



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Terapia Cognitivo-Comportamental na Perturbação Bipolar I: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Estágio com relatório final**

André Ricardo do Couto Martins

Viseu 2026



## **Estágio com Relatório Final**

André Ricardo do Couto Martins

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

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Tânia Correia

Viseu 2026



## **Agradecimentos**

Há caminhos que não se percorrem sozinhos e este foi, indiscutivelmente, um deles. Entre dúvidas, conquistas, cansaços e superações, foram bastantes as mãos invisíveis, mas sempre bem presentes, que fizeram com que cada passo dado neste percurso fosse mais leve. Seria impensável não vos agradecer, com todo o meu ser.

À Professora Doutora Tânia Correia, minha Orientadora, expresso o meu mais profundo agradecimento pela orientação exigente, pela disponibilidade constante e pela confiança depositada, sempre numa perspetiva de me fazer crescer. O seu contributo foi decisivo quer neste trabalho, quer no Enfermeiro Especialista que agora me torno.

A todos os docentes da Escola Superior de Saúde de Viseu, pela partilha de saberes, pelo espírito crítico que suscitaram e pelo papel fundamental na construção deste percurso académico.

Ao meu Grande Amigo Válter, pela amizade verdadeira, pela presença constante e por nunca deixar faltar apoio, mesmo nos momentos mais exigentes. Ambos caminhamos a par e passo, o que tornou a nossa caminhada mais prazerosa, isenta de solidão. Amigo hoje e amanhã, espero partilhar sempre contigo vidas havidas e vidas a haver! Que possamos continuar a crescer e acalçar múltiplos sucessos enquanto Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e como pessoas singulares que cada um de nós é.

À minha companheira de todas as horas, pelo amor, pela paciência infinita e por ser o meu porto seguro ao longo de todo este caminho e pela vida fora; pelo amor incondicional, pelo apoio incansável e por estar sempre disponível para que nada faltasse à nossa filha nas minhas ausências. Agradeço-te todos os dias por acreditares continuamente em mim e nas minhas capacidades e por apoiares em todas as minhas decisões, nem sempre fáceis, mas a teu lado tudo fica mais simples. Cada conquista minha é também tua e da nossa filha, pois sem vocês este caminho não teria sido executável.

À minha pequena filhota, que, mesmo sem saber, na sua tenra idade, oi a minha maior força, a minha luz nos dias mais difíceis e a razão maior de nunca desistir. Por ela, tudo ganha um significado mais profundo, cada esforço encontra propósito e cada conquista se torna ainda mais valiosa. É por ela que sigo, que cresço e que acredito que tudo vale a pena.

A todos os profissionais das equipas que tive o privilégio de integrar, pelo acolhimento, pela partilha e pelo exemplo diário de dedicação ao cuidar.

À minha família, pelo amor incondicional. Foram o meu alicerce nos dias mais difíceis e a força silenciosa que me impulsionou a continuar.

E, por fim, às pessoas cuidadas e às suas famílias, porque neste percurso não foi apenas dar, mas também receber. Recebi lições de vida, humanidade e resiliência que levarei comigo para sempre.

A todos, o meu mais sincero obrigado.

## Resumo

**Enquadramento:** A saúde mental é essencial na saúde holística, sendo a perturbação bipolar tipo I uma condição complexa, caracterizada por episódios de mania e depressão, com impacto expressivo na funcionalidade e qualidade de vida. Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) é um profissional essencial na promoção da saúde mental, prevenção da recaída e reabilitação psicossocial, com recurso a intervenções baseadas na evidência, como a Intervenção psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

**Objetivos:** Mapear o efeito da Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC na perturbação bipolar tipo I e analisar o contributo do EEESMP na sua implementação, nomeadamente ao nível da adesão terapêutica, regulação emocional, prevenção de recaídas e melhoria do funcionamento psicossocial.

**Metodologia:** Foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear as evidências científicas sobre os resultados associados a intervenções baseadas em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em pessoas adultas com Perturbação Bipolar tipo I e o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na sua implementação. Integrou-se a análise reflexiva das experiências desenvolvidas em contexto de estágio comunitário e de internamento, bem como a realização de dois estudos de caso, que possibilitaram pôr em prática as intervenções e a sua relevância clínica.

**Resultados:** A evidência analisada demonstra que a Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC, como intervenção adjuvante à terapia farmacológica, contribui para a diminuição de recaídas, sobretudo depressivas, melhoria da adesão ao regime terapêutico, aumento do *insight* e desenvolvimento de competências de *coping*; impacto positivo na funcionalidade psicossocial e na autorregulação emocional. Os estudos de caso realizados evidenciaram melhorias ao nível da adesão ao regime terapêutico, da regulação emocional e do *insight* das pessoas acompanhadas, o que reforçou a acuidade da Intervenção psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental enquanto intervenção eficaz na prática clínica do EEESMP.

**Conclusão:** A Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC configura-se como uma intervenção eficaz como complemento à terapêutica farmacológica na perturbação bipolar tipo I, uma ferramenta relevante na prática do EEESMP. A sua aplicação promove ganhos em saúde ao nível da adesão terapêutica, prevenção de recaídas e capacitação da pessoa. Todavia, a sua implementação deve ser sustentada em evidência científica atualizada e

adaptada às necessidades individuais de cada pessoa, a reforçar as intervenções personalizadas, continuidade de cuidados e integração em equipas multidisciplinares.

**Palavras-chave:** Perturbação Bipolar Tipo I; Intervenção Psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental; Enfermagem de Saúde Mental; Adesão Terapêutica; Prática Baseada na Evidência.

## **Abstract**

**Background:** Mental health is a fundamental component of holistic health, with bipolar disorder type I being a complex condition characterized by episodes of mania and depression, significantly impacting functionality and quality of life. In this context, the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist (MHNS) plays a key role in promoting mental health, preventing relapse, and supporting psychosocial rehabilitation through evidence-based interventions such as Cognitive Behavioral Therapy (CBT).

**Objectives:** To map the effectiveness of CBT in bipolar disorder type I and to analyze the contribution of the MHNS in its implementation, particularly regarding treatment adherence, emotional regulation, relapse prevention, and improvement of psychosocial functioning.

**Methodology:** A scoping review was conducted to identify, analyze, and synthesize the existing literature on the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in adults with bipolar disorder type I. This was complemented by a reflective analysis of experiences developed in both community and inpatient clinical settings, as well as the development of two case studies, which enabled the practical application of interventions and their clinical relevance.

**Results:** The analyzed evidence indicates that CBT, as an adjunct to pharmacological treatment, contributes to reducing relapse rates, particularly depressive episodes, improving treatment adherence, increasing patient insight, and enhancing coping skills. It also shows a positive impact on psychosocial functioning and emotional self-regulation. The case studies conducted demonstrated improvements in treatment adherence, emotional regulation, and patient insight, reinforcing the effectiveness of CBT as a relevant intervention in the clinical practice of MHNS.

**Conclusion:** CBT is an effective intervention when used as a complement to pharmacological treatment in bipolar disorder type I and represents a valuable tool in the practice of MHNS. Its application promotes health gains in terms of treatment adherence, relapse prevention, and patient empowerment. However, its implementation should be grounded in up-to-date scientific evidence and tailored to individual needs, reinforcing the importance of personalized interventions, continuity of care, and multidisciplinary team integration.

**Keywords:** bipolar disorder type I; cognitive behavioral therapy; mental health nursing; treatment adherence; evidence-based practice.



## **Lista de siglas**

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

DPSM - Departamento Psiquiatria e Saúde Mental

EEESMP - Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIC - Plano Individual de cuidados

RC - Reestruturação Cognitiva

TCC - Terapia Cognitivo Comportamental

UIC - Unidades de Intervenção Comunitária

ULS - Unidade Local de Saúde



## Lista de tabelas e quadros

	<b>Pág.</b>
Tabela 1. História clínica da utente	71
Tabela 2. Síntese da observação clínica e funcional da utente durante o internamento	72
Tabela 3. Avaliação do estado mental da utente	73
Tabela 4. Plano estruturado de cuidados	73
Tabela 5. Resultados baseados na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)	73
Tabela 6. Caracterização do caso clínico	80
Tabela 7. Apresentação Clínica	81
Tabela 8. Antecedentes e fatores de risco	81
Tabela 9. Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)	82
Tabela 10. Intervenções de Enfermagem	82
Tabela 11. Programa de Psicoeducação	83
Tabela 12. Resultados (NOC)	83
Tabela 13. Fatores de risco e proteção	84
Tabela 14. Plano pós-alta	84
Tabela 15. Evolução do estado mental	84

	<b>Pág.</b>
Quadro 1. Matriz PCC	60
Quadro 2. Critérios de elegibilidade	61
Quadro 3. Descritores MeSH utilizados e os seus sinónimos/termos livres	62
Quadro 4- Quadro de extração de dados	67
Quadro 1 – Cronograma de atividades	108
Quadro 1 – Objetivos específicos e atividades a desenvolver	162
Quadro 2 – Cronograma de atividades	167



## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Diagrama PRISMA-ScR.	64
Figura 2. Genograma	71
Figura 3. Ecomapa	72
Figura 4. Genograma	80
Figura 5. Ecomapa	81



