	Participantes	Principais resultados
Cost-Effectiveness of Motivational Interviewing to Reduce Alcohol and Cannabis Use Among Patients With Depression	Satre, D. D., Parthasarathy, S., Young-Wolff, K. C., Meacham, M. C., Borsari, B., Hirschtritt, M. E., Van Dyke, L., Sterling, S. A.	2022	EUA	Avaliar a custo-efetividade da EM para reduzir consumo de álcool não saudável e canábis em pessoas com sintomas depressivos, e explorar associações com utilização de serviços de saúde.	Ensaio clínico randomizado; 3 sessões de EM vs. material impresso (controle); follow-up telefônico aos 6 e 12 meses; análises de custo-efetividade e modelos multivariáveis para utilização de serviços.	Adultos em psiquiatria ambulatoria (Kaiser Permanente, Califórnia), com PHQ-9>5 e consumo de álcool não saudável e/ou outras substâncias; N=302 (de 307 inicialmente).	EM associou-se a maior probabilidade de abstinência de álcool não saudável (70,0% vs 60,2%) e de canábis (6 meses) mas não mostrou redução clara na utilização de serviços; custos de implementação podem ser barreira à integração.
Comparison of Patient Versus Trained Observer Assessments of Healthcare Providers' Use of Motivational Interviewing Techniques for Patients Experiencing Depression and Anxiety in the Dominican Republic	Caplan, S., Rothstein, J. D., Veloz Comas, C. E., Sosa Lovera, A.	2022	República Dominicana	Comparar avaliações de doentes e de observadores treinados sobre a utilização de técnicas de EM por profissionais de cuidados de saúde primários, após formação em EM, em consultas com pessoas com depressão/ansiedade.	Estudo com randomização de profissionais para formação em EM vs controle; avaliação de consultas por doentes (questionário) e por observadores (codificação/escala); análise de concordância e efeitos da formação.	Profissionais de cuidados de saúde primários e seus doentes com sintomas de depressão e ansiedade em contexto de cuidados integrados na República Dominicana (n exato não indicado no excerto).	A formação em EM melhorou indicadores de comunicação; existiu discrepância entre percepções dos doentes e avaliações de observadores, sugerindo necessidade de medidas múltiplas para avaliar fidelidade e impacto.
Using Motivational Interviewing to promote medication adherence in patients with major depressive disorder	Bello, O., Kearney, K.	2025	EUA	Implementar e avaliar, num projeto de melhoria da qualidade, a utilização de EM para aumentar a adesão à medicação em pessoas com perturbação depressiva major.	Projeto de melhoria da qualidade em contexto de enfermagem/psiquiatria; aplicação de EM (abordagem centrada na pessoa) e monitorização de adesão e <i>outcomes</i> clínicos.	Pessoas com diagnóstico de perturbação depressiva <i>major</i> em contexto de cuidados psiquiátricos.	A EM foi descrita como estratégia viável para melhorar a adesão e apoiar a autonomia; aponta potencial para reduzir recaídas associadas à não adesão.
Patient motivation and adherence in metacognitive therapy for major depressive disorder: an observational study	Lassen, E. R., Lia, S. A., Kennair, L. E. O., Hjertaas, I., Hjemdal, O., Hagen, R., Solem, S.	2024	Noruega	Examinar a validade preditiva/discriminante da motivação e adesão em terapia metacognitiva para depressão, incluindo a evolução motivacional, utilizando instrumentos de codificação associados à EM.	Estudo observacional; avaliação de motivação/adesão em sessões (inclui <i>Motivational Interviewing Skill Code</i>) e relação com recuperação clínica.	Adultos em terapia metacognitiva para perturbação depressiva major (n não indicado no excerto).	Níveis de motivação e adesão associaram-se a melhores resultados e diferenciaram doentes recuperados vs não recuperados, reforçando a relevância clínica de

Feasibility and Acceptability of a Group Counseling Intervention for Opioid Use Disorder: An Exploratory Study	Mugoya, G. C. T., Mumba, M. N., Jaiswal, J., Glenn, A., Potts, C., Langner Smith, N., Butler, A., Cook, R. M.	2022	EUA	Explorar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção de aconselhamento em grupo para OUD que combina EM e terapia cognitivo-comportamental, incluindo necessidades de saúde mental (ex.: depressão, ansiedade, stress).	Metodologia qualitativa com focus group; análise temática de conteúdos.	7 pessoas com OUD, com queixas/questões de saúde mental e em medicação para OUD.	trabalhar a motivação. Intervenção considerada aceitável e viável; emergiram temas sobre formato, fatores do grupo, comorbilidade e competências do/a terapeuta, apoiando desenvolvimento de programas integrados.
(Não) Adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental na comunidade (Relatório de estágio, Mestrado em Enfermagem – Saúde Mental e Psiquiátrica)	Moreira, A. F. R.	2019	Portugal	Refletir o percurso de estágio e intervir no fenómeno da (não) adesão à terapêutica em contexto comunitário, promovendo a EM como estratégia para modificar comportamentos e melhorar a adesão.	Relatório de estágio; desenvolvimento de protocolo de atuação; aplicação de EM em contexto comunitário no âmbito de cuidados de enfermagem especializados.	Utentes com perturbação mental acompanhados na comunidade (caracterização não detalhada no resumo).	A EM é apresentada como aplicável em contexto comunitário para promover tomada de decisão partilhada e melhoria da adesão, com impacto esperado na qualidade de vida.
A Entrevista Motivacional como intervenção do Enfermeiro Especialista na Pessoa com Perturbação depressiva (Relatório de Natureza Profissional)	Macedo, A. F.	2023	Portugal	Descrever e refletir, de forma crítico-reflexiva, o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, integrando a EM na intervenção junto de pessoas com humor/sintomatologia depressiva.	Relatório de natureza profissional; abordagem crítico-reflexiva; aplicação de EM articulada com outras intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais em três estágios.	Adultos acompanhados nos diferentes contextos de estágio (não especificado no resumo).	Observadas melhorias em <i>coping</i> , ansiedade e humor, destacando-se o aumento da adesão ao regime terapêutico; sugere impacto positivo da EM em adultos com humor depressivo.
Enfermagem de Saúde Mental (Relatório de estágio – Cruz Vermelha Portuguesa)	Magalhães, A. F. M.	2025	Portugal	Analisar criticamente as competências desenvolvidas no estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com foco na aplicação da EM e da relação terapêutica.	Metodologia crítico-reflexiva; observação participante; análise reflexiva contínua; revisão de literatura; supervisão clínica; estudo de caso.	Clientes acompanhados em contexto de estágio.	A implementação de EM e relação de ajuda profissional, baseadas na evidência e adaptadas às necessidades individuais, contribuiu para melhoria do bem-estar psicossocial e reforçou a importância de abordagem holística e individualizada.

5.1.4 Discussão

A análise dos estudos incluídos nesta revisão evidencia que a EM tem sido aplicada em múltiplos contextos clínicos, com diferentes populações e desenhos metodológicos, o que revela consistência nos seus efeitos ao nível da motivação, adesão terapêutica e melhoria de *outcomes* psicossociais.

No domínio da depressão associada ao consumo de substâncias, o ensaio clínico randomizado conduzido por Satre et al. (2022) demonstrou que a EM aumentou significativamente a probabilidade de abstinência de álcool não saudável e canábis aos seis meses, evidenciando ainda custo-efetividade nesse período. Porém, a ausência de diferenças aos 12 meses sugere que os ganhos poderão necessitar de reforço ou continuidade terapêutica para manutenção a longo prazo.

No contexto da comunicação clínica, o estudo de Caplan et al. (2022) mostrou que a formação em EM melhorou os indicadores de comunicação em cuidados de saúde primários. No entanto, as discrepâncias entre a percepção dos doentes e a avaliação de observadores treinados destacam a importância da fidelidade à técnica e da avaliação multidimensional da prática clínica.

Relativamente à adesão medicamentosa na Perturbação Depressiva Major, Bello e Kearney (2025) demonstraram que a implementação estruturada de sessões de EM, em contexto de melhoria da qualidade, resultou num aumento relevante dos índices de adesão ao regime terapêutico. Estes resultados reforçam a aplicabilidade prática da EM em contexto de Internamento de Doentes Agudos e o seu potencial na prevenção de recaídas associadas à não adesão. A importância dos processos motivacionais é igualmente sustentada pelo estudo observacional de Lassen et al. (2024), que verificou que níveis mais elevados de motivação e adesão, avaliados através de instrumentos de codificação associados à EM, se correlacionaram com melhores resultados clínicos na terapia metacognitiva para a depressão. Esta evidência reforça o enquadramento teórico da EM ao evidenciar que a linguagem de mudança tem valor preditivo na recuperação.

Em intervenções grupais com integração da EM e da terapia cognitivo-comportamental, Mugoya et al. (2022) demonstraram boa aceitabilidade e viabilidade em pessoas com perturbação por uso de opióides e comorbilidade psiquiátrica. A abordagem integrada revelou-se particularmente relevante em populações com necessidades psicossociais complexas. No contexto da enfermagem especializada em saúde mental, os relatórios de Moreira (2019), Macedo (2023) e Magalhães (2025) evidenciam a aplicação da EM enquanto ferramenta central na promoção da adesão terapêutica, autonomia e melhoria do bem-estar psicossocial. Embora estes trabalhos apresentem natureza académico-profissional e não ensaios controlados, a convergência

dos resultados com a literatura internacional reforça a relevância clínica da EM na intervenção do EEESMP.

É transversal a toda a literatura consultada que a EM se baseia na premissa de que as pessoas possuem motivação intrínseca e capacidade para a mudança e que, através de conversas colaborativas e empáticas, podem ser orientados para mudanças comportamentais positivas. A depressão é uma condição complexa e, neste contexto, a EM oferece uma perspectiva alternativa, centrada nas forças da pessoa, permite reconhecer que as pessoas que enfrentam sintomatologia depressiva e alterações de humor possuem recursos internos, valores e desejos únicos que podem ser mobilizados para promover mudança e melhorar o seu bem-estar emocional.

Por conseguinte, ficou demonstrada que a eficácia da EM assenta em quatro princípios fundamentais:

1. Expressar empatia: utilização da escuta ativa por parte do profissional de saúde, a demonstrar compreensão e aceitação das experiências, sentimentos e dificuldades da pessoa. Esta postura empática contribui para o estabelecimento de uma aliança terapêutica sólida e para a criação de um ambiente de confiança e segurança;

2. Desenvolver discrepância: a EM procura ajudar a pessoa a reconhecer a diferença entre a sua situação atual e os seus objetivos ou valores desejados. Ao explorar o impacto da depressão na sua vida e os potenciais benefícios da mudança, aumenta-se a motivação para agir;

3. Lidar com a resistência: em vez de confrontar diretamente a resistência, o enfermeiro, no caso concreto, acompanha-a, reconhece que a ambivalência faz parte do processo de mudança. Esta abordagem de não confrontação permite que a pessoa explore dúvidas e receios sem se sentir julgada ou pressionada;

4. Apoiar a autoeficácia: incentivar a crença na própria capacidade de mudança é central na EM. Ao destacar sucessos anteriores e competências já existentes, reforça-se a confiança da pessoa na sua capacidade de lidar com a depressão e/ou com alterações de humor e implementar mudanças positivas.

No contexto da depressão e do humor depressivo, a EM pode ser particularmente eficaz junto de pessoas hesitantes ou ambivalentes relativamente à procura de tratamento ou à introdução de mudanças na sua vida. O Enfermeiro explora de forma colaborativa as experiências da pessoa, valida as suas dificuldades e reforça a sua autonomia na tomada de decisões relativas ao seu bem-estar.

As técnicas frequentemente utilizadas incluem perguntas abertas, escuta reflexiva, afirmações, resumos e exploração dos prós e contras da mudança. As perguntas abertas promovem a expressão livre das experiências; a escuta reflexiva demonstra compreensão ativa; as afirmações reforçam competências e esforços; os resumos integram pensamentos e emoções; e a exploração dos prós e contras permite uma reflexão equilibrada sobre os benefícios e desafios associados à mudança. Por conseguinte, a EM ajuda a pessoa a identificar as suas próprias razões para mudar, reduzir a ambivalência e fortalecer o compromisso com comportamentos e estratégias de *coping* mais saudáveis. A ênfase na autonomia e na autoeficácia alicerça-se na perspectiva de que as pessoas com depressão detêm capacidade ativa para conduzir o seu processo de recuperação. Assim, nesta revisão narrativa foi consensual ao demonstrar que a EM constitui uma abordagem centrada na pessoa, promotora de *empowerment*, que mobiliza a motivação intrínseca e a resiliência individual como motores fundamentais de mudança e recuperação na sintomatologia depressiva e com humor depressivo.

De forma transversal, os estudos analisados mostram que a EM promove a autonomia e a autorresponsabilização, melhora a adesão terapêutica e a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, demonstra eficácia sobretudo a curto e médio prazo e apresenta maior impacto quando integrada em modelos colaborativos ou combinada com outras abordagens psicoterapêuticas. É particularmente pertinente em pessoas com humor depressivo, onde a ambivalência e a baixa motivação são características nucleares. Todavia, verifica-se heterogeneidade metodológica significativa, com a inclusão de ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais, projetos de melhoria da qualidade e relatórios profissionais, limitou a comparação direta entre os estudos e a generalização robusta dos resultados. Ainda assim, a consistência concetual e clínica dos resultados sustenta a EM como uma intervenção centrada na pessoa, teoricamente fundamentada e clinicamente relevante no tratamento da sintomatologia depressiva e na promoção da adesão terapêutica.

5.1.5 Conclusão

A revisão narrativa permitiu analisar e sintetizar literatura relevante sobre os princípios, objetivos e benefícios da EM aplicada a pessoas com sintomatologia depressiva, tendo ficado demonstrado o seu contributo para a melhoria do *insight*, da adesão terapêutica e do envolvimento ativo no processo de recuperação. Esta abordagem revela-se especificamente útil em contexto de internamento, onde a ambivalência face ao tratamento, a desmotivação e o sentimento de desesperança estão frequentemente presentes.