## Sumário

<b>Agradecimentos</b> .....	5
<b>Resumo</b> .....	7
<b>Abstract</b> .....	9
<b>Lista de siglas</b> .....	11
<b>Introdução</b> .....	17
<b>PARTE I – Relatório da Componente Clínica</b> .....	21
<b>1. Enquadramento Concetual</b> .....	23
<b>2. Estágio em Contexto Comunitário</b> .....	25
2.1. Caraterização do contexto clínico .....	25
2.2. Atividades desenvolvidas em contexto comunitário.....	26
<b>3. Estágio em Contexto de Internamento de Pessoas em Descompensação Aguda</b> .....	34
3.1. Caraterização do contexto clínico .....	34
3.2. Atividades desenvolvidas em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda .....	36
<b>4. Competências Desenvolvidas</b> .....	40
4.1. Competências comuns do enfermeiro especialista .....	40
4.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica..	43
<b>5. Desenvolvimento de Competências no Âmbito da Investigação</b> .....	51
5.1. Enquadramento conceptual .....	52
<b>5.1.1 Perturbação Bipolar I</b> .....	52
<b>5.1.2 Intervenção Psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental</b> ....	55
<b>Metodologia</b> .....	58
<b>Crítérios de elegibilidade</b> .....	59
<b>Tipos de fontes de evidência</b> .....	60
<b>Seleção de Estudos</b> .....	61
<b>Resultados</b> .....	62
<b>5.1.2. Estudos de casos</b> .....	69
<b>6. Considerações Finais</b> .....	90
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	92
<b>Apêndices</b> .....	96
Apêndice I - Projeto de Estágio de Enfermagem de Saúde Mental na Comunidade.....	98
Apêndice II- Formação em serviço sobre “Burnout” .....	112
Apêndice III - Cartaz realizado no Dia Mundial da Saúde Mental: Desconstruindo mitos em saúde mental.....	116

Apêndice IV- Plano de sessões da TCC.....	118
Apêndice V- PPT TCC sessão 0 e 1 .....	124
Apêndice VI- Psicoeducação sobre “A importância da adesão ao regime medicamentoso na saúde mental” .....	126
Apêndice VII – Questionário anterior e posterior à psicoeducação sobre “A importância da adesão ao regime medicamentoso na saúde mental” .....	128
Apêndice VIII- PPT TCC sessão 2.....	130
Apêndice IX- PPT TCC sessão 3.....	132
Apêndice X- PPT TCC sessão 4 .....	134
Apêndice XI – Sessão de Mindfulness.....	136
Apêndice XII - PPT TCC sessão 5.....	138
Apêndice XIII – Instrução de Trabalho sobre violência durante a visita domiciliar .....	140
Apêndice XIV – Guia de Acolhimento da Unidade de Intervenção Comunitária do DPSM..	148
Apêndice XV- Psicoeducação Familiar sobre PB.....	152
Apêndice XVI- Promoção da saúde, sessão temática sobre Depressão e Ansiedade na Gravidez .....	154
Apêndice XVII – Consentimento para o estudo caso .....	158
Apêndice XVIII - Projeto de Estágio de internamento de doentes agudos.....	160
Apêndice XIX - Estimulação Cognitiva em Saúde Mental e Psiquiatria .....	178
Apêndice XX – Psicoeducação sobre Prevenção de recaídas .....	184
Apêndice XXI – Questionário de avaliação anterior e posterior à psicoeducação sobre recaídas.....	186
Apêndice XXII – Plano de Sessão sobre: Psicoeducação sobre Recaídas no Processo de Mudança.....	188
Apêndice XXIII – Psicoeducação sobre Higiene do Sono .....	192
Apêndice XXIV– Questionário de avaliação anterior e posterior à psicoeducação sobre Higiene do sono .....	194
Apêndice XXV – Plano de Sessão sobre: Psicoeducação sobre Higiene do Sono.....	196
Apêndice XXVI - Psicoeducação Gestão de stress e controlo emocional.....	200
Apêndice XXVII- Questionário anterior e posterior à Psicoeducação sobre Gestão de stress e controlo emocional .....	202
Apêndice XXVIII - Plano de Sessão sobre: Psicoeducação Gestão de stress e controlo emocional.....	204
Apêndice XXIX – Atividade Prática: TELA DAS EMOÇÕES.....	210
Apêndice XXX – Intervenção Psicoterapêutica de RC sessão 1 .....	214
Apêndice XXXI – Intervenção Psicoterapêutica de RC sessão 2.....	216
Apêndice XXXII – Intervenção Psicoterapêutica de RC sessão 3.....	218
<b>Apêndice XXXIII- Intervenção Psicoterapêutica de RC sessão 4 .....</b>	<b>220</b>





## Introdução

O presente relatório de estágio integra-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório Final em Contexto de Internamento de Doentes Agudos e Saúde Mental na Comunidade, inserida no plano curricular 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 primeiro estágio, com uma carga horária total de 180 horas, decorreu entre setembro e novembro de 2025 na Unidade de Intervenção Comunitária (UIC) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região Centro. O segundo estágio, também com uma carga horária total de 180 horas, decorreu entre novembro de 2025 e janeiro de 2026 na Unidade de Internamento de Pessoas em Descompensação Aguda de uma ULS da região Centro. Ambos os estágios decorreram sob a coordenação da Professora Doutora Tânia Correia e com a tutoria de Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), que acompanharam e orientaram o desenvolvimento das atividades e de competências ao longo do processo formativo.

Os estágios constituem uma componente fundamental para a formação avançada em enfermagem, proporcionam um espaço privilegiado para a aplicação prática do conhecimento, o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais e a consolidação da identidade profissional (Abreu, 2007). Esta articulação entre a teoria e a prática é importante na área da saúde mental, onde o enfermeiro especialista enfrenta desafios complexos que requerem intervenções que privilegiem a pessoa em toda a sua integralidade biopsicossocial (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018, Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto).

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica centra-se na promoção e proteção da saúde mental, bem como na prevenção, identificação e intervenção face a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição que podem gerar sofrimento psicológico, alterações do funcionamento ou doença mental. Esta área visa atuar junto da pessoa, família, grupos e comunidade ao longo do ciclo vital e promover respostas terapêuticas adequadas às necessidades identificadas (OE, 2018, Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto). Na prática clínica desta especialidade, assumem particular relevância as competências de natureza psicoterapêutica, que permitem ao EEESMP desenvolver um juízo clínico próprio e diferenciado. Neste contexto, “a especificidade desta

área reside na capacidade de compreender e intervir terapêuticamente nos processos relacionados com a saúde e a doença mental” (OE, 2018, Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto, p. 21427). Ao longo do processo de cuidados, ainda como consta do mesmo disposto legal, esta abordagem possibilita uma intervenção terapêutica direcionada para a promoção e proteção da saúde mental, para a prevenção da doença mental, bem como para o tratamento e a reabilitação psicossocial das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Neste sentido, o EEESMP mobiliza-se a si próprio como instrumento terapêutico e articula conhecimentos, experiências e competências que sustentam intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. Estas intervenções favorecem o estabelecimento de relações terapêuticas baseadas na confiança e na parceria com o cliente, promovem concomitantemente o aumento do *insight* relativamente aos problemas e o desenvolvimento de estratégias para a sua resolução (OE, 2018, Regulamento n.º 515/2018, de 07 de agosto, p. 21427).

A doença mental é, atualmente, uma das principais causas de problemas de saúde a nível mundial. À medida que o problema se intensifica, as perturbações mentais são cada vez mais compreendidas como questões individuais e como preocupações sociais, o que evidencia a necessidade de adotar estratégias regionais para a prevenção e para o tratamento destas condições. Ao longo dos anos, para além do enfoque nas perturbações mentais, a atenção tem-se deslocado progressivamente para a saúde mental e o bem-estar. Ao contrário das perturbações mentais, o conceito de saúde mental e de bem-estar mental assume relevância para todas as pessoas na sociedade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (OMS, 2005). Assim, pode afirmar-se que, desde o início, a OMS integrou o conceito de bem-estar na sua definição de saúde e enfatiza que a resposta em saúde mental deve ser contínua e centrada nas necessidades dinâmicas dos indivíduos, famílias e comunidade (OMS, 2005).

Neste sentido, para que seja possível operacionalizar e concretizar as premissas defendidas pela OMS, é imprescindível que os enfermeiros desenvolvam competências específicas na área da saúde mental. Tal implica investimento na formação especializada e contínua, de forma a capacitar os profissionais para uma intervenção qualificada na promoção da saúde mental, na prevenção da doença, bem como no acompanhamento e reabilitação das pessoas com doença mental, em diferentes contextos de cuidados.

Neste enquadramento, a prática da especialidade sustenta-se em diferentes modelos teóricos que orientam a intervenção terapêutica e a relação de cuidado. Entre estes destaca-se o modelo de Peplau (1952), que valoriza a relação interpessoal como

instrumento terapêutico central no processo de cuidar. Paralelamente, o *Tidal Model* de Barker e Buchanan-Barker (2005) propõe uma abordagem centrada na recuperação, na autonomia e no empoderamento da pessoa com doença mental. Estes referenciais teóricos contribuíram para fundamentar a minha prática ao longo de todo o meu percurso formativo e permitiram-me promover intervenções sempre numa perspetiva humanizada, considerando cada caso como único, irrepetível.

À luz do exposto e à semelhança do que refere Almeida Garrett, em *Viagens na Minha Terra*, de que “de tudo se há de fazer crónica”, também das experiências vivenciadas, das emoções sentidas e das aprendizagens adquiridas ao longo deste percurso formativo importa realizar uma reflexão e registo crítico. Assim, este relatório procura traduzir o conjunto de experiências, atividades, conhecimentos e competências desenvolvidas durante os estágios, transformando a vivência prática em objeto de análise reflexiva e crítica e aprendizagem no âmbito do desenvolvimento de competências EEESM e de mestre. Neste âmbito, são abordados o enquadramento institucional dos contextos de estágio, as atividades desenvolvidas com vista ao desenvolvimento de competências, bem como os resultados das aprendizagens decorrentes da experiência formativa. Integra uma reflexão sobre os principais desafios encontrados durante este percurso, as estratégias adotadas para a sua superação e o contributo destas experiências para o desenvolvimento e crescimento profissional enquanto futuro EEESMP. A organização do relatório segue as orientações de trabalhos escritos definidas pela Escola Superior de Saúde de Viseu.



**PARTE I – Relatório da Componente Clínica**



## 1. Enquadramento Concetual

Neste enquadramento teórico, é importante abordar o Modelo Teórico de Hildegard Peplau (1852), que se configura como um marco na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, reconhecida a nível mundial como a “*mãe da enfermagem psiquiátrica*” (Haber, 2000). A sua teoria das relações interpessoais introduziu uma perspetiva inovadora ao colocar a relação enfermeiro/pessoa no centro da prática de cuidados, assumindo-a como um instrumento terapêutico essencial.

Segundo Peplau (1952), a enfermagem é um processo interpessoal e terapêutico que ocorre através da interação entre a díade: enfermeiro/pessoa, com o objetivo de promover o crescimento, o desenvolvimento pessoal e a melhoria da saúde. Esta abordagem coloca tónica no cuidar que compreende uma relação significativa, baseada na comunicação, na empatia e na compreensão da experiência vivida pela pessoa, sem se restringir unicamente às intervenções técnicas.

A teoria das relações interpessoais é tida uma teoria de médio alcance e assenta num modelo psicodinâmico, influenciado por autores como Freud, Sullivan e Maslow (Haber, 2000). Este modelo possibilita compreender as respostas humanas à doença e orientar a intervenção do enfermeiro, valoriza o significado das experiências individuais no processo de saúde/doença.

Peplau (1952) descreve a relação terapêutica como um processo dinâmico que evolui ao longo de diferentes fases, nas quais o enfermeiro assume diversos papéis, como educador, facilitador, conselheiro e recurso. Esta relação pauta-se por um processo de mutualidade, onde o enfermeiro e a pessoa cuidada beneficiam de crescimento e aprendizagem (Haber, 2000).

Um dos contributos mais relevantes do modelo de Peplau (1852) é a valorização do “uso terapêutico de si próprio”, isto é, a capacidade do enfermeiro utilizar a sua própria pessoa como instrumento de intervenção. Este conceito implica autoconhecimento, reflexão e desenvolvimento pessoal, deveras determinante para o estabelecimento de uma relação de ajuda eficaz. A autora defende a integração entre a arte e a ciência da enfermagem, ao considerar que a prática clínica deve ser sustentada por conhecimento científico e por competências relacionais e humanas (Peplau, 1952). Esta perspetiva contribuiu significativamente para a profissionalização da enfermagem e para a afirmação da sua autonomia enquanto disciplina científica (Haber, 2000).

No contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o modelo de Peplau (1852) mantém-se relevante, uma vez que orienta a prática centrada na pessoa, promove

intervenções baseadas na relação terapêutica e valoriza a comunicação como instrumento essencial de cuidado. Como referido por Haber (2000), a influência de Peplau (1952) transcende a sua área específica, configurando-se como um pilar primordial para a prática de enfermagem contemporânea.

## 2. Estágio em Contexto Comunitário

### 2.1. Caracterização do contexto clínico

O presente estágio decorreu na UIC no Setor que dá resposta a uma área geográfica de aproximadamente 143.075 habitantes. Esta unidade presta acompanhamento a aproximadamente 500 utentes com doença mental grave, enquadrando-se no modelo nacional de cuidados comunitários em saúde mental.

Este modelo, em consonância com a legislação portuguesa vigente (Lei n.º 35/2023; Decreto-Lei n.º 113/2021), e alinhado com as diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005; 2016), promove a descentralização, desinstitucionalização e integração dos cuidados, garantindo uma continuidade assistencial integrada, psicossocial e comunitária. A intervenção comunitária em saúde mental fundamenta-se na valorização da autonomia da pessoa e do seu contexto, reconhecendo a importância das redes sociais e do meio envolvente como recursos facilitadores da recuperação (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Esta UIC está organizada em equipas multidisciplinares constituídas por: dois EEESMP, com dedicação exclusiva e responsáveis pela avaliação, acompanhamento terapêutico e intervenções clínicas; cinco Médicos Psiquiatras; uma Psicóloga; e uma Terapeuta Ocupacional.

Para utentes sem diagnóstico de doença mental grave, a UIC realiza seguimento estruturado após alta hospitalar, por consultas telefónicas, promovendo monitorização clínica, orientação terapêutica e encaminhamento, ações que visam reduzir reinternamentos e potenciar a adesão ao tratamento e a integração social, conforme preconizado por Polanczyk et al. (2015).

O acesso a cuidados comunitários ocorre também por consultas programadas e visitas domiciliárias, permitindo avaliarem se e intervirem se diretamente nos contextos de vida quotidiana dos utentes. A articulação com instituições locais, Centros de Saúde, IPSS, Juntas de Freguesia, Câmaras Municipais e outros recursos, favorece cuidados integrados e inclusivos, reforçando o suporte social e familiar (Freire, 1970).

Este modelo de intervenção baseia-se nas recomendações da OMS e na Declaração Europeia de Helsínquia (2005), que enfatizam a importância da abordagem centrada na pessoa, da promoção da autonomia e da reabilitação psicossocial. As Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) desempenham um papel fundamental na garantia da

acessibilidade, continuidade dos cuidados e proteção dos direitos dos utentes, funcionando de forma multidisciplinar e intersetorial (OMS, 2013).

A figura do Terapeuta de Referência emerge como elemento central desta abordagem. Este profissional coordena a informação, promove a elaboração e monitorização do Plano Individual de Cuidados (PIC), identifica necessidades específicas e articula as intervenções necessárias, acompanhando o utente de forma continuada com vista à adesão terapêutica e prevenção de recaídas (Peplau, 1952).

## 2.2. Atividades desenvolvidas em contexto comunitário

A experiência de estágio na UIC do Setor 1 proporcionou-me um contexto enriquecedor para o desenvolvimento de um conjunto amplo e integrado de competências técnico-científicas, clínicas e relacionais, fundamentais à prática como EEESMP. Esta vivência reforçou o valor do cuidado comunitário estruturado, ético e baseado em evidência, imprescindível para a promoção da saúde mental e da inclusão social. Participei em diversas atividades formativas e assistenciais que permitiram compreender, de forma aprofundada, a estrutura e o funcionamento de um serviço comunitário de saúde mental. A integração na equipa multidisciplinar, composta por enfermeiros especialistas, médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, proporcionou uma visão abrangente das diferentes áreas de intervenção e reforçou a importância do trabalho colaborativo.

A observação das rotinas, o acompanhamento de visitas domiciliárias e a participação em reuniões clínicas constituíram momentos fundamentais para compreender a organização e gestão de recursos humanos e materiais, bem como a sua articulação com as necessidades dos utentes e das famílias. Esta experiência evidenciou a relevância do trabalho interdisciplinar na continuidade dos cuidados e na coerência do processo terapêutico.

Desenvolvi uma reflexão contínua sobre as experiências vivenciadas, com adoção de uma postura crítica e autorreguladora. As sessões *debriefing* com a enfermeira tutora permitiram identificar aprendizagens, dificuldades e oportunidades de melhoria. Este processo favoreceu o desenvolvimento da reflexão-na-ação e reflexão-sobre-a-ação, conforme descrito por Schön (1983), essenciais para a construção do conhecimento prático e para a autonomia profissional.

Entre as experiências mais significativas, destaca-se a visita domiciliária a um utente com síndrome de acumulação, segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2014), inicialmente resistente à intervenção. A abordagem relacional progressiva permitiu a transição de uma postura defensiva para uma atitude mais colaborativa. A articulação entre competência técnica, empatia e ética revelou-se determinante para preservar a integridade emocional do utente e a consistência da intervenção da equipa. Esta experiência evidenciou o valor da comunicação terapêutica, de acordo com o modelo interpessoal de Peplau (1952), que concetualiza a relação entre a díade enfermeiro/pessoa como um processo simultaneamente educativo e terapêutico. A reflexão subsequente, realizada com a tutora, permitiu aprofundar a consciência sobre a influência das minhas atitudes e emoções na relação de cuidado, reforçando o papel da empatia, genuinidade e assertividade como instrumentos terapêuticos.

Particpei igualmente em atividades de promoção da saúde mental, designadamente numa sessão sobre depressão e ansiedade na gravidez, na qual foram abordados o *baby blues*, a depressão perinatal e fatores de risco associados. Esta experiência permitiu articular conhecimento científico com vivências pessoais, ampliando a compreensão dos determinantes emocionais da parentalidade. A depressão perinatal é uma perturbação do humor prevalente e potencialmente grave, que afeta aproximadamente uma em cada sete mulheres durante a gravidez ou no primeiro ano após o parto. Resulta de uma combinação de alterações hormonais, predisposição genética e fatores ambientais, embora até 50% dos casos permaneçam por diagnosticar, devido ao estigma associado à condição e à relutância das pessoas em revelar os sintomas (Carlson et al., 2025). Ao contrário do “baby blues”, que é transitório, a depressão perinatal apresenta maior gravidade, manifestando-se frequentemente por tristeza persistente, baixa autoestima, perturbações do sono, ansiedade e dificuldades no estabelecimento de vínculo com o bebé. O reconhecimento e a intervenção adequados são fundamentais para otimizar os resultados em saúde da pessoa e do recém-nascido (Carlson et al., 2025).

O rastreio da depressão perinatal, através de instrumentos como a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), é essencial para um diagnóstico precoce. As entidades reguladoras promovem cuidados padronizados através de orientações para o rastreio e tratamento. A abordagem terapêutica inclui, habitualmente, intervenções psicoterapêuticas, grupos de apoio e, quando necessário, terapêutica farmacológica, como antidepressivos, geralmente considerados seguros durante a gravidez e a amamentação. Esta área de intervenção visa capacitar os profissionais de saúde para o rastreio e diagnóstico da depressão perinatal, a sua diferenciação de outras perturbações do humor, a realização de uma avaliação adequada e a implementação de uma abordagem

interprofissional eficaz, com o objetivo de melhorar os resultados em saúde (Carlson et al., 2025).