A integração dos conhecimentos adquiridos através desta revisão narrativa refletiu-se na prática clínica desenvolvida ao longo do estágio, ou seja, as suas evidências permitiram uma maior adequação das intervenções à realidade emocional e motivacional dos utentes. Desta forma, a revisão narrativa constituiu um instrumento para o desenvolvimento de mais conhecimento científico e como um suporte fundamental para a minha prática como EEESMP, uma estratégia para promover cuidados mais personalizados, eficazes e centrados na pessoa em situação de sofrimento psíquico.

6. Aplicação da entrevista motivacional na pessoa com humor depressivo

6.1 Estudo de caso

No âmbito da aplicação da entrevista motivacional na pessoa com humor depressivo, apresento um estudo de caso relativo a uma utente do sexo feminino, acompanhada em contexto de UCC. Este estudo permitiu a aplicação prática dos princípios da entrevista motivacional, bem como a análise do seu contributo na promoção da adesão terapêutica e na melhoria do estado emocional da utente. De salientar que a utente assinou e datou o consentimento informado para a recolha e participação neste estudo de caso (Apendicite IX).

6.1.1 Identificação da utente

Sexo: Feminino

Idade: 30 - 35 anos

Nacionalidade: Estrangeira

Residência: Portugal (há aproximadamente 2 anos)

Situação habitacional: reside na casa dos pais

6.1.2 Motivo de referência

A utente foi referenciada pela Médica de Família para acompanhamento em Consulta de Enfermagem de Saúde Mental, apresentando queixas de:

- Ansiedade
- Insónia
- Descuido com a imagem e autocuidado
- Sintomatologia sugestiva de quadro depressivo

Encontrava-se igualmente referenciada para Consulta de Psiquiatria na ULS, aguardando avaliação especializada para esclarecimento diagnóstico.

6.1.3 Contexto familiar

Pais divorciados, com histórico de violência doméstica perpetrada pelo pai contra a mãe.

O pai residente no Estrangeiro, com diagnóstico de perturbação bipolar e patologia cardiovascular. Apresentava consumo regular de álcool e tabaco. A utente verbalizava ausência de vínculo afetivo significativo com o pai, embora tenha referido sentir obrigação moral de cuidar do mesmo quando este se deslocava a Portugal. A mãe, residente no Estrangeiro, na altura, numa relação estável. A utente identificava a mãe como principal suporte emocional, descrevendo uma relação próxima e de confiança. O irmão residente em Portugal, com quem não mantém contacto próximo. Desconhece-se o motivo do afastamento. Não mantém relação com os sobrinhos (Figura 1).

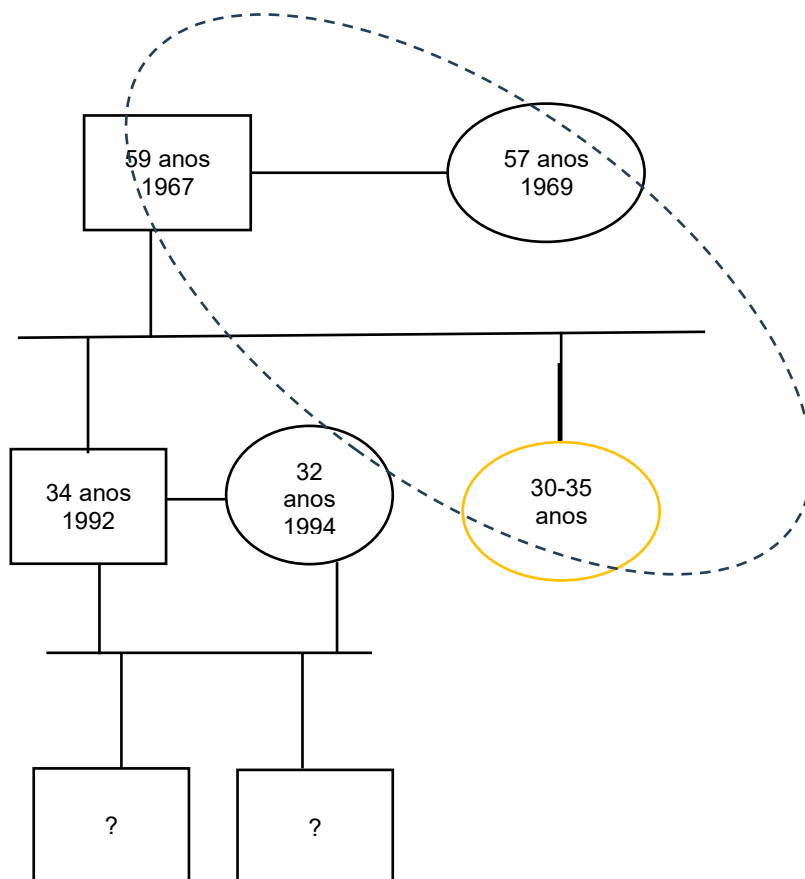


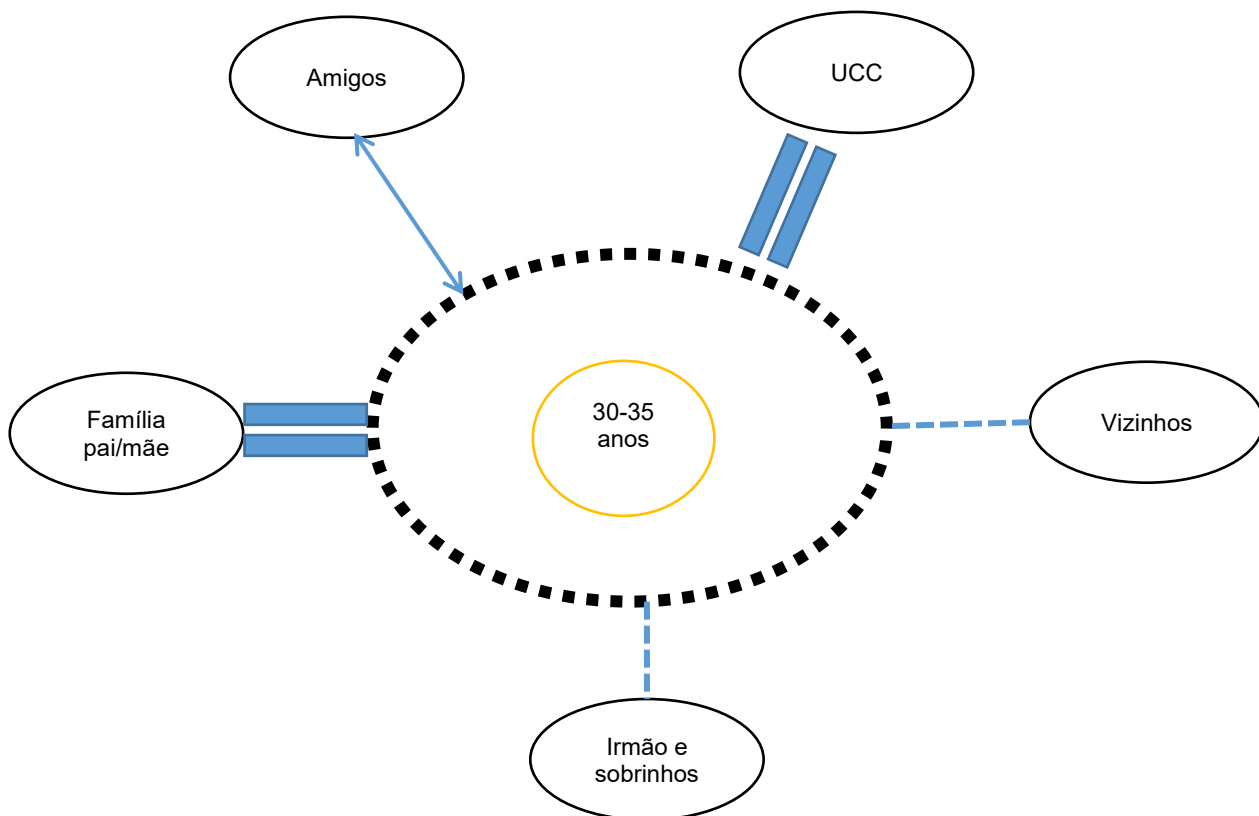
Figura 1: Família A - Genograma

6.1.3 Situação profissional

A utente, elemento alfa, exercia funções em regime de teletrabalho. Na altura da avaliação, encontrava-se sem clientes ativos, situação que contribuía para a instabilidade financeira e aumento do sentimento de insegurança. Escolaridade/formação

6.1.4 Rede de apoio

A utente referia duas amigas próximas, embora com contacto reduzido. Verbalizava que manter relações de amizade, requer esforço emocional, disponibilidade temporal e investimento financeiro, fatores que identificava como barreiras à manutenção de vínculos. Identificava a mãe como única figura consistente de apoio familiar. Encontrava-se solteira e manifestava receio de estabelecer relações amorosas, associando-as a experiências anteriores marcadas por desilusão e medo de rejeição (Figura 2).



Legenda:

Fluxo de energia e recursos

Ligação de proximidade

Ligação forte

Ligação conflituosa

Figura 2: Família A - Ecomapa

6.1.5 Motivação para o acompanhamento

- Desejo de compreender e ultrapassar sentimentos persistentes de vazio e baixa autoestima.
- Dificuldades na manutenção de relações interpessoais estáveis.
- Disponibilidade para acompanhamento em Consulta de Enfermagem de Saúde Mental.

6.1.6 Análise e considerações clínicas

A avaliação realizada em contexto de consulta permitiu identificar:

- Sintomatologia compatível com quadro ansioso-depressivo (em fase de avaliação médica especializada);
- Isolamento social significativo;
- Padrões relacionais marcados por insegurança afetiva;
- História familiar caracterizada por disfunção relacional e ausência de modelos de vinculação seguros.

Importa salientar que, no contexto deste estágio, foi possível realizar intervenção psicoterapêutica baseada na Entrevista Motivacional (EM), na exploração da ambivalência, identificação de valores pessoais e promoção da autoeficácia.

6.1.7 Exame do estado mental

No âmbito do estudo de caso, foi aplicada a escala Depression Anxiety Stress Scales - 21 itens (DASS-21) traduzida e validada para população portuguesa, antes e após a intervenção psicoterapêutica (ANEXO-II). A utilização desta escala permitiu avaliar de forma criteriosa a sintomatologia depressiva e os níveis de ansiedade e stresse da utente, para uma melhor compreensão do seu estado clínico e para a adequação da intervenção implementada.

Numa primeira abordagem os resultados obtidos através da aplicação da DASS-21 revelou níveis compatíveis com sintomatologia ansiosa e depressiva, com indicadores de sofrimento psicológico que interferem com o funcionamento diário da utente.

A análise destes resultados reforçou a identificação de um possível quadro ansioso-depressivo, o que corroborou os dados obtidos na avaliação clínica, nomeadamente o isolamento

social significativo, os padrões relacionais marcados por insegurança afetiva e a influência de uma história familiar disfuncional. Estes dados sustentaram a necessidade de uma intervenção terapêutica estruturada, centrada na promoção da regulação emocional, reforço da autoestima e melhoria das competências relacionais.

6.2 Intervenção realizada – Entrevista Motivacional

Atendendo às limitações temporais do estágio, a intervenção centrou-se na aplicação de princípios da EM, com os seguintes objetivos:

- Estabelecimento de relação terapêutica baseada na empatia e escuta ativa;
- Exploração da ambivalência face à mudança;
- Reforço da motivação intrínseca para o autocuidado;
- Identificação de metas realistas e progressivas;
- Promoção da consciência sobre padrões relacionais e impacto emocional.

A utente demonstrou abertura ao processo reflexivo, com evidência de capacidade de *insight* relativamente às suas dificuldades emocionais e relacionais.

Foram realizadas quatro sessões de intervenção individual com a utente, estruturadas segundo os princípios da EM, conforme preconizado por Miller e Rollnick (2023). Esta abordagem, centrada na pessoa, visa potenciar a motivação intrínseca para a mudança através da exploração da ambivalência, o reforço da autoeficácia e a promoção da autonomia decisional.

A primeira sessão centrou-se no estabelecimento da relação terapêutica e na exploração da motivação para o acompanhamento, tendo sido trabalhada a ambivalência face ao processo terapêutico e promovido o discurso de mudança. Observou-se aumento do compromisso com o acompanhamento.

A segunda sessão incidiu na autoestima e nos sentimentos persistentes de vazio, com identificação de valores pessoais e reforço das competências e conquistas recentes, verificando-se melhoria na perceção de si própria e maior investimento no autocuidado.

A terceira sessão focou-se nos padrões relacionais e no isolamento social, com promoção do *insight* relativamente aos modelos de vinculação e com incentivo a comportamentos relacionais mais adaptativos. Observou-se maior consciência dos padrões disfuncionais e redução do isolamento.

A quarta sessão teve como foco a ansiedade e o padrão de sono, com intervenção ao nível da regulação emocional e reforço de estratégias de autocuidado, verificando-se uma redução da sintomatologia ansiosa, melhoria da insónia e maior estabilidade funcional.

A prática desenvolvida enquadra-se nas competências do EEESMP, conforme definido pela OE (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto 2018), designadamente na promoção da saúde mental, prevenção da doença e ao nível da implementação de intervenções psicoterapêuticas de natureza breve, baseadas na evidência científica. Segundo a OE (2021), o EESMP é o profissional de saúde com maior capacidade para intervir e estabelecer articulação em diferentes contextos, com pessoas que vivem com doença mental, os seus cuidadores e a comunidade que se encontram inseridos, com o objetivo de desenvolver competências que favoreçam uma melhor compreensão destas problemáticas. Dessa forma, promove-se uma relação mais benéfica e incentiva-se o empoderamento e recuperação. Ao garantir acessibilidade, proximidade e continuidade e ao intervir de forma preventiva e terapêutica, o EESMP tem uma ação insubstituível na promoção dos cuidados e na redução do impacto das perturbações psiquiátricas na vida das pessoas, das famílias e das comunidades.

No âmbito das competências específicas do EEESMP, a aplicação da EM enquadra-se na implementação de intervenções psicoterapêuticas breves, na promoção da saúde mental, na prevenção da doença e na facilitação de processos de mudança comportamental sustentados., como no caso em estudo A sua utilização reforça o papel do enfermeiro enquanto agente facilitador de recuperação, promotor de autonomia e dinamizador de processos de *empowerment*.