No domínio da literacia em saúde mental, colaborei na elaboração de materiais educativos, nomeadamente o cartaz “Mitos em Saúde Mental”, exposto numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), e participei na preparação de uma sessão formativa sobre burnout dirigida à equipa da UIC. Participei ainda numa apresentação sobre burnout, comunicação e estratégias de prevenção numa Câmara Municipal da região Centro, com dinamização de discussão junto de profissionais de diferentes áreas. Estas experiências consolidaram competências de educação para a saúde, comunicação e trabalho em rede.

O conceito de literacia em saúde mental foi introduzido por Jorm et al. (1997) e refere-se ao conjunto de conhecimentos e crenças que facilitam o reconhecimento, a gestão e a prevenção das perturbações mentais. Inicialmente, a investigação centrou-se sobretudo no aumento do conhecimento e na promoção da procura de ajuda. Com o tempo, o estigma passou a ser reconhecido como uma das principais barreiras ao acesso aos cuidados, conduzindo ao desenvolvimento de intervenções direcionadas para a redução de atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios (Kookal et al., 2026). A relação entre literacia em saúde mental e estigma encontra-se bem estabelecida, sendo que um maior conhecimento contribui para a redução de concepções erradas, do medo e de reações negativas, promovendo atitudes mais positivas face às pessoas com doença mental. Modelos teóricos demonstram que o estigma envolve dimensões cognitivas, emocionais e comportamentais, podendo ser reduzido através da correção de crenças inadequadas e da promoção de compreensão e empatia (Kookal et al., 2026). Nos últimos anos, têm sido desenvolvidas intervenções combinadas, que integram componentes educativas e contacto direto, com o objetivo de melhorar simultaneamente a literacia em saúde mental e reduzir o estigma, especialmente em jovens adultos. Estas incluem programas *online*, iniciativas educativas, intervenções lideradas por pares e ações comunitárias por parte de EEESMP (Kookal et al., 2026). Apesar destes avanços, a evidência específica para jovens adultos é ainda limitada, apesar de esta fase do ciclo de vida ser crítica, dado que a maioria das perturbações mentais surge antes dos 25 anos. Assim, a análise conjunta da literacia em saúde mental e do estigma permite uma compreensão mais abrangente do efeito das intervenções, evidenciando a importância de estratégias integradas que promovam conhecimento, reduzam o estigma e incentivem a procura de ajuda (Kookal et al., 2026).

A participação no 4.º Encontro das Novas Equipas Comunitárias de Saúde Mental proporcionou contacto com práticas inovadoras na área da saúde mental comunitária e perinatal, reforçando a compreensão de modelos contemporâneos de intervenção,

nomeadamente os princípios da reabilitação psicossocial e do Tidal Model de Barker e Buchanan-Barker (2005).

As experiências desenvolvidas permitiram consolidar competências de observação clínica, comunicação terapêutica, reflexão ética e educação em saúde, integrando dimensões técnicas, relacionais e investigativas. O contacto com realidades diversas, por vezes exigentes do ponto de vista emocional, favoreceu o desenvolvimento do autoconhecimento, da empatia e da tolerância ao sofrimento humano.

A análise crítica das interações, associada à supervisão reflexiva, confirmou que o crescimento profissional depende da capacidade de refletir sobre a prática e de humanizar o cuidado. De acordo com Watson (2008), a enfermagem em saúde mental exige uma presença autêntica e compassiva, sustentada na consciência moral e na reciprocidade.

Deste modo, cada experiência contribuiu para a construção de uma visão integrada do cuidar, entendida como um processo relacional e ético que ultrapassa a dimensão técnica e valoriza a singularidade da pessoa. O percurso realizado reforçou a segurança clínica e comunicacional, promoveu a autoeficácia profissional e consolidou a convicção de que a excelência em saúde mental resulta do equilíbrio entre competência técnica, humanidade e reflexão contínua.

O trabalho desenvolvido em contexto comunitário centrou-se na prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade, com reconhecimento das interações entre determinantes sociais, emocionais e ambientais da saúde mental. Esta abordagem é orientada pelos princípios de inclusão, equidade, autonomia e participação.

A intervenção fundamentou-se numa perspetiva biopsicossocial e comunitária, sustentada em modelos teóricos que valorizam a relação interpessoal e a construção partilhada do conhecimento, nomeadamente os contributos de Peplau e de Freire.

O acompanhamento domiciliário de utentes permitiu avaliar condições habitacionais, redes de suporte, práticas de autocuidado e fatores de vulnerabilidade. Estas informações sustentaram a elaboração de Planos de Intervenção de Cuidados, com respostas individualizadas e centradas na pessoa, em consonância com os princípios da reabilitação psicossocial descritos por Jorge (2006).

A participação em reuniões multidisciplinares possibilitou a discussão de casos complexos e a definição de estratégias terapêuticas, promovendo o desenvolvimento de competências de comunicação interprofissional e trabalho colaborativo.

A articulação com instituições sociais, permitiu compreender a operacionalização de respostas de inclusão social e reabilitação, reforçando o conceito de rede de cuidados integrada. A observação das respostas institucionais evidenciou a importância da cooperação entre setores na promoção da saúde mental e da autonomia das pessoas.

A participação numa reunião interinstitucional sobre pessoas em situação de sem-abrigo evidenciou o papel do enfermeiro especialista enquanto mediador entre necessidades sociais e respostas institucionais, com intervenção orientada para a defesa da dignidade e dos direitos das pessoas.

O desenvolvimento de competências na elaboração e monitorização de planos de cuidados contribuiu para a consolidação do raciocínio clínico, da capacidade de avaliação e da tomada de decisão fundamentada. A análise deste percurso permitiu compreender que a saúde mental comunitária ultrapassa a intervenção clínica tradicional e exige uma abordagem interdisciplinar e socioeducativa. O EEESMP assume um papel central na articulação de cuidados, na promoção da autonomia e no empoderamento das pessoas e famílias. À luz da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1991, 1997), cada contacto com o utente constitui um espaço terapêutico centrado na relação enfermeiro/doente, promove a aprendizagem e o crescimento mútuo desta díade. Esta perspetiva articula-se com os princípios da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que valoriza o diálogo e a construção partilhada do conhecimento. Apesar do crescente uso das tecnologias de comunicação no século XXI, a relação interpessoal mantém-se essencial na prática de enfermagem. Segundo Peplau (1991, 1997), esta relação desenvolve-se em fases, orientação, trabalho e término, ao longo das quais o enfermeiro assume diferentes papéis, como pessoa-recurso, líder e conselheiro, ajustando-se às necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados. Assim, a sua intervenção centra-se sempre na pessoa, o que requer escuta ativa e comunicação terapêutica, com o objetivo de promover autonomia e capacitação. Assim, a relação interpessoal constitui um elemento fundamental na prestação de cuidados, particularmente em contextos de saúde mental.

As experiências vivenciadas reforçaram a importância da literacia em saúde mental, da participação social e da inclusão como determinantes fundamentais do bem-estar. O envolvimento na gestão de planos de cuidados e na articulação com parceiros institucionais permitiu desenvolver competências de planeamento, negociação e advocacia em saúde. Do ponto de vista ético, o percurso reforçou a responsabilidade na luta contra o estigma e a exclusão, reconhecendo a pessoa e a família como agentes ativos do processo de recuperação. Na globalidade, esta experiência consolidou uma identidade profissional assente na integração entre conhecimento científico, reflexão crítica, compromisso ético e

intervenção social, sempre em sintonia com os princípios da enfermagem de saúde mental contemporânea.

A recuperação em saúde mental constitui um processo de reconstrução pessoal e social, que implica a valorização da esperança, da resiliência e do protagonismo da pessoa. Este processo assenta numa visão humanista e sistémica da enfermagem, na qual cuidar significa cooperar com o outro na reconstrução da sua identidade e na redescoberta do sentido de vida. A intervenção de enfermagem assume, assim, um carácter terapêutico, educativo e emancipador, sustentado nos contributos de Peplau (1991, 1997), Neuman (1982) e Barker e Buchanan-Barker (2005), que destacam a centralidade da relação, a adaptação ao stresse e a reconstrução do significado pessoal.

Ao longo do estágio, apliquei de forma sistemática o Processo de Enfermagem em Saúde Mental, com recurso a metodologias estruturadas, incluindo entrevistas terapêuticas, observação sistematizada, escalas psicométricas, ecomapas e genogramas. Estes instrumentos permitiram compreender as dinâmicas familiares, redes de suporte e fatores de vulnerabilidade e resiliência presentes em cada situação. Com base na informação recolhida, colaborei na definição de diagnósticos de enfermagem e na elaboração de planos de intervenção individualizados, centrados na construção conjunta de objetivos e estratégias com os utentes e as famílias.

A negociação terapêutica constituiu um elemento central do processo de cuidar, promovendo a corresponsabilização, o empoderamento e o reconhecimento das capacidades individuais, em linha com os princípios da autodeterminação na reabilitação psicossocial descritos por Oliveira (2000). A intervenção incluiu estratégias psicossociais, psicoeducativas e socioterapêuticas, ajustadas à evolução clínica e às necessidades específicas de cada pessoa. Num dos casos acompanhados, a integração de técnicas de relaxamento e estratégias de *coping* familiar contribuiu para a melhoria da estabilidade emocional e do funcionamento global do utente.

A identificação de necessidades no contexto do serviço levou, em articulação com a tutoria clínica, à elaboração de instrumentos técnico-operacionais, nomeadamente um guia de acolhimento para utentes e famílias e uma instrução de trabalho para situações de risco em visitas domiciliárias. Estes contributos refletiram uma postura proativa e orientada para a qualidade dos cuidados, segurança e humanização da prática clínica.

A participação em reuniões multidisciplinares reforçou a compreensão da interdependência entre as dimensões clínica e social do cuidado. A articulação com diferentes profissionais e instituições evidenciou a importância da intervenção integrada e da resposta intersetorial na promoção da inclusão e na continuidade dos cuidados.

A análise deste percurso permitiu compreender que a recuperação em saúde mental se constrói na relação terapêutica e no contexto de vida da pessoa, não se limitando à aplicação de técnicas. A relação estabelecida com o utente revelou-se o principal instrumento de intervenção, ao favorecer a confiança, a esperança e a construção de significado, conforme proposto por Peplau (1952).

A aplicação contínua do processo de enfermagem estruturou o raciocínio clínico, sustentou a tomada de decisão e facilitou a avaliação de resultados. Cada etapa contribuiu para a aprendizagem e para o reforço da autonomia do utente. Paralelamente, a elaboração de instrumentos institucionais permitiu desenvolver competências de liderança, gestão e pensamento crítico, evidenciando o contributo do enfermeiro na melhoria da qualidade organizacional.

O contacto com situações de vulnerabilidade social e risco exigiu uma resposta ética, empática e consciente, em consonância com a perspetiva de Watson (2008), que define o cuidar como um ato humano, compassivo e transformador. A prática evidenciou a necessidade de equilíbrio entre competência técnica e presença relacional, reconhecendo que a reabilitação psicossocial se concretiza através da articulação entre a pessoa, a família e a comunidade. O desenvolvimento de competências psicoterapêuticas, psicoeducativas e socioterapêuticas sustentou-se numa abordagem relacional e centrada na pessoa, integrando contributos teóricos de diferentes modelos. A relação interpessoal assumiu-se como elemento estruturante da intervenção, permitindo promover a compreensão do sofrimento e a construção de novos significados.

A condução de intervenções estruturadas, nomeadamente no âmbito de intervenções psicoterapêuticas baseadas na terapia cognitivo-comportamental (TCC), conforme descrito por Novick e Swartz (2019) e Parker et al. (2025), contribuiu para a promoção da literacia emocional, da autorregulação e da adesão ao regime terapêutico. A utilização de técnicas como a reestruturação cognitiva, monitorização do humor, relaxamento e planeamento comportamental favoreceu a participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação. As atividades de psicoeducação e promoção da literacia em saúde mental evidenciaram o seu valor terapêutico, ao contribuírem para a redução do estigma, o aumento do conhecimento e o fortalecimento do sentimento de pertença, conforme evidenciado por Kookal et al. (2026). A participação em ações formativas e comunitárias reforçou competências de comunicação, educação para a saúde e trabalho em rede, destacando a dimensão social do cuidado em saúde mental.

Retomando a minha intervenção, tive sempre como objetivo consolidar competências avançadas de intervenção terapêutica, articuladas com os domínios psicoterapêutico,

socioterapêutico, psicossocial e psicoeducativo, com vista à promoção, manutenção e recuperação da saúde mental em contextos de crise aguda. O enquadramento concetual assentou nos pressupostos da Teoria Interpessoal de Peplau (1952), para quem a relação enfermeiro-pessoa constitui o instrumento essencial do cuidado terapêutico, no Tidal Model de Barker e Buchanan-Barker (2005) orientado para a redescoberta da identidade e no Modelo Sistémico de Betty Neuman que destaca a gestão do stresse como determinante da estabilidade emocional.

Implementei uma intervenção psicoterapêutica estruturada baseada na TCC, aplicada ao utente que deu corpo ao estudo de caso ao longo de quatro sessões progressivas e ajustadas ao seu nível de compreensão e grau de estabilização clínica, como apresento no capítulo 5, alusivo ao desenvolvimento de competências no âmbito da investigação.

### **3. Estágio em Contexto de Internamento de Pessoas em Descompensação Aguda**

#### **3.1. Caracterização do contexto clínico**

À semelhança do estágio desenvolvido em Contexto Comunitário e para assegurar a coerência e uniformidade do presente relatório, procede-se à caracterização do contexto clínico, assim como à descrição das atividades desenvolvidas no âmbito do Internamento de Pessoas em Situação de Descompensação Aguda.

O estágio, com uma carga horária total de 180 horas, decorreu entre novembro de 2025 e janeiro de 2026, na Unidade de Internamento de pessoas em situação de descompensação aguda de uma ULS da região Centro, sob a coordenação da Professora Doutora Tânia Correia e com a tutoria de EEESMP, enquanto responsáveis pela orientação.

O internamento de pessoas em descompensação aguda reflete a evolução histórica dos cuidados de saúde mental na região. A assistência estruturada teve início em 1969, com a criação do Dispensário de Higiene Mental. Em 1971, foi fundado o Centro de Saúde Mental, que posteriormente integrou os dispensários existentes, e mais tarde, um hospital psiquiátrico com capacidade de internamento. Em 1992, ocorreu a integração no Hospital Distrital, designando-se o departamento como Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, mantendo as valências de internamento, consulta externa, pedopsiquiatria e apoio comunitário.

Atualmente, as instalações são constituídas por um edifício principal e um edifício destinado ao funcionamento do Hospital de Dia, dispondo ainda de espaços exteriores como campo de futebol, circuito de manutenção e áreas ajardinadas. Além do internamento, o edifício principal dispõe ainda de biblioteca, salas de atividades, gabinetes para consultas e sala de jogos. O presente estágio decorreu no setor de internamento de homens, entre novembro de 2025 e janeiro de 2026, envolvendo o acompanhamento integral de pessoas em situação de descompensação psiquiátrica aguda e crises de saúde mental.

O setor de internamento de homens está estruturado com capacidade para aproximada de 19 utentes, dispondo ainda de um quarto de isolamento com capacidade para um utente. O método de trabalho de enfermagem adotado é o método individual, caracterizado pela atribuição de um enfermeiro responsável por um conjunto específico de utentes durante cada turno, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados. Esta abordagem facilita o estabelecimento de relações terapêuticas significativas e permite uma avaliação mais aprofundada das necessidades individuais de cada pessoa.

O setor de internamento de homens conta com uma equipa multidisciplinar constituída por: 30 enfermeiros, incluindo EEESMP, responsáveis pela avaliação,

acompanhamento terapêutico e implementação de intervenções clínicas especializadas, 11 assistentes operacionais, que desempenham um papel fundamental no suporte aos cuidados diretos ao utente e na manutenção de um ambiente terapêutico seguro, 20 médicos psiquiatras responsáveis pela avaliação clínica, diagnóstico e gestão farmacológica, 2 psicólogo/a, envolvido/a em processos de avaliação psicológica e intervenções psicoterapêuticas, 2 assistente social, contribuindo para o planeamento da reinserção social e articulação com recursos comunitários e 1 terapeuta ocupacional, promovendo atividades terapêuticas e reabilitação psicossocial. Importa salientar que, apesar de afeta ao setor de internamento de homens, esta equipa multidisciplinar atua de forma integrada e articulada, assegurando resposta assistencial tanto ao internamento masculino como feminino, funcionando como um todo coeso na prestação de cuidados.

Segundo o Regulamento n.º 515/2018 da OE (2018), os EEESMP são detentores de competências clínicas, psicoterapêuticas, psicoeducacionais e relacionais que lhes permitem atuar de forma integrada, compreendendo os processos de sofrimento, crise e recuperação, em articulação com os contextos de vida do utente. O Regulamento n.º 395/2025 reforça ainda a importância da qualificação e da prestação de cuidados individualizados, centrados nas necessidades da pessoa, família e comunidade. O trabalho multidisciplinar é essencial para uma abordagem holística e centrada na pessoa, garantindo cuidados integrados e de qualidade em contextos de elevada acuidade clínica.

O setor de internamento de homens presta cuidados a pessoas em situação de descompensação psiquiátrica aguda e crises de saúde mental. A população atendida apresenta uma diversidade de patologias psiquiátricas, destacando-se os transtornos do humor (como a depressão major e a perturbação bipolar), os transtornos psicóticos (nomeadamente a esquizofrenia e outras psicoses), os transtornos de ansiedade, as perturbações relacionadas com o consumo de substâncias e outras perturbações neurocognitivas. A internação ocorre quando a pessoa se encontra em situação de crise que compromete a sua segurança ou a de terceiros, requerendo avaliação intensiva, estabilização clínica e acompanhamento especializado contínuo. O processo de admissão do doente pode ocorrer através do Serviço de Urgência ou por referência da Consulta Externa, garantindo uma triagem adequada e alocação ao setor mais apropriado consoante o perfil clínico e de segurança de cada pessoa.

A filosofia de serviço do DPSM assenta na promoção da reintegração social, na redução do tempo de internamento e na prevenção de recaídas, através de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, treino de competências sociais e envolvimento da família. Esta abordagem está alinhada com as recomendações internacionais da

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005; 2016) e com a legislação portuguesa vigente (Lei n.º 35/2023; Decreto-Lei n.º 113/2021), que preconizam a descentralização e desinstitucionalização dos cuidados de saúde mental, integrando respostas de urgência/internamento e transição para cuidados comunitários. Este modelo de intervenção baseia-se nas recomendações da OMS e na Declaração Europeia de Helsínquia (2005), que enfatizam a importância da abordagem centrada na pessoa, da promoção da autonomia e da reabilitação psicossocial. A internação especializada desempenha um papel fundamental na garantia da avaliação contínua do risco, da estabilização clínica, da prevenção de comportamentos autodestrutivos ou heteroagressivos, e do planeamento da transição para cuidados comunitários, funcionando de forma multidisciplinar e centrada nas necessidades dinâmicas dos indivíduos, famílias e comunidade.