6.3 Diagnóstico Diferencial

Um diagnóstico atempado e apropriado em saúde mental é um primeiro passo essencial para um tratamento eficaz. Diagnósticos incorretos, atrasados ou não realizados podem conduzir a piores resultados para os utentes e ao desperdício de tempo e recursos. Por exemplo, o diagnóstico tardio da perturbação bipolar tem sido associado a maior frequência de recaídas e hospitalizações. Num estudo de registo com mais de 1000 doentes com narcolepsia, mais de um quarto da amostra referiu ter consultado cinco ou mais profissionais de saúde antes de obter o diagnóstico. A ausência ou o atraso no diagnóstico também pode resultar em falta de melhoria funcional, remissão tardia e tratamentos desnecessários ou atrasados (Bradford, et al., 2024).

As perturbações mentais são, na sua maioria, diagnósticos clínicos, raramente baseados em achados objetivos detetáveis por exames laboratoriais, observação física ou imagiologia. Assim, a colheita de história clínica, a observação do comportamento e a recolha de informação

de fontes colaterais (por exemplo, familiares) são cruciais no processo diagnóstico. Apesar da importância desta recolha e integração de dados, a pressão do tempo, prioridades concorrentes e diversos enviesamentos cognitivos podem comprometer este processo (Bradford, et al., 2024).

Testes psicológicos validados e escalas de avaliação de sintomas são úteis para a recolha de dados, mas podem induzir impressões diagnósticas incorretas se forem interpretados fora de contexto ou se não forem seguidos de uma entrevista clínica diagnóstica apropriada. Por outro lado, os critérios diagnósticos em constante evolução (e por vezes em expansão) para as perturbações mentais têm suscitado preocupações quanto ao risco de os clínicos patologizarem experiências normais (Bradford, et al., 2024). Apesar destas e de outras preocupações sobre a qualidade do diagnóstico em saúde mental, a discussão sobre erro diagnóstico neste domínio tem estado largamente desligada do debate nacional e internacional sobre erro e excelência diagnóstica (Bradford, et al., 2024).

O modelo do processo de diagnóstico do relatório da Academia Nacional de Ciências, Medicina e Engenharia intitulado *Improving Diagnosis in Health Care* (2015) enfatiza a recolha e a síntese de dados, conforme ilustrado na parte circular do diagrama (Figura 7). Para descrever melhor o contexto do diagnóstico perdido e atardado na saúde mental, Bradford, et al. (2024) sugerem uma elaboração deste modelo (representado na parte superior) que descreve as etapas e os potenciais atrasos envolvidos na procura e no acesso aos serviços de saúde mental.

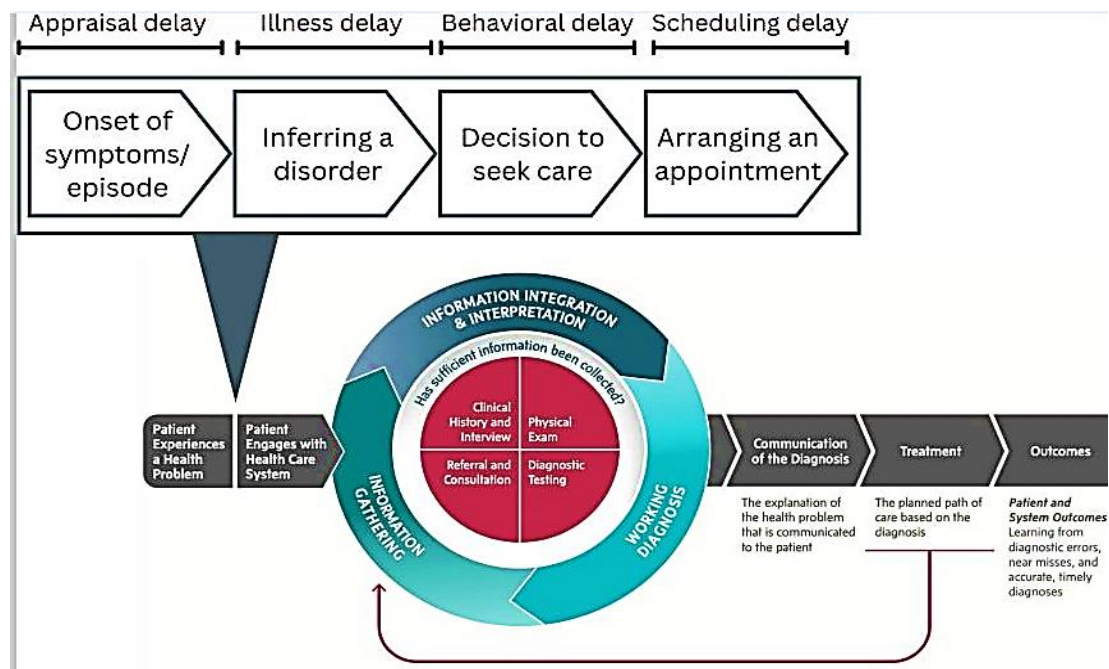


Figura 3: Modelo ampliado do processo diagnóstico em saúde mental (adaptado de *Improving Diagnosis in Health Care*, National Academies of Science, Engineering and Medicine, 2015).

Fonte: Retirado de Bradford, et al. (2024)

No âmbito do acompanhamento de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, é essencial refletir cuidadosamente sobre o quadro clínico apresentado pela utente, tendo em conta que o diagnóstico formal compete ao Médico Psiquiatra. No entanto, o EEESMP pode e deve desenvolver uma leitura crítica e estruturada da sintomatologia e história da pessoa alvo dos cuidados, o que contribui significativamente para um plano de cuidados rigoroso e adaptado à situação.

No caso concreto, a utente apresenta queixas de ansiedade, insónia, desleixo pessoal, sintomas sugestivos de depressão, bem como isolamento social, baixa autoestima e dificuldades nos vínculos interpessoais. Estes elementos parecem considerar um quadro ansioso-depressivo como hipótese provável, mas também sugerem a necessidade de análise pormenorizada de possibilidades diferenciais mais complexas, designadamente: (a) uma perturbação da personalidade com expressão leve, ou (b) uma Ciclotimia (*ciclotymia*).

6.3.1 Hipótese: Perturbação da Personalidade (ligeira)

Alguns fatores da história clínica da utente tornam plausível levantar a hipótese de funcionamento de personalidade que ultrapassa meramente sintomática, nomeadamente:

- Dificuldades persistentes nos vínculos afetivos: medo de ser traída ou magoada, dificuldade em estabelecer relações amorosas estáveis;
- Rede de apoio reduzida, tendendo ao isolamento, investimento emocional limitado em relações;
- História familiar marcada por disfunção relacional, violência doméstica, ausência de vínculo afetivo seguro com a figural paternal, contexto que pode predispor a padrões de personalidade vulneráveis;
- Padrões de funcionamento cognitivo/emocional que envolvem a culpa, a rejeição, a baixa autoestima, sugerindo traços mais estruturados de funcionamento, não somente reativos.

De acordo com o DSM-5-TR (APA, 2014), as perturbações de personalidade caracterizam-se por um padrão persistente de experiência interior e comportamento que difere significativamente das expectativas da cultura do indivíduo, com início na adolescência ou início da idade adulta, estável ao longo do tempo e levando a sofrimento ou prejuízo funcional. Apesar de a utente não preencher formalmente critérios completos para uma perturbação da

personalidade típica (por exemplo, não há informação de impulsividade severa, automutilação, entre outros), é exequível argumentar que existe um funcionamento de traço que merece atenção e pode estar a contribuir para o quadro ansioso-depressivo e para a agudização das dificuldades relacionais.

6.3.2 Hipótese: Ciclotimia

A alternativa de ciclotimia surge decorrente da sintomatologia de humor variável, a presença familiar de distúrbios do humor (pai com bipolaridade) e o enquadramento de funcionamento instável. A ciclotimia refere-se a uma perturbação do humor mais leve do que a perturbação bipolar clássica, com oscilações entre os sintomas hipomaníacos/hipertímicos e os sintomas depressivos que não cumprem os critérios completos para episódios hipomaníacos ou depressivos *majores*.

Os critérios do DSM-5-TR (APA, 2014) para a ciclotimia incluem:

- Período mínimo de 2 anos (em adultos) com numerosos períodos com sintomas de hipomania e períodos com sintomas depressivos que não cumprem os critérios de episódio hipomaníaco ou depressivo *major*;
- Durante esse período, os sintomas têm estado presentes por pelo menos metade do tempo e a pessoa não ficou mais de 2 meses seguidos sem sintomas significativos;
- Não se cumpriram critérios para episódios de mania ou hipomania plenos ou episódio depressivo *major*;
- Os sintomas não são melhor explicados por outro distúrbio (psicótico, uso de substância, condição médica);
- Causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social/ocupacional.

Embora neste momento não haja relato claro de episódios hipomaníacos ou períodos elevados de humor consistentes, a presença de instabilidade emocional, insónia, ansiedade e histórico familiar, torna legítima a reflexão acerca desta hipótese, especialmente em contexto de seguimento de saúde mental e psiquiátrico futuro.

A ciclotimia é caracterizada por episódios recorrentes, mas subclínicos, de hipomania e depressão ligeira a moderada, que se alternam ao longo de pelo menos dois anos (ou um ano em crianças). Estas oscilações de humor surgem frequentemente na adolescência e ocorrem de

forma rápida e imprevisível, resultando a grande instabilidade emocional e sofrimento psicológico (Hantouche & Perug, 2012).

Observações clínicas sugerem que as perturbações do sono ocorrem frequentemente em associação com a ciclotimia (Hantouche & Perug, 2012). Um inquérito de larga escala realizado *online* indicou que o chamado “temperamento ciclotímico” está associado a latência prolongada para adormecer, horário de sono tardio, despertares noturnos frequentes, má qualidade do sono e uso elevado, diário ou ocasional, de medicação para dormir (Hantouche & Perug, 2012). Mais recentemente, verificou-se que as perturbações do sono são mais acentuadas em jovens com ciclotimia quando comparados com controlos clínicos, apresentando-se em níveis semelhantes, ainda que ligeiramente inferiores, aos observados em pessoas com perturbação bipolar (*Chicago Psychoanalytic Institute, 2024*).

Embora se tenha proposto que a fisiopatologia central da ciclotimia esteja intimamente relacionada com uma dessincronia interna entre ritmos biológicos, os dados empíricos disponíveis ainda são limitados. Um estudo de caso com uma mulher de meia-idade com diagnóstico de ciclotimia referiu a combinação de um estado de humor energeticamente elevado no final do dia e uma duração de sono reduzida, em torno das 3 horas (Totterdell & Kellett, 2008). Em muitos casos, a ciclotimia também parece estar sujeita a variações sazonais, sendo mais comuns os episódios depressivos durante o inverno (*Chicago Psychoanalytic Institute, 2024*).

Devido à subtileza dos seus sintomas, a ciclotimia pode permanecer não detetada ou ser mal interpretada em contextos clínicos. No entanto, estudos epidemiológicos recentes estimam que cerca de 40% das pessoas com história de perturbação depressiva *major* relatam ter experienciado sintomas de hipomania subclínicos em algum momento da vida (Angst et al., 2017). Assim, torna-se evidente que se tem de alargar o seu enfoque para além dos contextos clínicos formais ao explorar a interligação entre o sono, os ritmos circadianos e as manifestações leves de mania (Angst et al., 2017).

6.4 Plano de Cuidados de Enfermagem segundo CIPE® 2019

Relativamente à Sessão 1, centrada na adesão e motivação para a mudança, identifica-se como diagnóstico de enfermagem a adesão ao regime terapêutico comprometida. Esta situação encontra justificação na ambivalência demonstrada pela utente face ao acompanhamento e na dificuldade inicial em consolidar o compromisso terapêutico. As intervenções baseadas na entrevista motivacional focaram-se na construção de uma relação terapêutica empática, na

utilização de técnicas como a escuta reflexiva e perguntas abertas, bem como na exploração da ambivalência e evocação do discurso de mudança. Os resultados esperados incluíram a melhoria da adesão ao regime terapêutico e o aumento da motivação, sendo avaliados através do comparecimento às consultas, verbalização de intenção de mudança e participação ativa no processo terapêutico.

Sessão 1 – Adesão e Motivação para a Mudança

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE® 2019)	Adesão ao regime terapêutico, comprometida, na pessoa.
Justificação Clínica	Ambivalência face ao acompanhamento e dificuldade inicial na consolidação do compromisso terapêutico.
Resultados Esperados (Outcomes CIPE®)	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão ao regime terapêutico, melhorada; • Motivação para a saúde, aumentada; • Envolvimento no processo terapêutico, eficaz. • Estabelecer relação terapêutica empática; • Utilizar escuta reflexiva e perguntas abertas (OARS); • Explorar ambivalência; • Evocar discurso de mudança; • Reforçar autonomia da utente.
Intervenções de Enfermagem (Entrevista Motivacional)	<ul style="list-style-type: none"> • Comparcimento às consultas; • Verbalização de intenção de mudança; • Participação ativa no plano terapêutico.
Indicadores de Avaliação	

Na Sessão 2, orientada para a autoestima e sentimentos de vazio, o diagnóstico identificado foi autoestima diminuída, sustentado pela presença de sentimentos persistentes de vazio, autocrítica elevada e baixa perceção de valor pessoal. As intervenções privilegiaram a exploração da autoimagem, identificação de valores pessoais e reforço de conquistas, promovendo simultaneamente a validação emocional. Como resultados esperados, destacam-se a melhoria da autoestima, desenvolvimento de um autoconceito positivo e maior eficácia no autocuidado. A avaliação incidiu na redução da autocrítica, aumento do autocuidado e verbalização de qualidades pessoais.

Sessão 2 – Autoestima e Sentimentos de Vazio

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE® 2019)	Autoestima, diminuída, na pessoa.
Justificação Clínica	Presença de sentimentos persistentes de vazio, autocrítica elevada e baixa perceção de valor

Resultados Esperados (Outcomes CIPE®)	pessoal. <ul style="list-style-type: none"> • Autoestima, melhorada; • Autoconceito, positivo; • Autocuidado, eficaz.
Intervenções de Enfermagem (Entrevista Motivacional)	Explorar autoimagem e emoções associadas; <ul style="list-style-type: none"> • Identificar valores pessoais; • Reforçar conquistas recentes; • Promover afirmações de competência; • Validar experiência emocional.
Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da autocrítica; • Aumento do autocuidado; • Verbalização de qualidades pessoais.

Relativamente à Sessão 3, focada na interação social e padrões relacionais, o diagnóstico de enfermagem foi interação social comprometida, associado a isolamento social significativo e insegurança afetiva nas relações interpessoais. As intervenções centraram-se na exploração da história relacional, na gestão da ambivalência face à proximidade emocional e na promoção de limites saudáveis, com incentivo da exposição social gradual. Os resultados esperados incluíram a melhoria da interação social, aumento da segurança emocional e desenvolvimento de padrões relacionais mais adaptativos. A avaliação teve por base o aumento das interações sociais, redução do isolamento e maior assertividade relacional.

Sessão 3 – Interação Social e Padrões Relacionais

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE® 2019)	Interação social, comprometida, na pessoa.
Justificação Clínica	Isolamento social significativo e padrões relacionais marcados por insegurança afetiva.
Resultados Esperados (Outcomes CIPE®)	<ul style="list-style-type: none"> • Interação social, melhorada; • Segurança emocional, aumentada; • Padrão relacional, adaptativo.
Intervenções de Enfermagem (Entrevista Motivacional)	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar história relacional; • Trabalhar ambivalência face à proximidade emocional; • Promover definição de limites saudáveis; • Evocar discurso de mudança relacional; • Incentivar exposição social gradual.
Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de interações sociais; • Redução do isolamento; • Maior assertividade relacional.

Por fim, na Sessão 4, dirigida à ansiedade e padrão de sono, foram identificados os diagnósticos de ansiedade moderada e padrão de sono comprometido, justificados pela presença de sintomatologia ansiosa com impacto funcional e insónia. As intervenções envolveram a avaliação da ansiedade, exploração da relação entre pensamentos, emoções e comportamentos,

ensino de estratégias de regulação emocional e promoção da higiene do sono. Os resultados esperados traduziram-se na redução da ansiedade, melhoria do padrão de sono e aumento do autocontrolo emocional. A avaliação foi realizada com base na diminuição da ansiedade autorreferida, melhoria da qualidade do sono e manutenção de rotinas estruturadas.

Sessão 4 – Ansiedade e Padrão de Sono

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE® 2019)	Ansiedade, moderada, na pessoa; Padrão de sono, comprometido, na pessoa.
Justificação Clínica	Sintomatologia ansiosa com impacto funcional e presença de insónia.
Resultados Esperados (Outcomes CIPE®)	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade, reduzida; • Padrão de sono, melhorado; • Autocontrolo emocional, eficaz. • Avaliar intensidade da ansiedade; • Explorar relação pensamento-emoção-comportamento;
Intervenções de Enfermagem (Entrevista Motivacional)	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar estratégias de regulação emocional; • Promover higiene do sono; • Reforçar progressos obtidos.
Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da ansiedade autorreferida; • Melhoria do sono; • Manutenção de rotinas estruturadas.

6.5 Discussão dos resultados

Os resultados obtidos ao longo das quatro sessões de EM evidenciam ganhos clínicos relevantes, particularmente ao nível da redução da sintomatologia ansiosa, melhoria do padrão de sono, reforço do autocuidado e aumento da consciência dos padrões relacionais disfuncionais. Estes resultados são analisados à luz das evidências atuais sobre as perturbações depressivas, bem como das abordagens psicoterapêuticas baseadas na evidência.

A perturbação depressiva constitui uma condição altamente prevalente e incapacitante, com impacto significativo no funcionamento social, profissional e interpessoal (*Global Burden of Disease*, 2024; OMS, 2025). A utente apresentava sintomatologia compatível com um quadro ansioso-depressivo, incluindo insónia, desmotivação, baixa autoestima e isolamento social, manifestações frequentemente descritas na literatura como centrais na Perturbação Depressiva Major (APA, 2014; Zhang et al., 2024). A presença de comorbilidade com ansiedade reforça a complexidade do quadro clínico, uma vez que estas perturbações frequentemente coexistem e se potenciam mutuamente.

A intervenção baseada na EM demonstrou ser adequada face à ambivalência identificada na utente, sobretudo no que respeita à sua perceção de valor pessoal e às dificuldades

relacionais. De acordo com Miller e Rollnick (2023), a evocação da motivação intrínseca e o reforço da autoeficácia constituem elementos centrais na promoção de mudança comportamental sustentável. Observou-se, ao longo das sessões, um aumento progressivo do discurso de mudança, nomeadamente ao nível do desejo de investir no autocuidado, da necessidade de redefinir expectativas profissionais idealizadas e da intenção de melhorar as relações interpessoais.

A melhoria do autocuidado e da imagem pessoal pode ser compreendida não só como um indicador comportamental, mas como reflexo de um aumento da autoestima, sintoma nuclear da depressão segundo o DSM-5 (APA, 2014). A redução da ansiedade e da insónia sugere igualmente impacto positivo ao nível da regulação emocional, domínio frequentemente comprometido em quadros depressivos e ansiosos (Zhang et al., 2024).

Importa ainda integrar estes resultados numa perspetiva psicodinâmica. A história familiar marcada por disfunção relacional e ausência de modelos de vinculação seguros poderá ter contribuído para padrões de insegurança afetiva e autocrítica intensa, aproximando-se da conceptualização de depressão introjetiva descrita por Blatt (1974) e desenvolvida por Coimbra de Matos (2001). A tendência para idealização profissional e autoexigência excessiva pode refletir a presença de um superego crítico, alimentando sentimentos de inadequação e fracasso. Neste contexto, a Entrevista Motivacional, ao promover aceitação, validação emocional e reforço das competências pessoais, pode ter funcionado como experiência relacional corretiva, favorecendo maior integração do *self* e diminuição da autodepreciação.

Embora a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) seja amplamente reconhecida como intervenção de primeira linha para depressão (Cuijpers et al., 2021; 2023), a escolha da EM revelou-se pertinente no presente caso, dada a necessidade inicial de trabalhar a ambivalência e fortalecer a prontidão para a mudança. A literatura demonstra que intervenções psicológicas são eficazes, particularmente em episódios ligeiros a moderados (OMS, 2025), sendo que a motivação constitui fator determinante para a adesão e manutenção do tratamento.

Os resultados obtidos, ainda que preliminares e circunscritos ao período de estágio, sugerem que a aplicação estruturada da Entrevista Motivacional contribuiu para:

- Aumento da adesão ao acompanhamento;
- Redução da sintomatologia ansiosa;
- Melhoria do padrão de sono;
- Reforço do autocuidado;

- Maior insight sobre padrões relacionais;
- Diminuição da discrepância entre idealização e realidade profissional.

Contudo, importa reconhecer que a depressão apresenta frequentemente carácter recorrente e multifatorial (OMS, 2025), pelo que a continuidade do acompanhamento especializado em Psiquiatria e Enfermagem de Saúde Mental se mantém fundamental.

Face a tudo o que foi exposto, os resultados obtidos corroboram a literatura que enfatiza a importância de intervenções psicológicas centradas na pessoa, baseadas na evidência, e ajustadas ao nível de prontidão para a mudança. A EM demonstrou ser uma ferramenta clinicamente útil no contexto da Enfermagem de Saúde Mental, promovendo *empowerment*, autoeficácia e mobilização para o autocuidado, dimensões essenciais na recuperação em saúde mental.

Reflexão

No caso da utente em estudo, a história familiar de perturbação bipolar (pai), a exposição precoce à violência doméstica, a ausência de vínculos afetivos seguros e a baixa autoestima atual podem funcionar como fatores de risco para o desenvolvimento desta comorbidade ansioso-depressiva. Importa destacar que a presença de sintomas ansiosos em pessoas com depressão está associada a pior prognóstico, maior ideação suicida, menor taxa de remissão e maior incidência de efeitos adversos à medicação. Assim, reconhecer e tratar esta comorbidade é essencial para uma intervenção eficaz.

Conclui-se que a ponderação da comorbidade entre a ansiedade e a depressão no plano de cuidados da utente é primordial. A Entrevista Motivacional constitui uma abordagem validada e centrada na pessoa, particularmente adequada à presença de ambivalência face à mudança, o que justificou a sua integração no plano de acompanhamento. A intervenção incidiu na evocação da motivação intrínseca, na promoção da regulação emocional, no reforço da autoestima, no desenvolvimento de competências interpessoais e na gestão do stresse, através de uma relação terapêutica baseada na empatia, parceria e capacitação.

Importa sublinhar que não se pretende formular um diagnóstico definitivo, essa competência cabe ao Médico Psiquiatra após avaliação aprofundada e potencialmente com recurso a instrumentos diagnósticos. O objetivo é, sim, fomentar uma leitura crítica e fundamentada, que me permitisse, em colaboração com a restante equipa de saúde, acompanhar de forma mais informada a utente.

Quer a hipótese de perturbação da personalidade leve como a de ciclotimia patentearam implicações de suma importância para o plano de intervenção, como o foco na regulação emocional, construção de vínculos seguros, monitorização de humor e sono. O acompanhamento da utente, que foi delineado com recurso à EM, assumiu-se como pertinente, dado que ofereceu uma estrutura adequada para trabalhar as dificuldades apresentadas pela mesma, independentemente do diagnóstico final. Uma vez que a utente já está referenciada para a Consulta de Psiquiatria na ULS, recomenda-se que se mantenha a monitorização na Consulta de

Enfermagem de Saúde Mental, com registo sistemático da evolução dos sintomas, monitorização de alterações de humor, sono e funcionalidade social/ocupacional, bem como a comunicação colaborativa com a equipa de profissionais de saúde, para eventual ajuste do seu regime terapêutico.

Considerações finais

Chegado ao término deste percurso formativo, reconheço que este relatório não representa um ponto final, mas antes uma estação intermédia de uma viagem que continua. Ao longo destes meses de estágio, quer em contexto comunitário quer em internamento de agudos, fui construindo conhecimentos, desenvolvi competências e consolidei a minha identidade profissional, como quem acrescenta, progressivamente, as carruagens a um comboio em movimento.

O conhecimento, tal como as carruagens de um comboio, não surge de forma isolada. Cada carruagem liga-se à anterior, sustenta-se na que a precede e prepara o caminho para a seguinte. A primeira carruagem desta viagem foi o conhecimento teórico adquirido ao longo do curso: os referenciais legais, os modelos de intervenção, as teorias psicológicas e de enfermagem. Sem essa base estrutural, o comboio não teria trilhos seguros por onde circular.

A segunda carruagem foi a experiência prática em contexto comunitário. Na Unidade de Cuidados na Comunidade, compreendi que cuidar em saúde mental é, acima de tudo, aproximar-se. Aproximar-se da história, do contexto familiar, das vulnerabilidades invisíveis e das forças ainda não reconhecidas pela própria pessoa. A Entrevista Motivacional revelou-se aqui uma ferramenta transformadora, não como técnica isolada, mas como postura relacional. Aprendi que, muitas vezes, não é o profissional que, metaforicamente, conduz o comboio da mudança; é a própria pessoa que escolhe o destino, e o enfermeiro caminha ao seu lado, ajudando-a a perceber que tem combustível suficiente para seguir viagem.

A terceira carruagem foi o internamento de agudos. Um espaço de intensidade clínica, onde a vulnerabilidade se manifesta de forma mais crua e urgente. Neste contexto, aprendi o valor da estabilidade, da contenção emocional, da tomada de decisão fundamentada e da articulação multidisciplinar, do cuidar holístico. Percebi que, mesmo nas fases mais críticas da doença mental, existe sempre um espaço possível para a dignidade, para a escuta ativa e para a humanização do cuidado.

Ao longo desta viagem, houve também carruagens invisíveis, as do autoconhecimento, da dúvida, da insegurança e da superação. A prática reflexiva permitiu-me compreender que crescer profissionalmente implica aceitar que nem todas as respostas são imediatas. Muitas vezes, a aprendizagem acontece no intervalo entre a ação e a reflexão sobre a ação. É nesse espaço que o conhecimento deixa de ser meramente técnico e se transforma em sabedoria clínica.

A integração da EM neste percurso constituiu uma carruagem particularmente significativa. Mais do que aplicar um modelo estruturado, compreendi a importância de trabalhar a ambivalência, de respeitar o tempo da pessoa e de reforçar a sua autoeficácia. Num mundo clínico frequentemente orientado para a resolução rápida de sintomas, a EM recorda-nos que a mudança genuína nasce da motivação intrínseca e do sentimento de capacidade.

Este estágio permitiu-me desenvolver e consolidar progressivamente competências científicas, técnicas e relacionais, mas, sobretudo, permitiu-me compreender o verdadeiro significado de ser EEESMP. Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é ser instrumento terapêutico. É saber que a nossa presença, postura e palavra podem ser tão terapêuticas quanto qualquer intervenção formal. É reconhecer que cada pessoa que acompanhamos é também uma viagem única, com carruagens de dor, resiliência, ambivalência e esperança.

É importante também fazer uma análise crítico-reflexiva das competências de Mestre em Enfermagem, em consonância com o disposto no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, estabelece o Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior em Portugal. Nomeadamente o artigo 15.º. Estas competências assumem um carácter transversal, articulando-se com as competências comuns do enfermeiro especialista e com as competências específicas do EEESMP. O percurso formativo permitiu o desenvolvimento de competências ao nível da conceção, gestão e supervisão dos cuidados, sustentadas por conhecimento aprofundado, capacidade de resolução de problemas em contextos complexos e multidisciplinares, bem como competências comunicacionais e de aprendizagem autónoma ao longo da vida.

A mobilização do conhecimento adquirido contribuiu para uma prática segura e de qualidade, suportada por um raciocínio clínico crítico e fundamentado, orientado para a promoção da saúde, dignidade e bem-estar da pessoa com doença mental, numa perspetiva humanizada. Desenvolvi competências de autoconhecimento e assertividade, reconhecendo a influência do meu “eu” na relação terapêutica e na implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

O processo formativo alicerçou-se numa aprendizagem contínua, baseada na experiência e na reflexão crítica da prática, o que possibilitou a aquisição progressiva de competências

clínicas e o aperfeiçoamento do desempenho profissional. A capacidade de adaptação e de tomada de decisão evoluiu de forma sólida, conferindo-me maior autonomia, flexibilidade e eficácia na gestão de situações complexas. Neste sentido, a prática desenvolvida aproxima-se do nível de perito descrito por Benner (2011), caracterizado por uma compreensão global das situações, tomada de decisão intuitiva e utilização integrada da experiência. Esta evolução traduziu-se numa atuação mais fluida, segura e centrada na pessoa, sempre numa visão holística e com demonstração da capacidade de articular o conhecimento teórico com a experiência prática na definição de intervenções adequadas.