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

Durante o período de estágio, o departamento vivenciou uma transição importante no sistema de informação clínica, migrando da plataforma GLINT para o sistema SClínico. Esta mudança representa um progresso significativo na informatização e standardização dos registos clínicos, facilitando a comunicação multidisciplinar e a continuidade dos cuidados. A experiência vivenciada durante este período de transição proporcionou uma compreensão prática dos desafios organizacionais inerentes às mudanças tecnológicas em contextos clínicos. Importa ainda referir que a familiaridade prévia com o sistema SClínico, adquirida no meu serviço de origem, constituiu uma mais-valia neste contexto, não só pela maior facilidade na realização de registos clínicos, mas também pela possibilidade de apoiar as enfermeiras orientadoras no processo de adaptação ao novo sistema.

O Plano Nacional de Saúde 2030, sob a égide da DGS (2022) e subordinado ao lema “Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s”, assume a promoção e proteção da saúde como um princípio transversal, sustentado numa abordagem transdisciplinar e multissetorial. Neste contexto, integra a promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, com especial enfoque no desenvolvimento de fatores protetores e na prevenção de perturbações mentais.

No contexto do Plano Nacional de Saúde Mental (DGS, 2007-2016), e em consonância com as orientações atuais do Programa Nacional para a Saúde Mental, que preconizam a melhoria do acesso aos cuidados, a redução da institucionalização e a integração dos cuidados no sistema geral de saúde, encontra-se em desenvolvimento um

novo espaço físico integrado nas instalações da ULS. A transição para estas novas instalações, prevista para 2026, constitui um marco relevante na modernização dos serviços, promovendo maior centralização, acessibilidade e qualidade na prestação de cuidados em psiquiatria e saúde mental.

A experiência de estágio no setor de internamento de homens proporcionou um contexto enriquecedor para o desenvolvimento de um conjunto amplo e integrado de competências técnico-científicas, clínicas e relacionais, fundamentais à prática como EEESMP. Esta vivência reforçou a importância da prestação de cuidados especializados, humanizados e baseados em evidência em contextos de urgência e internamento psiquiátrico, reconhecendo a integralidade da pessoa em situação de crise e a necessidade de trabalho colaborativo interdisciplinar para otimizar a segurança, estabilização clínica e transição para a comunidade, imprescindível para a promoção da recuperação, bem-estar e inclusão social.

A OE (2018; Regulamento n.º 515/2018) reconhece o EEESMP como um profissional dotado de competências científicas, técnicas, clínicas, comunicacionais e humanas, imprescindíveis para a prestação de cuidados especializados e de excelência na sua área específica de atuação. Estas competências abrangem o conhecimento aprofundado do processo de enfermagem, da psicopatologia, das intervenções terapêuticas e das dinâmicas sociais que influenciam a saúde mental, sempre ancoradas em preceitos éticos e legislativos rigorosos. Ao longo deste estágio profissionalizante, que decorreu no Internamento de Homens do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULS, tal como já referenciei, desenvolvi e aprimorei progressivamente as competências específicas do EEESMP previstas no Artigo 4.º do Regulamento n.º 515/2018 (OE, 2018).

As experiências desenvolvidas neste âmbito contribuíram significativamente para a consolidação da minha identidade profissional enquanto futuro EEESMP. Tornou-se evidente que o conhecimento técnico e científico, embora essencial, não é suficiente para responder à complexidade dos contextos de elevada acuidade clínica. A capacidade de reconhecer limites pessoais, regular emoções e manter uma presença terapêutica autêntica constitui um alicerce fundamental para a prática clínica. Neste sentido, Watson (2008) destaca que o cuidar em enfermagem implica uma presença genuína e compassiva, sustentada por consciência ética e sensibilidade relacional, dimensões que se desenvolvem através de um processo contínuo de reflexão e crescimento pessoal.

A supervisão reflexiva realizada ao longo do estágio reforçou a compreensão de que o desenvolvimento profissional é indissociável da capacidade de refletir criticamente sobre a prática e de humanizar o cuidado. Este percurso contribuiu para fortalecer a confiança na

capacidade de lidar com situações clínicas complexas, manter uma postura de esperança perante contextos adversos e reconhecer que a escuta ativa e a validação emocional constituem intervenções terapêuticas de elevado valor, frequentemente tão relevantes quanto as intervenções técnicas ou farmacológicas.

De igual modo, desenvolver estratégias de gestão emocional que me permitiram reforçar a autoconfiança, com recurso a técnicas de autorregulação, práticas consistentes de autocuidado e procura de apoio profissional sempre que necessário. Em contextos de maior instabilidade clínica, nomeadamente na abordagem a utentes com comportamentos agressivos ou ideação autodestrutiva, reconheci a importância de manter uma presença serena, firme e compassiva, capaz de transmitir segurança e de modelar estratégias adaptativas de gestão emocional. Esta postura encontra-se em consonância com os princípios dos cuidados centrados na pessoa e do cuidado compassivo, que integra bondade, respeito e colaboração como elementos essenciais da prática de enfermagem (Zolkefli, 2024). Neste sentido, compreendi também a relevância de aprofundar o conhecimento sobre as funções subjacentes a estes comportamentos, de modo a sustentar intervenções mais informadas, empáticas e terapeuticamente eficazes.

A utilização de diários reflexivos constituiu uma estratégia fundamental para registar episódios que desencadearam reações físicas, emocionais e comportamentais mais intensas, particularmente durante o acompanhamento de utentes em crise aguda, com comportamentos agressivos ou manifestações psicóticas graves. Estes registos funcionaram como instrumentos de aprendizagem e de autorregulação, possibilitaram uma análise crítica posterior das situações vivenciadas e a identificação de padrões pessoais de reação no contexto da relação terapêutica.

A participação em sessões regulares de supervisão clínica com as enfermeiras especialistas tutoras revelou-se igualmente determinante. Estes momentos de reflexão partilhada permitiram discutir casos clínicos complexos, compreender de que forma as minhas emoções e atitudes influenciavam o relacionamento terapêutico e reforçar a importância da empatia, autenticidade e assertividade como instrumentos terapêuticos centrais. A análise conjunta de situações particularmente desafiadoras favoreceu o desenvolvimento da consciência profissional, permitindo distinguir as minhas respostas pessoais da necessidade de manter uma relação terapêutica estruturada, ética e centrada na pessoa. Os *debriefings* proporcionam aos enfermeiros, independentemente da sua área de atuação, uma oportunidade de expressarem a sua voz, pois permitem discutir eventos inesperados ou difíceis e recomendar mudanças (Evans et al., 2023). O objetivo dos *debriefings* tem sido melhorar os resultados clínicos, através da aprendizagem baseada na

discussão e reflexão sobre os acontecimentos e da posterior aplicação desse conhecimento na prática clínica. Os *debriefings* constituem uma intervenção multifacetada e custo-eficaz para minimizar resultados negativos em saúde, com a intenção específica de dar voz a cada elemento da equipa de saúde (Evans et al., 2023).

Nas primeiras semanas de internamento, participei na observação clínica diária, monitorização de sinais de alerta, vigilância da adesão terapêutica e registo sistemático da evolução do estado mental. Este acompanhamento permitiu compreender como determinados indicadores clínicos, como o taquipsiquismo ou da desorganização do pensamento, podiam sinalizar uma resposta terapêutica insuficiente e orientar a necessidade de reajuste farmacológico por parte da equipa médica. Reconheci que estas alterações estão frequentemente associadas a défices de *insight*, isto é, à dificuldade do utente em reconhecer e/ou aceitar a sua condição clínica, o que pode comprometer a adesão ao tratamento. À luz do modelo proposto por Thirioux et al. (2020), compreendi que o desenvolvimento do *insight* depende não só de capacidades cognitivas, mas também de processos empáticos, sendo fundamental que o enfermeiro adote uma postura que favoreça a tomada de perspetiva e a compreensão do outro. Neste sentido, a promoção de uma relação terapêutica empática revelou-se essencial para apoiar o utente na construção gradual de consciência sobre a sua condição, especialmente em situações marcadas por taquipsiquismo ou desorganização do pensamento, onde a experiência subjetiva pode dificultar essa integração.

Durante o estágio, acompanhei de forma contínua o caso de um utente com perturbação psicótica associada ao consumo de cannabis e abuso de substâncias psicoativas, inserido num contexto de vulnerabilidade psicossocial significativa, cuja apresentação se encontra no capítulo 5.

## 4. Competências Desenvolvidas

### 4.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

A OE (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019) caracteriza o enfermeiro especialista como o profissional que demonstra competências científicas, técnicas e humanas diferenciadas, permitindo-lhe prestar cuidados especializados numa área específica da enfermagem. De acordo com o regulamento das competências comuns, o enfermeiro especialista detém um conjunto integrado de conhecimentos, capacidades e aptidões que mobiliza em função das necessidades de saúde das pessoas, atuando em diversos contextos e níveis de prevenção.

No âmbito da especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, esta centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção da doença, bem como na identificação e intervenção perante respostas desajustadas aos processos de transição que possam gerar sofrimento ou perturbação mental. As competências comuns dos enfermeiros especialistas correspondem a capacidades transversais a todas as áreas de especialidade, evidenciando-se pela elevada aptidão na conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como pelo contributo ao nível da formação, investigação e assessoria profissional. Estas competências organizam-se em quatro domínios principais:

- Responsabilidade profissional, ética e legal
- Melhoria contínua da qualidade
- Gestão dos cuidados
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Com base nestes domínios, é possível analisar criticamente as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

#### **Domínio A – Responsabilidade profissional, ética e legal**

Este domínio envolve a prática profissional orientada por princípios éticos, legais e deontológicos. O enfermeiro especialista atua de forma segura e responsável, tomando decisões fundamentadas em valores éticos, evidência científica e nas preferências da pessoa cuidada. Assegura que os cuidados respeitam os direitos humanos, interpreta adequadamente as situações complexas e previne riscos para os utentes.