Se hoje olho para trás, vejo que o comboio do conhecimento não terminou o seu percurso. Ele continua em movimento. Novas carruagens serão acrescentadas: a investigação futura, a prática clínica continuada, a supervisão, a formação contínua e, inevitavelmente, novos desafios. O essencial é que os trilhos, sustentados na ética, na evidência científica e na centralidade da pessoa, permaneçam sólidos.

Termino este percurso com a consciência de que não sou o mesmo profissional que iniciou esta viagem. Cresci na capacidade de escutar, de refletir, de decidir e de cuidar. E compreendi que o conhecimento não é um destino fixo, mas um processo dinâmico e cumulativo, tal como um comboio que avança, ligando experiências, saberes e pessoas.

Assim, estas considerações finais não encerram um ciclo; antes anunciam a continuidade de um compromisso, o de continuar a acrescentar carruagens ao meu percurso profissional, sempre ao serviço da promoção da saúde mental, da dignidade humana e da recuperação das pessoas que me serão confiadas.

Referências bibliográficas

- Action for Happiness. (2025). *World Mental Health Day*. <https://actionforhappiness.org/world-mental-health-day>
- Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and addressing mental health stigma across cultures for improving psychiatric care: A narrative review. *Cureus*, 15(5), e39549. <https://doi.org/10.7759/cureus.39549>
- Aljuhani, M., Lovell, K., & Price, O. (2025). *Mental health nurses' perspectives on cognitive behavioural therapy for individuals diagnosed with schizophrenia: A qualitative study*. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7038684/v1>
- American Psychiatric Association. (APA). (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.^a ed.). Climepsi Editores.
- Assembleia da República. (2023). *Lei n.º 35/2023, de 21 de julho*. Diário da República, 1.^a série(141). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200003.pdf>
- Babapour, A.-R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>
- Bahorik, A. L., et al. (2016). [Confirmar referência completa se usada no texto].
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233–240.
- Bello, O., & Kearney, K. (2025). Using motivational interviewing to promote medication adherence in patients with major depressive disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 59, 151968. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2025.151968>
- Ben Simon, E., Vallat, R., Rossi, A., & Walker, M. P. (2022). Sleep loss leads to the withdrawal of human helping across individuals, groups, and large-scale societies. *PLOS Biology*, 20(8), e3001733. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3001733>
- Benner, P. (2011). Formation in professional education: An examination of the relationship between theories of meaning and theories of the self. *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(3), 342–353. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhr030>

- Bischof G, Bischof A, Rumpf HJ. Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Dtsch Arztebl Int.* 2021 Feb 19;118(7):109-115. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0014.
- Bradford, A., Meyer, A. N. D., Khan, S., Giardina, T. D., & Singh, H. (2024). Diagnostic error in mental health: A review. *BMJ Quality & Safety*, 33(10), 663–672. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2023-016996>
- Campino, S., & Dixe, M. A. C. R. (2025). Guidelines for the humanization of care provided by the multidisciplinary team in the adult emergency department. *Pensar Enfermagem*, 29(1), e00426. <https://doi.org/10.71861/pensarenf.v29iSup.426>
- Caplan, S., Rothstein, J. D., Comas, C. E. V., & Lovera, A. S. (2022). Comparison of patient versus trained observer assessments of healthcare providers' use of motivational interviewing techniques for patients experiencing depression and anxiety in the Dominican Republic. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(1), 206–219. <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09781-5>
- Carvalho, Á., Trindade, A., Preto, A., Silveira, É. D., Bouça, J., Cruz, M., ... Mateus, P. (2015). *Rede de referência hospitalar de psiquiatria e saúde mental*. ACSS, IP.
- Chicago Psychoanalytic Institute. (2024). *Cyclothymia: Understanding and managing mood fluctuations*. <https://www.chicagopsychoanalytic.org/>
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Clair, C., Augsburger, A., Birrer, P., et al. (2020). Assessing the efficacy and impact of a personalised smoking cessation intervention among type 2 diabetic smokers: Study protocol for an open-label randomised controlled trial (DISCGO-RCT). *BMJ Open*, 10(11), e040117. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040117>
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Committee on Diagnostic Error in Health Care, Board on Health Care Services, Institute of Medicine, & The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2015).

Improving diagnosis in health care (E. P. Balogh, B. T. Miller, & J. R. Ball, Eds.). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21794>

- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105–115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., Cipriani, A., Cristea, I. A., & Furukawa, T. A. (2021). Psychotherapies for depression: A network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20(2), 283–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20860>
- Dandan, N., Mansour, F., & Diab, T. (2024). The role of psychology in a multi-disciplinary psychiatric inpatient setting: Perspectives from the multidisciplinary team. *Middle East Current Psychiatry*, 31, 26. <https://doi.org/10.1186/s43045-024-00417-6>
- Del Vecchio, D., Irwin, P., & Coutts, R. (2024). Enhancing reflective capacities in exercise physiology: Bridging education and lifelong professional learning. *Journal of Clinical Exercise Physiology*, 13(Suppl. 2), 499. <https://doi.org/10.31189/2165-7629-13-s-2.499>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Cessação tabágica: Programa-tipo de atuação*.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo*. www.dgs.pt
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2025). *Guia da unidade curricular Estágio de Opção 8: Enfermagem de Saúde Mental em contexto de comunidade do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (CMESMP)*.
- Evins, A. E., West, R., Benowitz, N. L., Russ, C., Lawrence, D., McRae, T., et al. (2021). Efficacy and safety of pharmacotherapeutic smoking cessation aids in schizophrenia spectrum disorders: Subgroup analysis of EAGLES. *Psychiatric Services*, 72(1), 7–15. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000032>
- Farooq, S., Fonseka, N., Ali, M. W., Milner, A., Hamid, S., Sheikh, S., Khan, M. F., Azeemi, M. M., Ariyadasa, G., Khan, A. J., & Ayub, M. (2024). Early intervention in psychosis and management of first episode psychosis in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 50(3), 521–532. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae025>

- Fatima, E., Hill, I., Dover, N., & Faisal, H. (2025). Exploring cognitive stimulation as a therapy for the prevention of delirium in a hospital setting: A narrative review. *Behavioral Sciences*, 15(2), 186. <https://doi.org/10.3390/bs15020186>
- Fernandes, J. M. B., Vieira, L. T., & Castelhana, M. V. C. (2023). Revisão narrativa enquanto metodologia científica significativa: Reflexões técnicas-formativas. *REDES – Revista Educacional da Sucesso*, 3(1).
- Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. (2021). Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>
- Flynn, H., & Naar, S. (2025). Motivational interviewing in the treatment of depression. In B. L. Burke, B. Lundahl, & H. Arkowitz (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (3rd ed., pp. 118–143). Guilford Press.
- Funkhouser, C. J., Ashaie, S. A., Gameraff, M. J., Talati, A., Posner, J., Weissman, M. M., & Shankman, S. A. (2022). Prospectively predicting adult depressive symptoms from adolescent peer dysfunction: A sibling comparison study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(8), 1081–1093. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00906-4>
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). *Despacho n.º 7539/2017, de 25 de agosto*. Diário da República, 2.ª série(164). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7539-2017-108055019>
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(Suppl 2), S223–S229. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19
- Global Burden of Disease (GBD). (2024). *GBD Results Tool*. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Gowda, M., Gajera, G., Srinivasa, P., & Ameen, S. (2019). Discharge planning and Mental Healthcare Act 2017. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl. 4), S706–S709. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_72_19
- Guia Orientador de trabalhos escritos (2024). Escola Superior de Saúde de Viseu.

- Guo, K., Zhou, L., Shang, X., Yang, C., E, F., Wang, Y., Xu, M., Wu, Y., Li, Y., Li, M., Yang, K., & Li, X. (2022). Varenicline and related interventions on smoking cessation: A systematic review and network meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 241, 109672. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109672>
- Haines, A., Perkins, E., Evans, E. A., & McCabe, R. (2018). Multidisciplinary team functioning and decision making within forensic mental health. *Mental Health Review Journal*, 23(3), 185–196. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2018-0001>
- Hallaran, A. J., Edge, D. S., Almost, J., & Tregunno, D. (2023). New nurses' perceptions on transition to practice: A thematic analysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(1), 126–136. <https://doi.org/10.1177/08445621221074872>
- Hallaran, A. J., Edge, D. S., Almost, J., & Tregunno, D. (2023). New nurses' perceptions on transition to practice: A thematic analysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, 55(1), 126–136. <https://doi.org/10.1177/08445621221074872>
- Hammoudi Halat, D., Soltani, A., Dalli, R., Alsarraj, L., & Malki, A. (2023). Understanding and fostering mental health and well-being among university faculty: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(13), 4425. <https://doi.org/10.3390/jcm12134425>
- Hantouche, E., & Perugi, G. (2012). Should cyclothymia be considered as a specific and distinct bipolar disorder? *Neuropsychiatry*, 2(5), 407–414. <https://doi.org/10.2217/npv.12.51>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Haslam, N., & Tse, J. S. (2025). Public awareness of mental illness: Mental health literacy or concept creep? *Australasian Psychiatry*, 33(1), 18–20. <https://doi.org/10.1177/10398562241292202>
- Hopwood M. Anxiety Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder: Commentary on Prevalence and Clinical Implications. *Neurol Ther.* 2023 Apr;12(Suppl 1):5-12. doi: 10.1007/s40120-023-00469-6.
- Jiang, Y., Zhao, Y., Tang, P., Wang, X., Guo, Y., & Tang, L. (2024). The role of nurses in smoking cessation interventions for patients: A scoping review. *BMC Nursing*, 23(1), 803. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02470-2>

- Kalin, N. H. (2020). The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365–367. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>
- Kishimoto, T., Hagi, K., Kurokawa, S., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2021). Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia: A systematic review and comparative meta-analysis of randomised, cohort, and pre-post studies. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 387–404. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00039-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00039-0)
- Korylchuk, N., Pelykh, V., Nemyrovych, Y., Didyk, N., & Martysyniak, S. (2024). Challenges and benefits of a multidisciplinary approach to treatment in clinical medicine. *Journal of Pioneering Medical Sciences*, 13(3), 1–9. <https://doi.org/10.61091/jpms202413301>
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review. *Mindfulness*, 12(1), 1–28. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>
- Lassen, E. R., Lia, S. A., Hjertaas, I., Hjemdal, O., Kennair, L. E. O., Hagen, R., & Solem, S. (2024). Patient motivation and adherence in metacognitive therapy for major depressive disorder: An observational study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(2), 220–234. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2289863>
- Loots, E., Leys, J., Proost, S., Morrens, M., Glazemakers, I., Dilles, T., & Van Rompaey, B. (2022). Medication self-management in hospitalised patients with schizophrenia or bipolar disorder: The perceptions of patients and healthcare providers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4835. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084835>
- Macedo, A. F. (2023). *A entrevista motivacional como intervenção do enfermeiro especialista na pessoa com perturbação depressiva* [Relatório de natureza profissional, Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica]. <https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/4521/trabalho-a17598-andre%20freitas%20macedo%20%281%29.pdf>
- Magalhães, A. F. M. (2025). *Enfermagem de saúde mental* [Relatório de estágio, Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/60925>
- Magomedova, A., & Fatima, G. (2025). Mental health and well-being in the modern era: A comprehensive review of challenges and interventions. *Cureus*, 17(1), e77683. <https://doi.org/10.7759/cureus.77683>

- McAllister, S., Robert, G., Tsianakas, V., & McCrae, N. (2019). Conceptualising nurse–patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.013>
- McAllister, S., Simpson, A., Tsianakas, V., & Robert, G. (2021). “What matters to me”: A multi-method qualitative study exploring service users', carers' and clinicians' needs and experiences of therapeutic engagement on acute mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 703–714. <https://doi.org/10.1111/inm.12835>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change and grow* (4th ed.). Guilford Press.
- Moreira, A. F. R. (2019). *(Não) adesão à terapêutica da pessoa com perturbação mental na comunidade* [Relatório de estágio, Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28851/1/relat%C3%B3rio%20%28N%C3%A3o%29%20ades%C3%A3o%20%C3%A0%20terapeutica%20da%20pessoa%20com%20perturba%C3%A7%C3%A3o%20mental%20na%20comunidade.pdf>
- Moreno-Poyato, A. R., Casanova-Garrigos, G., Roldán-Merino, J. F., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2021). Examining the association between evidence-based practice and the nurse–patient therapeutic relationship in mental health units: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(4), 1762–1771. <https://doi.org/10.1111/jan.14715>
- Mugoya, G. C. T., Mumba, M. N., Jaiswal, J., Glenn, A., Potts, C., Smith, N. L., Butler, A., & Cook, R. M. (2022). Feasibility and acceptability of a group counseling intervention for opioid use disorder: An exploratory study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 60(6), 7–10. <https://doi.org/10.3928/02793695-20220510-01>
- Murphy, A. L., Suh, S., Gillis, L., Morrison, J., & Gardner, D. M. (2023). Pharmacist administration of long-acting injectable antipsychotics to community-dwelling patients: A scoping review. *Pharmacy*, 11(2), 45. <https://doi.org/10.3390/pharmacy11020045>
- Ohtake, F., Noguchi-Watanabe, M., & Morita, K. (2023). The process of home-visiting nurses supporting people with mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(21), 6965. <https://doi.org/10.3390/ijerph20216965>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico do enfermeiro* (anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Diário da República.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro*. Diário da República, 2.ª série(26). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Organização Mundial de Saúde. (2025). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. Wiley.
- Patel, K., Watkins, C., Benedetto, V., et al. (2026). The effectiveness of a motivational interviewing-based intervention for reducing depressive symptoms after stroke compared to an attention control and usual care: Study protocol for a multi-centre randomised controlled trial (COMMITTS). *Trials*, 27, 166. <https://doi.org/10.1186/s13063-026-09429-5>
- Pedroso, B. M. M. (2011). *Abordagem familiar em visita domiciliária em enfermagem de saúde mental e psiquiatria* [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/14117/1/Abordagem%20Familiar%20em%20Visita%20Domicili%C3%A1ria%20em%20Enfermagem%237EFE.pdf>
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. G. P. Putnam's Sons.
- Perugi, G., Hantouche, E., & Vannucchi, G. (2017). Diagnosis and treatment of cyclothymia: The "primacy" of temperament. *Current Neuropharmacology*, 15(3), 372–379. <https://doi.org/10.2174/1570159X14666160616120157>
- Pleaver, S., Kisely, S. R., Bonevski, B., Siskind, D., Guillaumier, A., McCarter, K., & Gartner, C. E. (2024). Interventions for smoking cessation in inpatient psychiatry settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD015934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015934>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2019). *Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio*. Diário da República, 1.ª série(101). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>

- Presidência do Conselho de Ministros. (2021). *Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro*. Diário da República, 1.ª série(240). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2021-175865938>
- Reinhard, M. A., Dewald-Kaufmann, J., Wüstenberg, T., Musil, R., Barton, B. B., Jobst, A., & Padberg, F. (2020). The vicious circle of social exclusion and psychopathology: A systematic review of experimental ostracism research in psychiatric disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(5), 521–532. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01074-1>
- República Portuguesa. (2015). *Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio*. Diário da República, 2.ª série, n.º 102, 13550–13553. <https://www.dre.pt>
- República Portuguesa. (2016). *Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro*. Diário da República, 1.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/63-2016-75319452>
- Ribeiro, S., Pimentel, A. P., Fernandes, V. R., Deslandes, A. C., & Amarante, P. (2024). It is time for more holistic practices in mental health. *PLOS Mental Health*, 1(1), e0000028. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000028>
- Rice, V. H., Heath, L., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2017). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD001188. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub5>
- Rodrigues, J. M., Cruz, A. S., & Queirós, C. (2025). Understanding stigma in mental illness: A novel literature-based model of development. *Psychiatry International*, 6(1), 21. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6010021>
- Rolduà-Ros, J., Moreno-Poyato, A. R., Coelho, J. C. F., Nogueira, C., Sequeira, C. A. C., Teixeira, S., Usall, J., & Lluch-Canut, M. T. (2025). Exploring an intervention to enhance positive mental health in people with first-episode psychosis: A qualitative study from the perspective of mental health professionals. *Healthcare*, 13(15), 1834. <https://doi.org/10.3390/healthcare13151834>
- Sacilotto, E., Salvato, G., Villa, F., Salvi, F., & Bottini, G. (2022). Through the looking glass: A scoping review of cinema and video therapy. *Frontiers in Psychology*, 12, 732246. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.732246>
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2005). *Terapia familiar* (6.ª ed.). Edições Afrontamento.
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in

204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

Sanz-Osorio, M. T., González-Diez, L., Sánchez-Rueda, G., Vallès, V., Escobar-Bravo, M. A., & Monistrol, O. (2024). Humanised care in acute psychiatric hospitalisation units: Definition, values and strategic initiatives from the perspective of persons with mental health problems, primary carers and professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(2), 228–239. <https://doi.org/10.1111/jpm.12974>

Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370(9590), 810–811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)

Satre, D. D., Parthasarathy, S., Young-Wolff, K. C., Meacham, M. C., Borsari, B., Hirschtritt, M. E., Van Dyke, L., & Sterling, S. A. (2022). Cost-effectiveness of motivational interviewing to reduce alcohol and cannabis use among patients with depression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 83(5), 662–671. <https://doi.org/10.15288/jsad.21-00186>

Sawma, T., Hallit, S., Younis, C. J., Jaber, J., & Khoury-Malhame, M. E. (2024). Cultural stigma, psychological distress and help-seeking: Moderating role of self-esteem and self-stigma. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2024.11.22.24317772>

Soares, M., Martins, V., Tomás, M., Sousa, L., Nascimento, T., Costa, P., Quaresma, G., & Lucas, P. (2025). Psychiatric home hospitalization: The role of mental health nurses—A scoping review. *Healthcare*, 13(3), 231. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030231>

Spinelli, C., Wisener, M., & Khoury, B. (2019). Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.03.003>

Tahmaseb-McConatha, J. (2023). Meditations on loss and grief: Loss is a universal human experience—How can we cope with it? *Psychology Today*. https://digitalcommons.wcupa.edu/psych_facpub/67

Totterdell, P., & Kellett, S. (2008). Restructuring mood in cyclothymia using cognitive behavior therapy: An intensive time-sampling study. *Journal of Clinical Psychology*, 64(4), 501–518. <https://doi.org/10.1002/jclp.20444>

Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. F. A. Davis.

Ullah, H., Arbab, S., Khan, S. A., Liu, C. Q., Fayaz, M., Tian, Y., & Li, K. (2025). Work-related stress, professional respect, and psychological counseling among nurses: A cross-sectional

study. *Journal of Nursing Management*, 2025, 2413658. <https://doi.org/10.1155/jonm/2413658>

Wangel, A.-M., Persson, K., Duerlund, S., Fhager, J., Mårdhed, E., Sjögran, L., Sjöström, K., Glantz, A., Örmon, K., & Sunnqvist, C. (2024). The core elements of psychiatric and mental health nursing: Time, honest engagement, therapeutic relations, professional nursing and lifetime-perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 45(4), 399–408. <https://doi.org/10.1080/01612840.2024.2305934>

Weinreich, L., Moll, K., Sperl, M. F. J., et al. (2025). Experimental investigations of social exclusion among adolescents with psychiatric disorders: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 2631–2648. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02687-9>

Woods, B., Rai, H. K., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., & Spector, A. (2023). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD005562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub3>

World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. WHO.

World Health Organization. (2025). *Guidance on mental health policy and strategic action plans: Module 1. Introduction, purpose and use of the guidance*. World Health Organization.

World Health Organization. (2025, June 25). *Tobacco*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Wu, C., Cheng, K., Li, Y., & Tan, X. (2024). MHBM001: Lurasidone can relieve the prolonged QTc interval during treatment: A case report. *Medicine*, 103(14), e37368. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000037368>

Zhang, Y., Jia, X., Yang, Y., Sun, N., Shi, S., & Wang, W. (2024). Change in the global burden of depression from 1990–2019 and its prediction for 2030. *Journal of Psychiatric Research*, 178, 16–22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.07.054>

Apêndices

Apêndice II

Guia de relaxamento e respiração

REGISTO DIÁRIO DE PRÁTICA

Assinale com ✓ os momentos em que praticou:

DIA	MANHÃ	TARDE	NOITE	COMENTÁRIOS
2ª Feira				
3ª Feira				
4ª Feira				
5ª Feira				
6ª Feira				
Sáb.				
Dom.				

Lembre-se: a respiração é o seu melhor aliado no controlo da ansiedade. Cada inspiração é um passo para longe do tabaco. Pratique todos os dias, mesmo quando se sentir bem.

Contacto para apoio: 936 700 956

CONSULTA DE APOIO INTENSIVO À CESSAÇÃO TABÁGICA



GUIA DE RELAXAMENTO E RESPIRAÇÃO

“Apoio à Cessação Tabágica”

UCC

FOLHETO ELABORADO POR:

Data de Elaboração: 31/10/2025

Aprovado a: _____

Revisão: _____



Durante o processo de deixar de fumar, é comum sentir ansiedade, irritabilidade, tensão ou vontade intensa de fumar (craving). As técnicas de relaxamento e respiração ajudam a controlar o stress e os impulsos, melhoram o sono e reforçam o bem-estar.

1. RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

- Sente-se confortavelmente, com as costas direitas
- Coloque uma mão sobre o peito e outra sobre o abdómen
- Inspire lentamente pelo nariz durante 4seg., sentindo o abdómen expandir
- Retenha o ar por 2 seg.
- Expire lentamente pela boca durante 6seg.
- Repita 5 vezes.

Pratique 3 vezes por dia e sempre que sentir vontade de fumar

2. TÉCNICA 4-7-8

- Inspire pelo nariz durante 4seg.
- Retenha o ar durante 7seg.
- Expire pela boca lentamente durante 8seg.
- Repita 4 ciclos.

Use esta técnica antes de dormir ou em momentos de ansiedade

3. RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

- Sente-se ou deite-se confortavelmente
- Contraia um grupo muscular por 5 seg. (ex.: punhos)
- Solte lentamente a tensão durante 10 seg.
- Repita em diferentes partes do corpo (ombros, pernas, face).

Pratique ao final do dia ou quando se sentir tenso

4. VISUALIZAÇÃO POSITIVA

- Feche os olhos e imagine um local tranquilo (praia, campo, montanha)
- Inspire e imagine o ar limpo a encher os pulmões
- Ao expirar, visualize o fumo e as toxinas a sair do corpo
- Repita durante 2-3 min.

Pense: “Estou mais forte a cada respiração sem fumo”

5. ESTRATÉGIA “PARE E RESPIRE”

Quando sentir vontade súbita de fumar:

- Para
- Respire fundo 3 vezes
- Afaste-se do local ou mude o foco
- Substitua o cigarro por um copo de água, um pequeno passeio ou uma conversa.

Apêndice III

Cartaz informativo desconstruindo mitos na saúde mental

DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL

10 outubro



Desconstruindo mitos em saúde mental

Mitos	vs	Realidade
<p>✘ Ter problemas mentais é fraqueza;</p> <p>✘ Os problemas de saúde mental são raros, nunca serei afetado;</p> <p>✘ As pessoas com problemas de saúde mental são violentas;</p> <p>✘ Os medicamentos de saúde mental viciam sempre;</p> <p>✘ Quem fala em suicídio só quer chamar atenção.</p>	<p>✔</p> <p>✔</p> <p>✔</p> <p>✔</p> <p>✔</p> <p>✔</p>	<p>Todas as pessoas podem passar por isso. Não é fraqueza, é humano;</p> <p>Os problemas de saúde mental são bastante comuns e podem afetar as pessoas em qualquer fase da vida;</p> <p>O estigma e a discriminação são muitas vezes mais difíceis que a doença;</p> <p>Quando usados sob orientação médica, são seguros e eficazes;</p> <p>Falar é um pedido de ajuda e deve ser levado a sério.</p>



Falar sobre saúde mental salva vidas.
Procurar ajuda é um ato de coragem.
Quebrar o estigma é responsabilidade de todos.

Elaborado por: André Martins n.º3978 | Váizer Henriques n.º29703




Politécnico
de Viseu
Escola Superior
de Saúde de Viseu

Apêndice IV
Cartaz informativo da sessão de relaxamento

"SESSÃO DE RELAXAMENTO"

GUIADA

DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL
10 DE OUTUBRO DE 2025



HORÁRIO DAS SESSÕES

10h30
12h00
14h00


DURAÇÃO DE 40MIN.


PÚBLICO-ALVO

PARA TODOS OS PROFISSIONAIS
DO CENTRO DE SAÚDE DE VAGOS

TRAGA ROUPA CONFORTÁVEL

AGENDE JÁ A SUA
SESSÃO EXPERIMENTAL!

 CENTRO DE SAÚDE

**Politécnico
de Viseu**
Escola Superior
de Saúde de Viseu

Apêndice V

Guia de relaxamento

10-10-2025

SESSÃO DE RELAXAMENTO



Aluno da Mestrada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Válder Henriques

GUIÃO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON

RELAXAMENTO MUSCULAR

OBJETIVO

Reduzir a tensão muscular e promover o relaxamento profundo, através da alternância entre tensão e relaxamento de diferentes grupos musculares.

ESTRUTURA DA SESSÃO (40 MINUTOS)

ETAPA	DURAÇÃO ESTIMADA
Introdução e preparação	5 min.
Relaxamento progressivo	30 min.
Retorno e encerramento	5 min.

Início:

- Deite-se numa posição que considere confortável para si...
- Feche os olhos suavemente centrando a sua atenção neste exercício...

Explicação breve:

"Vamos fazer um exercício de relaxamento muscular progressivo. Vamos tensionar e depois relaxar grupos musculares específicos. O objetivo é tomar consciência das sensações de tensão e relaxamento. Se tiver algum desconforto, não force. Respire fundo e segue ao seu ritmo."

- Preste atenção à minha voz...

1. BRAÇO DOMINANTE

Gostaria que prestasse atenção aos músculos da sua mão e braço dominante.

Quando eu disser agora, vou pedir-lhe que contraia esses músculos... dobrando o braço pelo cotovelo... fechando a mão e fazendo força...

- **AGORA:** Sinta a tensão na mão... no braço, até ao ombro... identifique todas as sensações desagradáveis...

(manter durante 5 a 7 segundos)

- **RELAXE:** Deixe toda a tensão sair, diluir-se... repare na diferença da sua mão, braço... Repare na diferença entre tensão e relaxamento... sinta a mudança... preste atenção a estes músculos, à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados...

2. BRAÇO NÃO DOMINANTE

- Gostaria que prestasse atenção aos músculos da sua mão e braço não dominante... Quando eu disser agora, vou pedir-lhe que contraia esses músculos... dobrando o braço pelo cotovelo... fechando a mão e fazendo força...

- **AGORA:** Sinta a tensão na mão... no braço, até ao ombro... identifique todas as sensações desagradáveis...

(manter durante 5 a 7 segundos)

- **RELAXE:** Preste toda a sua atenção às sensações que estão associadas ao relaxamento... identifique as sensações agradáveis à medida que vai ficando mais e mais relaxado... À medida que a tensão se vai dissipando, sente-se cada vez mais calmo... mais e mais relaxado...

- Identifique a diferença entre o estar tenso e estar relaxado e como é tão agradável estar calmo e relaxado...
- Continue a respiração lenta e profunda... Isso!...
- Deixe toda a tensão sair à medida que expira...

(manter durante 30 a 40 segundos)

3. FACE

Vamos passar agora para todos os músculos do seu rosto...

Quando eu disser agora vou pedir-lhe que contraia esses músculos, levantando as sobrancelhas, enrugando a testa com força, fechando os olhos com muita força, franzindo o nariz, cerrando os dentes e puxando os cantos da boca para trás...

- **AGORA:** Sinta a tensão através de toda a área facial... nos músculos da testa, no rosto e no nariz... e como é desagradável toda essa sensação de tensão, de contração...