Neste contexto, destaca-se como prioridade o respeito pela dignidade da pessoa, garantindo cuidados seguros e de qualidade. A prática diária implica frequentemente decisões rápidas e complexas, que devem salvaguardar a individualidade e os valores de cada utente. O exercício profissional exige autonomia e responsabilidade, sendo o cuidar

percebido como um compromisso ético e moral. Assim, os princípios como beneficência, não maleficência e justiça orientam a intervenção, asseguram que os cuidados promovem o bem-estar, evitam danos e respeitam a equidade entre pessoas.

Na área da saúde mental e psiquiatria, como defende Nunes (2014), a pessoa encontra-se por norma numa condição de particular vulnerabilidade, com comprometimento da sua autonomia, liberdade de decisão e capacidade para solicitar ajuda ou gerir-se de forma autónoma. Neste contexto, mais do que o cumprimento de uma prática profissional eticamente orientada, impõe-se a necessidade de um verdadeiro cuidado ético por parte do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Assim, tendo em conta que estas pessoas e respetivas famílias se encontravam em situação de fragilidade, a prestação de cuidados nestas circunstâncias exigiu de minha parte intervenções sustentadas na melhor evidência científica disponível, bem como uma atuação prudente, sensível e moralmente comprometida. Tal implicou privilegiar abordagens capacitadoras, centradas na pessoa e ajustadas à singularidade de cada situação, para conseguir um equilíbrio entre a proteção necessária, o risco de substituição e atitudes paternalistas.

Posso, deste modo, dizer que, como já é inerente à minha prática profissional, que os cuidados prestados respeitaram os direitos dos utentes, tendo sempre promovido a humanização e a valorização de cada pessoa, no respeito pelas suas singularidades. As decisões clínicas foram tomadas com base na análise das situações, com planeamento, implementação e avaliação contínua dos cuidados. Valorizei igualmente a relação terapêutica, como já referi anteriormente aquando da descrição e reflexão das atividades desenvolvidas, assente na confiança, confidencialidade e respeito pela individualidade, bem como o combate ao estigma associado à doença mental, através da promoção da literacia em saúde.

### **Domínio B – Melhoria contínua da qualidade**

Neste domínio, o enfermeiro especialista intervém na promoção da qualidade dos cuidados, participa no desenvolvimento e implementa projetos institucionais e programas de melhoria contínua. A qualidade em saúde associa-se intimamente à capacidade de responder adequadamente às necessidades das pessoas, garantindo cuidados eficazes, seguros e baseados em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019).

O enfermeiro especialista contribui para a definição de padrões de qualidade, revisão de práticas e desenvolvimento de melhorias, agindo sempre em conformidade com as normas e protocolos institucionais.

Durante o estágio, participei em intervenções de promoção da saúde, principalmente através da educação para a saúde e apoio aos utentes na gestão do stresse e do bem-estar mental. Destaco ainda a importância dos registos de enfermagem, realizados com recurso à linguagem CIPE®, para documentar e avaliar os cuidados prestados e contribui para ganhos em saúde. A prática baseada na evidência e a atitude crítica foram fatores indispensáveis para a melhoria contínua, ou seja, para poder obter a excelência dos cuidados.

### **Domínio C – Gestão dos cuidados**

O enfermeiro especialista desempenha um papel essencial na organização e gestão dos cuidados, articulando-se com a equipa multidisciplinar para garantir respostas adequadas e de qualidade. A gestão implica coordenação de recursos humanos, materiais e organizacionais, adaptando a liderança às necessidades do contexto. Este profissional participa na tomada de decisões em equipa, supervisiona os cuidados prestados e assegura a qualidade das intervenções (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019), tendo sempre presente o respeito pelas diferentes áreas profissionais.

Assim sendo, promovi, ao longo dos estágios, um ambiente de trabalho positivo, alicerçado na cooperação com a equipa, contribuindo com sugestões de melhoria tanto ao nível do funcionamento das unidades como das respostas às necessidades dos utentes e sua família. Tive constante preocupação em respeitar as perspetivas dos diferentes profissionais e acolhi as críticas de forma construtiva, o que me levou favoravelmente a ajustar a minha postura sempre que necessário. Neste contexto, o trabalho em equipa revelou-se fundamental, sobretudo pela necessidade de garantir a continuidade dos cuidados. A partilha de informação relevante com os restantes elementos da equipa, realizada de forma objetiva e sem juízos de valor, constituiu uma responsabilidade fundamental na gestão dos cuidados à pessoa ou grupo. A supervisão e a avaliação das atividades delegadas envolveram assumir responsabilidade pelos cuidados atribuídos, bem como o conhecimento e aplicação dos princípios da delegação, para que esta decorresse de forma adequada, segura e em tempo oportuno.

### **Domínio D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

O domínio relativo ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como preconiza a OE (2019, Regulamento n.º 140/2019), o autoconhecimento, a assertividade e a prática clínica sustentada em evidência científica são elementos essenciais e, como tal, foi aquele onde constatei uma maior evolução e crescimento ao longo do meu percurso formativo.

Assim, no que concerne ao autoconhecimento, o mesmo será aprofundado na análise da primeira competência do EEESMP. Todavia, quero deixar registrado que este autoconhecimento, na prática especializada, foi sustentado por processos de tomada de decisão baseados em conhecimento válido e atualizado. Considero ter assumido um papel ativo enquanto facilitador do processo de aprendizagem, através da identificação das necessidades das pessoas acompanhadas e da subsequente planificação, implementação e avaliação das intervenções desenvolvidas, o que requereu que analisasse o seu impacto na melhoria dos cuidados prestados. Destaco também, tendo em conta a OE (2019, Regulamento n.º 140/2019), que o enfermeiro especialista reconhece a influência das suas experiências, valores e crenças na prática profissional, implicando ter consciência de si e capacidade de estabelecer relações terapêuticas eficazes.

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

O enquadramento conceptual do presente relatório baseia-se no Regulamento n.º 515/2018 da OE (2018), o qual define o perfil de competências específicas do EEESMP, no mesmo encontram-se estabelecidas as bases orientadoras da sua *praxis*. Este regulamento enquadra a intervenção deste profissional de saúde no âmbito da promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, tratamento e reabilitação psicossocial, tendo como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade de vida, funcionalidade e autonomia da pessoa ao longo do ciclo de vida.

Neste contexto, a pessoa é entendida como um ser único, com características e vulnerabilidades próprias, inserida numa rede de relações familiares, sociais e comunitárias, sendo influenciada por múltiplos fatores de natureza biológica, psicológica, social e cultural. Assim, os cuidados de enfermagem em saúde mental assumem uma abordagem holística, centrada na pessoa e desenvolvem-se através de uma relação terapêutica baseada na confiança, na empatia e no respeito pela dignidade humana. Distingue-se pela mobilização de um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais que lhe permitem desenvolver um juízo clínico diferenciado e uma prática autónoma e especializada. A sua intervenção integra competências de natureza psicoterapêutica, psicossocial, socioterapêutica e psicoeducacional, fundamentais para a compreensão dos processos de sofrimento, alteração e perturbação mental, bem como para a implementação de estratégias de intervenção adequadas às necessidades da pessoa, família e comunidade.

O Regulamento em epígrafe organiza as competências do EEESMP em quatro domínios fundamentais: o desenvolvimento do autoconhecimento enquanto instrumento terapêutico, a avaliação e promoção da saúde mental, o planeamento e gestão de cuidados

e a intervenção terapêutica. Estes domínios articulam-se de forma dinâmica, permitindo-lhe avaliar de forma holística as necessidades em saúde mental, formular diagnósticos, definir objetivos e implementar planos de cuidados individualizados, baseados na evidência científica e orientados para ganhos em saúde.

A prática do EEESMP assenta ainda em princípios orientadores como a prática baseada na evidência, o trabalho em equipa multidisciplinar, o respeito pelos princípios éticos e legais e a promoção da autonomia e participação ativa da pessoa no seu processo de saúde. Desta forma, o enquadramento conceptual definido pelo Regulamento n.º 515/2018 da OE (2018) constitui um referencial estruturante para a prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, orienta as intervenções que visam o tratamento da doença e a capacitação da pessoa para a gestão da sua saúde e a sua plena integração social.

Ao longo do processo de desenvolvimento de competências e durante o estágio, recorri à observação sistemática, à reflexão crítica e à realização de entrevistas formais e informais com a pessoa e a família, de modo a complementar a informação recolhida e a sustentar a análise do processo de saúde.

*Grosso modo*, é exigida ao EEESMP quer a consolidação das competências já adquiridas, quer o desenvolvimento de outras competências específicas, particularmente a capacidade de utilizar-se a si próprio como instrumento terapêutico (OE, 2018, Regulamento n.º 515/2018). Exige-se ainda a aquisição de vivências, conhecimentos e capacidades de natureza terapêutica que possibilitem mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas no cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta intervenção visa promover e proteger a saúde mental, prevenir a doença mental, tratar situações de sofrimento psíquico e favorecer a reabilitação psicossocial (OE, 2018, Regulamento n.º 515/2018).

Na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, estas competências orientam-se para os projetos de saúde da pessoa em processo de saúde/doença mental, tendo em vista a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, a readaptação funcional e a reinserção social nos vários contextos de vida.

Segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental, estas organizam-se em quatro grandes dimensões: o conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; a assistência à pessoa, família, grupo e comunidade na otimização da saúde mental; a ajuda à pessoa para recuperar a saúde mental nos diferentes contextos em que se insere; e a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018,

Regulamento n.º 515/2018). Posso, agora, referir que o percurso formativo permitiu desenvolver estas quatro competências específicas, pelo que importa analisá-las individualmente.