(manter durante 5 a 7 segundos)

- **RELAXE:** Deixe toda a tensão sair...

Repare no que se passa à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados, aprecie as sensações profundamente agradáveis, à medida que os seus músculos se vão soltando suavemente, tornando-se descontraídos e relaxando cada vez mais profundamente...

Continue a respirar profundamente... lentamente... profundamente... sem pressas...

Aprecie todas as sensações agradáveis associadas à sensação de relaxamento...

Que percorrem suave e lentamente o seu corpo....

(manter durante 30 a 40 segundos)

4. PESCOÇO E GARGANTA

Vamos agora focar a sua atenção nos músculos do pescoço e garganta...

Quando eu disser agora, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, puxando o queixo para o peito, mas sem deixar tocar no peito...

- **AGORA:** Aprecie a tensão desses músculos... e como é desagradável essa sensação...

(manter durante 5 a 7 segundos)

- **RELAXE:** Repare como é bom sentir os seus músculos cada vez mais relaxados...

Sinta apenas as sensações de profundo e relaxamento, fluindo por esses músculos...

Continue a respirar profundamente... lentamente... profundamente... sem pressas...

5. PEITO, OMBROS, PARTES SUPERIORES DAS COSTAS E ABDOMEN

Focalize-se agora nos músculos do peito, ombros, parte superior das costas e barriga...

Quando eu disser agora, vou pedir-lhe que contraia esses músculos, expirando bem fundo, prendendo a respiração, puxando os ombros para trás, enquanto ao mesmo tempo exerça pressão nos músculos da barriga...

- **AGORA:** Sinta a tensão no peito, ombros, parte superior das costas e barriga... identifique todas essas sensações desagradáveis, derivadas da tensão de ter músculos duros e contraídos...

(manter durante 5 a 7 segundos)

- **RELAXE:** Descontraia-se... deixe a tensão sair...

Repare como esses músculos estão agora, comparando com o seu estado anterior... sente-se cada vez mais relaxado à medida que o exercício decorre...

Continue a respirar profundamente... lentamente... profundamente... sem pressas...

(manter durante 30 a 40 segundos)

6. PERNA DOMINANTE

Agora vamos passar para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé dominante...

Quando eu disser agora, vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna dominante, levantando-a ligeiramente, enquanto faz extensão dos dedos dos pés...

- **AGORA:** Sinta a tensão através da sua perna até ao pé... e como essa sensação é desagradável...

(manter durante 5 a 7 segundos)

- **RELAXE:** Deixe toda a tensão sair... repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando mais e mais profundamente relaxados...

(manter durante 30 a 40 segundos)

7. PERNA NÃO DOMINANTE

Agora vamos passar para os músculos da sua coxa, barriga da perna e pé não dominante...

Quando eu disser agora, vou pedir-lhe que contraia os músculos da perna não dominante, levantando-a ligeiramente, enquanto estende os dedos do pé...

- **AGORA:** Sinta a tensão através da sua perna até ao pé... e como isso é desagradável...

(manter durante 5 a 7 segundos)

- **RELAXE:** Descontraia... deixe toda a tensão sair... aprecie todas as sensações de profundo relaxamento... é tão agradável sentir-se assim...

À medida que ouve a minha voz, e sente essas sensações, vai-se sentindo cada vez mais calmo, mais tranquilo, mais relaxado... este é um momento de tranquilidade... aceite todas as sensações que percorrem o seu corpo... aceite-as!!!

Continue a respirar profundamente... lentamente... profundamente... sem pressas...

Este é um momento para si...!!! Para relaxar e descontrair... aprecie todas as sensações associadas a um profundo relaxamento... À medida que o ar entra e sai... sente-se cada vez mais relaxado, os seus músculos estão cada vez mais e mais relaxados e pense:

▪ **"É tão bom sentir-me assim..."**

(manter durante 30 a 40 segundos)

Já relaxamos os músculos dos braços e mãos... deixe que eles continuem a relaxar... relaxamos os músculos da face e do pescoço... deixe que eles se mantenham profundamente relaxados...

Relaxamos os músculos das pernas e dos pés... deixe que esses músculos se mantenham profundamente relaxados...

SENTE-SE CALMO, RELAXADO, e diga para si próprio:

- **"É tão bom sentir-me assim..."**

Convide-se a fazer este exercício frequentemente... tire algum tempo para si, para relaxar...

Suavemente prepare-se para abandonar este exercício...

Agora vou contar de trás para a frente de 5 até 0...

5. Sente-se mais calmo, mais tranquilo... sabe que o relaxamento está dentro de si...

4. Respire... encha o peito de ar e expire lentamente...

3. Lentamente comece a mexer as pernas...

2. Pode mexer os braços e as mãos, devagar, sem esforço...

1. Devagar pode mexer a face e o pescoço, abrindo lentamente os olhos, como se acabasse de acordar...

0. Espreguice-se... estique bem os braços e as pernas... ativamente todos os músculos, como se acabasse de acordar...

Lembre-se que o relaxamento está dentro de si, e que o pode transportar para onde quiser...


Transporte-o para aqui e agora, regressando a esta sala, terminando, assim, o seu exercício de relaxamento.

Apêndice VI

Apresentação sobre o luto

COMPREENDER O LUTO: ASPETOS PSICOLÓGICOS E CUIDADOS EM SAÚDE

Unidade de Cuidados na Comunidade




Desenho por: Kira de Almeida GAT / Arte Harmonia

1

OBJETIVOS


- Compreender o conceito de luto e suas manifestações
- Reconhecer os diferentes tipos e fases do luto
- Refletir sobre o papel do profissional de saúde diante da perda
- Aprender estratégias de acolhimento e comunicação empática
- Abordar o impacto do luto na equipe de saúde e o autocuidado



2

LUTO E SAÚDE (UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA)

- Presença constante de perdas no contexto hospitalar e comunitário;
- Impacto emocional nas famílias, pacientes e profissionais;
- O luto não é só morte: pode estar ligado a perda de funções, diagnósticos, autonomia;
- Papel essencial dos profissionais de saúde na escuta e apoio.




3

O QUE É O LUTO?

É uma resposta natural e complexa diante de uma perda significativa, como a morte de uma pessoa querida, o término de um vínculo importante ou mudanças marcantes na vida.

Manifesta-se de forma única em cada indivíduo, envolvendo reações físicas, emocionais, comportamentais e espirituais.


Trata-se de um processo de adaptação à ausência, que, com o tempo, pode permitir a reorganização da vida e a construção de um novo sentido diante da perda.



4

TIPOS COMUNS DE LUTO


- Luto Normal:** processo esperado e adaptativo;
- Luto Antecipatório:** sofrimento que ocorre antes da perda iminente;
- Luto Preparatório:** ajuste de doentes e familiares à doença, envolvendo o luto do próprio doente perante a hipótese da morte;
- Luto Patológico ou complicado:** estado em que a pessoa tem grande dificuldade e incapacidade de se adaptar à perda, com sintomas intensos que comprometem o seu funcionamento mental e diário.



5

OUTROS TIPOS DE LUTO

- Luto coletivo;
- Luto espiritual;
- Luto por perda de relacionamentos;
- Luto por perda de fase de vida;
- Luto por perda de saúde.




6

FASES DO LUTO (MODELO CLÁSSICO)

Embora não sejam um processo linear nem obrigatório, essas fases são frequentemente associadas ao luto, segundo o modelo de [Elisabeth Kubler-Ross](#).


- Negação:** "isto não está acontecer..";
- Raiva:** "porque é que isto aconteceu comigo?";
- Negociação:** "se eu fizer isso, talvez melhore...";
- Depressão:** tristeza profunda, sensação de vazio;
- Aceitação:** reconhecimento da realidade e recomeço.



7

REAÇÕES COMUNS AO LUTO

- Físicas:** cansaço, insônia, perda de apetite, dores
- Emocionais:** tristeza, raiva, culpa, alívio
- Cognitivas:** dificuldade de concentração, confusão
- Comportamentais:** isolamento, choro frequente, alterações na rotina
- Espirituais:** crise de fé, busca por sentido



8



FATORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE LUTO

- Tipo de vínculo com a pessoa perdida;
- Circunstâncias da morte (súbita, violenta, esperada);
- Suporte social disponível;
- Cultura e espiritualidade;
- Histórico pessoal de saúde mental.

9

LUTO INFANTIL E ADOLESCENTE

- As crianças compreendem a morte de forma diferente conforme a idade;
- Devem ser incluídas no processo de luto com linguagem adequada;
- Os adolescentes oscilam entre a maturidade e comportamento regressivo;
- O apoio emocional e a escuta são fundamentais.

10

LUTO NA VELHICE

- É comum a vivência de múltiplas perdas: cônjuge, amigos, autonomia;
- Pode ser agravada por isolamento e doenças crônicas;
- Importância da escuta, da validação emocional e do cuidado com a dignidade;
- O luto na velhice é muitas vezes invisibilizado.

11

O LUTO NA EQUIPA DE SAÚDE

- Os profissionais também sofrem com a perda de pacientes;
- Luto acumulado pode levar a desgaste emocional e burnout;
- Importância de espaços de escuta, supervisão e autocuidado;
- Luto institucional: perdas dentro da equipa (colegas, mudanças abruptas).

12

ESCUA ATIVA E ACOLHIMENTO

É estar presente com empatia, sem julgamentos ou conselhos prontos; O silêncio também é cuidado;

➤ **Frases que acolhem:**

1. "Estou aqui para o que precisar."
2. "Lamento profundamente sua perda. Conte comigo";
3. "Neste momento difícil, sinto o meu abraço apertado e o meu apoio incondicional;"
4. "Que o carinho dos amigos seja o seu refúgio."

➤ **Evitar frases como:**

1. "Foi melhor assim."
2. "Precisa de ser forte."
3. "Em breve, vais superar."

13

O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

- Acompanhar o paciente e sua família com humanidade e ética;
- Saber reconhecer limites quando ouvir, quando encaminhar;
- Não minimizar o sofrimento;
- Trabalhar em equipa e promover o cuidado integrado.

14

ESTRATÉGIAS DE APOIO

- Escuta empática e acolhedora
- Participação em rituais e despedidas (quando possível)
- Encaminhamento para psicólogos, grupos de apoio, assistência espiritual
- Validação dos sentimentos do enlutado.

15

ASPETOS CULTURAIS E RELIGIOSOS

- O luto é vivido de forma diferente em cada cultura;
- Respeitar rituais, crenças e práticas religiosas;
- Evitar julgamentos e pressupostos;
- Comunicação sensível e contextualizada.

16



QUANDO E COMO ENCAMINHAR

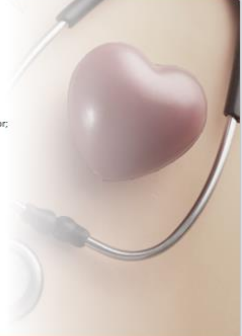
> **Sinais de luto complicado:**

1. Sofrimento intenso e persistente
2. Isolamento externo
3. Pensamentos suicidas

> **Encaminhar para:**

1. Psicólogos
2. Psiquiatras
3. Assistência religiosa ou espiritual
4. Grupos de apoio ao luto

17



CONCLUSÃO

> O luto é um processo humano, singular e profundamente transformador;

> Como profissionais de saúde, podemos ser instrumentos de escuta, cuidado e respeito;

> **Cuide de si para cuidar do outro.**

Citação de Victor Frankl

"Quando não somos mais capazes de mudar uma situação, somos desafiados a mudar a nós mesmos."

18



OBRIGADO

19

Apêndice VIII

Sessões de educação para a saúde

HIGIENE DO SONO

Elaborado por: Dr.ª F. André Martins | Dr.ª F. Vitor Henriques
Alunos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

PLANO DE SESSÃO

TEMPO DE APRESENTAÇÃO: 30 min.

OBJETIVO GERAL
Promover a aquisição de conhecimentos e estratégias práticas de higiene do sono que permitam melhorar a qualidade do descanso, regularizando o ritmo sono-vigília e apoiar a estabilização clínica dos utentes em internamento psiquiátrico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Educar os utentes sobre importância do sono para a saúde física, emocional e cognitiva;
- Identificar fatores que interferem no sono;
- Reconhecer sinais de má higiene do sono;
- Desmistificar crenças;
- Estimular a participação ativa e a reflexão crítica sobre o sono.

PÚBLICO-ALVO: Uteses do Internamento



O QUE É O SONO?

O sono é um estado natural de descanso do corpo e da mente, essencial para a recuperação e manutenção da saúde física e mental.



BENEFÍCIOS DO SONO

Durante o sono, o corpo passa por uma série de processos biológicos que ajudam a regenerar células, fortalecer o sistema imunológico, consolidar memórias, reduzir sintomas de ansiedade e depressão regular o humor e melhorar a função cognitiva.

COMO FUNCIONA O SONO

- O sono tem ciclos que se repetem ao longo da noite (sono leve, sono profundo)
- O relógio biológico controla quando temos sono e quando estamos despertos
- A luz, alimentação e rotina diária influenciam este relógio



FATORES QUE AFETAM O SONO

AMBIENTE: Luz, barulho, temperatura ou desconforto físico

ESTILO DE VIDA: Falta de rotina, sesta longa, stress, uso de ecrãs antes de dormir

SUBSTÂNCIAS: Cafeína, álcool, nicotina e drogas dificultam o sono

SAÚDE MENTAL: Ansiedade, depressão, psicoses e abstinências podem alterar o padrão do sono



SINAIS DE MÁ HIGIENE DO SONO



- Demorar mais de 30 minutos a adormecer;
- Acordar muitas vezes durante a noite;
- Cansaço mesmo após dormir;
- Irritabilidade, dificuldade em pensar ou baixa energia;
- Cansaço diário ou dormir durante o dia, **significa que o sono não foi reparador**

PRINCÍPIOS DE BOA HIGIENE DO SONO



- Manter horários regulares para dormir e acordar;
- Evitar sesta longa;
- Reduzir luz e ruído no quarto;
- Evitar estimulantes à tarde (café, refrigerantes, chá preto);
- Evitar ecrãs (telemóvel/TV) antes de dormir;
- Jantar leve;
- Fazer atividades relaxantes antes de se deitar

ESTRATÉGIAS PRÁTICAS PARA MELHORAR O SONO

01

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Panfieto de respiração - Diafragmática (entrega à posterior)

02

ACALMAR A MENTE

Escrever preocupações, ouvir música calma

MITOS E VERDADES

- Dormir muito compensa noites mal dormidas - **Mito** → Dormir mais no dia seguinte não recupera totalmente a qualidade do sono perdido e desregula o relógio biológico
- Alcool ajuda a dormir - **Mito** → Pode adormecer mais rápido, mas fragmenta o sono e causa despertares
- Dormir durante o dia é sempre mau - **Mito** → Sestas curtas 10-20 minutos podem ajudar, o problema são as sestras longas
- O telemóvel não atrapalha o sono - **Mito**

- Cada pessoa tem uma necessidade diferente de sono - **Verdade**
- Exercício físico melhora o sono - **Verdade**
- O quarto deve estar completamente silencioso e escuro - **Verdade**
- Pessoas com problemas de saúde mental têm mais dificuldade em dormir - **Verdade**

BIBLIOGRAFIA



- BETTENCOURT, Lela - Benefícios da sesta. 2013. Disponível em: <https://rcai.com/pt/pt/pt/pt/beneficios-das-sestas/>
- Instituto do sono, (s.d) sono. Acessado em: <http://www.sono.org.br/sono/sono.php>

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO



A IMPORTÂNCIA DA ADEÇÃO AO REGIME TERAPÊUTICO NA SAÚDE MENTAL

Um guia completo para compreender e melhorar o seu tratamento

Beth Assis Martins | Gêni Galvão Henriques
Docentes do Curso de Medicina em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

1

O QUE É A ADEÇÃO AO TRATAMENTO?



Adesão ao tratamento significa tomar os medicamentos exatamente conforme o combinado com o seu médico — o medicamento certo, com a dose certa, no horário certo.

É um pilar fundamental para controlar os sintomas, prevenir recaídas e manter a estabilidade emocional.

A Organização Mundial da Saúde define adesão como o comportamento do paciente em seguir ativamente as recomendações médicas acordadas (OMS, 2003).

2

PORQUE É QUE A MEDICAÇÃO É RECOMENDADA COMO PARTE DO TRATAMENTO PARA A DOENÇA MENTAL?

A medicação é uma das respostas mais eficazes para reduzir sintomas e diminuir as recaídas. Quando as pessoas tomam regularmente a medicação como parte do seu tratamento, são menos afetadas pelos sintomas e têm menor probabilidade de ter recaídas.

Vocês precisam de tomar decisões informadas sobre as várias opções de tratamento, incluindo a medicação. Para fazer uma opção adequada sobre a medicação, é importante estar o mais informado possível para poder fazer o balanço entre as possíveis vantagens e desvantagens da mesma.

O seu médico será muito importante neste processo de decisão. Eles são especialistas e têm muita experiência em ajudar as pessoas a identificar qual o melhor medicamento

No entanto é importante participar ativamente na decisão da medicação, com a sua experiência pessoal associada ao conhecimento do médico podem, em conjunto, encontrar uma resposta mais adequada para o seu estado clínico.

3

PORQUÊ É TÃO DIFÍCIL MANTER A ADEÇÃO?

Compreender os obstáculos é o primeiro passo para os superar.

Efeitos Secundários
Os medicamentos podem causar efeitos indesejados que assustam e desmotivam.

Falta de Informação
Informação pouco clara sobre a doença e o tratamento gera insegurança.

Estigma Social
Preconceitos sobre medicação psiquiátrica podem criar vergonha e isolamento.

Esquecimentos
Rotinas complicadas e horários múltiplos dificultam a organização diária.

4

IMPACTOS DA NÃO ADEÇÃO

Risco de Recaídas
Interromper a medicação aumenta significativamente o risco de recaídas e necessidade de hospitalizações de emergência.

Qualidade de Vida
Os sintomas não controlados afetam profundamente as relações familiares, sociais e a capacidade de trabalhar.


Tratamento Futuro
Cada recaída torna o tratamento subsequente mais difícil e prolongado, exigindo doses maiores ou mudanças de medicação.

DADOS IMPORTANTES: A não-adesão ao tratamento é um problema mundial de magnitude impressionante (WHO, 2003) com uma taxa média estimada de não-adesão de cerca de 50% (Sokol, McGuigan, Verbrugge & Epstein 2005 cit in Cardoso, Bayne & Xavier 2020). Estudos científicos mostram que até 50-60% dos utentes com doenças mentais não seguem corretamente o tratamento prescrito.

5

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADEÇÃO

- ❖ **INFORMAÇÃO PERSONALIZADA**
Obtenha explicações claras sobre a sua doença.
- ❖ **RELAÇÃO DE CONFIANÇA**
Construa uma parceria forte com a sua equipa de saúde, baseada em diálogo aberto.
- ❖ **FERRAMENTAS DE LEMBRETE**
Use alarmes no telemóvel, aplicações de gestão de medicamentos ou calendários visuais.
- ❖ **PARTICIPAÇÃO ATIVA**
Envolve-se nas decisões sobre o seu tratamento — a concordância terapêutica aumenta o compromisso.



6

QUANDO E COMO PEDIR AJUDA

Nunca hesite em procurar apoio — é um sinal de força, não de fraqueza.

Efeitos Secundários?
Se sentir efeitos indesejados, fale imediatamente com o médico antes de parar a medicação. Existem sempre alternativas.

Fartilha Diária
Expresse abertamente os seus receios, questões e preocupações. Não há perguntas erradas.

Procure Apoio
Considere acompanhamento psicológico individual e grupos de suporte com outras pessoas em situações semelhantes.

7

O SEU BEM-ESTAR ESTÁ NAS SUAS MÃOS

Fasso Essencial
A adesão ao tratamento é fundamental para uma vida mais estável, equilibrada e feliz.

Apoio Constante
Estamos aqui para apoiar cada passo do seu caminho — nunca está sozinho.

Juntos na Recuperação
Podemos superar os desafios e alcançar uma vida plena e com significado.

LEMBRE-SE: A recuperação é possível. Acredite em si e no seu tratamento.



8

**OBRIGADO PELA
VOSSA ATENÇÃO!**





Recaídas

Compreender e prevenir

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA

Alvaro de Matos, Gil João Martins | Gil Filipe Rodrigues Martins
Dezembro de 2025

1

Plano

↳ OBJETIVO GERAL: Promover o conhecimento e a reflexão sobre o fenómeno da recaída

↳ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Transmitir a certeza de que a pessoa pode diminuir as possibilidades de recaída no futuro;
- Ajudar a pessoa identificar os seus sinais de alerta de uma recaída;


FASES	CONTEÚDO	MÉTODO	MEIOS AUXILIARES	TEMPO
INTRODUÇÃO	Objetivos e plano da sessão; Conceitos gerais da temática.	Expositivo oral	Computador Videoconferência Dispositivos Tópicos de apoio Bibliografia	15 minutos
DESENVOLVIMENTO	1. Definição e conceitos de recaídas; 2. Prevenção de recaídas; 3. Sinais de alerta de recaídas; 4. Como evitar recaídas.	Expositivo oral Interativo		
CONCLUSÃO	Resumo da reflexão temática abordada; Esclarecimentos e dúvidas.	Interativo		

2

O que é uma Recaída?

Retrocesso na saúde de uma pessoa com uma doença específica ou com um comportamento desadequado.

É um processo gradual, não um evento súbito



3

Vai-me Acontecer?

Pode acontecer, e isso faz parte do processo de recuperação.

O mais importante é:


- Reconhecer o que levou à recaída;
- Aprender com a experiência;
- Voltar ao caminho da recuperação com apoio e motivação.



4

Ciclo da Recaída

- Fatores de Risco (Vulnerabilidade)**
Stress, ansiedade, impulsividade, conflitos – preparam o terreno emocional
- Gatilhos**
Discussões, frustrações, notícias stressantes – despertam reações emocionais intensas
- Pensamentos Automáticos Disfuncionais**
"Não vou conseguir", "isto não tem solução" – empurram para recaída



5

Ciclo da Recaída

- Craving Emocional**
Impulso forte para fugir ao sofrimento e aliviar a angústia
- Comportamento-Problema**
Consumo, auto-agressão, isolamento – o "pico" da recaída, mas não o início
- Consequência**
Culpa, vergonha, frustração – podem reiniciar o ciclo se não forem trabalhadas



6

É MUITO IMPORTANTE !


- ❖ A recaída pode aumentar sintomas e acelerar a incapacidade social.
- ❖ Recaída e internamento são acontecimentos preocupantes, causam sofrimento e são frequentemente traumáticos
- ❖ A recaída não significa fracasso, mas sim que ainda há aspetos que precisam de ser trabalhados

7

*

Como Prevenir ?

- Evitar Situações**
Pessoas, lugares e situações de risco
- Reduzir Tensões**
O que lhe causa desejo de recair
- Plano de Ação**
Saber o que fazer quando sentir vontade de recair, como ligar a alguém de confiança, sair do local ou usar uma técnica de relaxamento.
- Manter o Estilo de Vida Saudável**
Sono adequado, alimentação saudável e atividade física
- Apoio**
Falar com quem entende o problema ajuda a manter o foco



8


*

Exercício Prático

Identifique os seus 3 Gatilhos Pessoais

Pense em situações, emoções ou pensamentos que o levam a comportamentos desadaptativos.

Escreva-os para melhor os compreender.



9

★



Sinais Precoces de Alerta

A recaída mostra sinais dias ou semanas antes de acontecer. Reconhecer 4 categorias:

- Sinais Emocionais:**
Irritabilidade, tristeza, ansiedade, desmotivação, alterações do humor
- Sinais Cognitivos:**
Pensamentos negativos, ruminação, dificuldade em ver soluções
- Sinais Comportamentais:**
Dormir pior, faltar compromissos, maior impulsividade, isolamento
- Sinais Sociais:**
Conflitos com família, frequentar locais de risco, quebra de rotinas

10

★

Reflexão Pessoal

O que muda **primeiro** em si quando começa a descompensar?

Identifique sinais precoces de recaída pessoal

11

★

O que fazer para impedir que a recaída?


- Fazer um plano de ação com a equipa
- Falar com enfermeiro ou psiquiatra
- Nunca parar a medicação sem indicação médica
- Pedir ajuda a familiares ou amigos de confiança
- Manter compromissos e rotinas terapêuticas
- Participar em grupos de apoio ou psicoterapia

12

★


Tive uma recaída... e agora?

- Não significa fracasso**
A recaída faz parte do processo de recuperação
- Procura ajuda rapidamente**
Fala com enfermeiro, psiquiatra ou técnico de referência
- Identifica o que aconteceu**
O que desencadeou? Como te estavas a sentir?
- Transforma em aprendizagem**
Retoma plano terapêutico e pede apoio



13

★




A recuperação é um processo. As recaídas são oportunidades de **aprendizagem**, não fracassos.

Com apoio, dedicação e autocuidado, pode superar este desafio

14

★



Obrigada pela Atenção!

15

★



Bibliografia

- Dicionário Friberam. (sc). Acesso em <https://dicionario.friberam.org/reca%C3%ADa>.
- Serviço de Intervenção nos comportamentos ativos e nas dependências (SICAD). (2015). Relatório anual 2014. A situação do país em matéria de álcool. Caracterização e evolução da situação. Lisboa, Portugal. Acesso em: <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/relatório%20anual%20-%202014%20em%20a%20de%202015%20em%20mar%20de%202016.pdf>.
- World Health Organization (WHO). (2012). European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012 - 2020. WHO. Acesso em: <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/WHO%20-%202012.pdf>.
- <https://observador.pt/2018/01/28/portugal-ultimpasso-a-cusa-do-consumo-de-alcool/>.
- <https://www.publico.pt/2018/09/28/sociedade/noticia/boas-praticas-para-consumo-de-alcool-ruissos-oms-quer-preco-1889762>.

16

★

Apêndice IX

Modelo de consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE CASO

No âmbito do Estágio Curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ministrado pela Escola Superior de Saúde de Viseu, será desenvolvido um **Estudo de Caso** com fins exclusivamente académicos, no qual se pretende analisar e refletir sobre intervenções em contexto comunitário, respeitando integralmente os princípios éticos e legais em vigor.

Informações sobre o estudo:

- Os dados recolhidos serão utilizados **apenas para fins académicos**, no âmbito da elaboração do referido estudo de caso;
- **Será garantida a confidencialidade e o anonimato. Não serão divulgados ou utilizados quaisquer dados identificativos** da pessoa participante (como nome, número de utente, morada ou outro);
- A recolha de dados será realizada **nas instalações onde decorre o ensino clínico**, no decurso normal das consultas de enfermagem no contexto de saúde mental;
- Serão realizadas **sessões psicoterapêuticas**, com intervenções específicas no âmbito da Saúde Mental, devidamente enquadradas nas necessidades que a utente apresenta;
- A participação é **totalmente voluntária**, sendo possível **desistir a qualquer momento**, sem qualquer prejuízo de continuidade das consultas de enfermagem neste contexto.

Declaração de Consentimento:

Declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, métodos e finalidades do estudo de caso. Compreendo que a minha identidade será totalmente preservada, que os dados recolhidos não permitirão a minha identificação e que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificação.

Declaro ainda que **li e compreendi todas as informações** que me foram prestadas, e **autorizo a utilização dos dados recolhidos** para os fins acima descritos.

Nome do(a) Participante: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Nome do(a) investigador(a): _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Anexos

Anexo I

Escala Tradução e adaptação da Depression Anxiety and Stress Scale – DASS-21 por (Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C. & Azeredo, Z. A., 2006).

Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)					
Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.					
A classificação é a seguinte: 0- não se aplicou a mim; 1- aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo; 2- aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo; 3- aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo; Nós últimos dias!					
1	Tive dificuldades em me acalmar / descomprimir	0	1	2	3
2	Dei-me conta que tinha a boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui ter nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex., nas mãos, ou pernas)	0	1	2	3
8	Senti-me muito nervoso	0	1	2	3
9	Preocupei-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo	0	1	2	3
10	Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas)	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14	Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer	0	1	2	3
15	Estive perto de entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não me consegui entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não valia muito como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que andava muito irritável	0	1	2	3
19	Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço (aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração)	0	1	2	3
20	Tive medo sem uma boa razão para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha nenhum sentido	0	1	2	3