### **Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro**

A primeira competência específica prende-se com o desenvolvimento de um conhecimento aprofundado de si próprio, resultante de experiências de autoconhecimento, crescimento pessoal e evolução profissional. Esta dimensão assume particular importância na enfermagem de saúde mental, uma vez que interfere diretamente na capacidade de estabelecer uma relação terapêutica eficaz e de implementar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas com impacto positivo nos resultados esperados.

Ao longo do percurso formativo, em ambos os estágios, as diferentes unidades curriculares contribuíram para esta construção. Algumas proporcionaram fundamentos no domínio ético, legal e deontológico, favoreceram a análise, discussão e tomada de decisão em situações complexas. Outras aprofundaram conhecimentos na área da formação e supervisão em enfermagem, que me permitiram identificar necessidades formativas, planear programas e intervir pedagogicamente em contexto clínico. Houve ainda unidades curriculares particularmente importantes na aquisição de instrumentos terapêuticos e no desenvolvimento da consciência de si, enquanto pessoa e profissional.

Em SMP, o principal instrumento terapêutico do enfermeiro é o próprio enfermeiro. O autoconhecimento e a forma como este é mobilizado no contexto relacional constituem elementos centrais da prática. A autoconsciência possibilita reconhecer sentimentos, crenças, valores e modos de reagir, podendo esta ser aprofundada através de processos como a introspeção, a reflexão, a discussão e a ampliação da experiência pessoal. Por conseguinte, o estágio proporcionou-me experiências significativas neste domínio, sobretudo no âmbito da relação terapêutica estabelecida com cada pessoa cuidada e sua família. A reflexão sobre as vivências permitiu-me compreender melhor os seus sentimentos, emoções, comportamentos, valores e crenças, ajudando-me no meu autoconhecimento e na sua aplicação na prática especializada em SMP. Esta consciência de mim mesmo, como futuro EEESMP, foi mobilizada na construção de relações terapêuticas mais autênticas e ajustadas às necessidades identificadas.

Soube reconhecer limites pessoais e profissionais, o que não considero ser uma fragilidade; pelo contrário, traduz uma condição necessária para prestar cuidados mais conscientes, serenos e humanizados. A reflexão contínua sobre mim mesmo revelou-se

determinante para o desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais e terapêuticas indispensáveis à prática em SMP.

### **Assistência à pessoa, família, grupo e comunidade na otimização da saúde mental**

A segunda competência específica refere-se à capacidade de recolher e interpretar informação relevante para compreender o estado de saúde mental da pessoa, da família, dos grupos e da comunidade, numa perspetiva de promoção da saúde, proteção e prevenção da perturbação mental (OE, 2018, Regulamento n.º 515/2018). Este processo requereu que desenvolvesse competências de comunicação, sensibilidade cultural e linguística; saber observar comportamentos, analisar registos e avaliar globalmente cada situação da pessoa e dos sistemas que a envolviam.

Durante os estágios, foi-me possível identificar situações de abandono terapêutico recorrente em pessoas com perturbação mental e compreender o impacto dessa realidade na qualidade de vida, no bem-estar, na funcionalidade social, na autonomia e na integração comunitária.

Adotei continuamente estratégias dirigidas à pessoa alvo dos meus cuidados, quer individualmente quer em grupo, para promover o seu papel ativo na tomada de decisão e no plano terapêutico. A promoção da adesão ao regime terapêutico revelou-se particularmente importante, por contribuir para a prevenção de recaídas e internamentos, para o empoderamento da pessoa e para a sua inclusão social.

Neste contexto, a entrevista e a avaliação holística assumiram grande relevância, uma vez que me permitiram explorar as capacidades internas da pessoa, o seu grau de motivação, a prontidão para a mudança, bem como as suas condições emocionais, cognitivas e comportamentais. Destaco também a relação de ajuda que favoreceu a partilha de sentimentos, a clarificação de dificuldades e a identificação de novas estratégias de adaptação ao stresse e a acontecimentos inesperados.

A prática desenvolvida foi sustentada pelo Modelo Tidal, com conseqüente visão holística da pessoa e a natureza interpessoal dos cuidados. Esta abordagem reconhece a pessoa como um todo indivisível, em que mente e corpo se influenciam mutuamente, e atribui grande importância ao relacionamento terapêutico. A avaliação holística procurou oferecer à pessoa a oportunidade de contar a sua história, analisar os seus problemas, identificar necessidades e participar na construção de um plano de cuidados individualizado.

Apesar de as intervenções terem sido desenvolvidas num período limitado, correspondente ao tempo de cada estágio, reconheço que esta experiência contribuiu para um crescimento gradual, alimentado pela procura de novos conhecimentos, novas perspetivas e novas abordagens. A evidência científica recolhida na revisão *scoping* permitiu-me ainda seleccionar intervenções mais fundamentadas.

### **Ajuda à pessoa na recuperação da saúde mental, mobilizando os contextos familiares, grupais e comunitários**

A terceira competência específica centra-se na análise contínua e rigorosa dos dados recolhidos, na formulação de diagnósticos de saúde mental, na definição de resultados esperados, no planeamento e negociação do plano de cuidados com a pessoa e a equipa de saúde (OE, 2018, Regulamento n.º 515/2018). Abrange também a prescrição de intervenções baseadas na evidência científica, com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir complicações, melhorar a funcionalidade e favorecer a qualidade de vida, tendo sempre em consideração o ciclo vital e as respostas da pessoa aos seus problemas de saúde (OE, 2018, Regulamento n.º 515/2018).

Durante os estágios, esta competência foi desenvolvida através da realização de diagnósticos de enfermagem, fundamentais para orientar o planeamento dos cuidados, a negociação das intervenções e a definição dos resultados pretendidos. O diagnóstico de enfermagem corresponde ao juízo clínico formulado pelo enfermeiro sobre um fenómeno que constitui foco da sua intervenção, sendo esta orientada para a obtenção de ganhos em saúde. Neste âmbito, realizei dois estudos de caso, que são apresentados no capítulo 5. Pois, pragmatizei o preconizado pela OE (Regulamento n.º 515/2018), quando reporta que este atua como facilitador da mudança comportamental, apoia a pessoa no seu processo de transformação e na manutenção de novos comportamentos. Esta intervenção é particularmente relevante na adoção de estilos de vida saudáveis, na adaptação a alterações no estado de saúde, na interação com os profissionais e na adesão ao tratamento.

A filosofia de cuidados adotada, ao longo do meu percurso formativo, esteve sempre coerente com a OE (Regulamento n.º 515/2018), segundo a qual, o EEESMP deve ter uma ação que pressupõe a inclusão da pessoa com doença mental como agente ativo em todo o processo terapêutico. Por outras palavras, a ESMP assume um papel relevante na melhoria da qualidade de vida e na adesão ao regime terapêutico, o que requereu de minha parte uma relação de confiança, escuta ativa e uma comunicação empática, fatores essenciais para estimular a esperança, a motivação e o autocuidado na pessoa alvo dos cuidados. A

intervenção do EEESMP visa a reabilitação psicossocial e a psicoeducação, contribuindo para melhorar o funcionamento pessoal, familiar e social da pessoa. As intervenções procuram reduzir os efeitos da doença, promover aprendizagens e recuperar competências funcionais e relacionais.

### **Prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais**

A quarta competência específica diz respeito à implementação das intervenções previstas no plano de cuidados, com o objetivo de ajudar a pessoa a alcançar um estado de saúde mental mais próximo do desejado ou a adaptar-se de forma integrada à sua situação de saúde/doença. Esta intervenção mobiliza estratégias psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, visando apoiar a pessoa no desenvolvimento das suas capacidades, na melhoria do funcionamento diário e na participação social (OE, 2018, Regulamento n.º 515/2018).

Ao longo dos estágios, esta competência progressivamente desenvolvida com base nas necessidades identificadas nas pessoas acompanhadas. Foram mobilizadas técnicas consolidadas através do estudo teórico, da pesquisa científica e da supervisão clínica proporcionada pelo enfermeiro orientador. Recorri aos meus conhecimentos, mas também à minha presença terapêutica, como instrumento fulcral de intervenção. A minha postura relacional, a forma de comunicar e a disponibilidade demonstrada traduziram o valor atribuído à pessoa cuidada e à relação estabelecida.

Realizei intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas em contexto individual e em grupo, com recurso a estratégias de comunicação verbal e não verbal e a técnicas relacionais centradas na autenticidade, respeito, empatia, compaixão e esperança. Estas intervenções tiveram como finalidade reduzir o sofrimento, facilitar processos de adaptação e promover mudanças comportamentais, requerendo similarmente a monitorização das minhas próprias emoções e respostas como enfermeiro especialista em formação. As intervenções psicoeducativas incidiram principalmente na adesão ao regime terapêutico, na promoção de estilos de vida saudáveis e na valorização das atividades de lazer, procurando reforçar o sentimento de utilidade, pertença e integração comunitária.

O EEESMP, como mandatário da OE (Regulamento n.º 515/2018), detém competência para prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, bem como assumir um papel particularmente importante na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental. A sua intervenção distingue-se pela integração destas abordagens no cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do

ciclo vital. Reforço, deste modo, que desenvolvi intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas e de reabilitação social, planeadas individualmente no contexto da consulta de enfermagem. A intervenção psicoterapêutica foi entendida como uma intervenção alicerçada numa relação interpessoal intencional, orientada para ajudar a pessoa a viver de forma mais saudável com os seus problemas, recorrendo a técnicas de diálogo, comunicação e mudança comportamental. A psicoeducação assumiu identicamente grande relevância, enquanto estratégia facilitadora da compreensão da doença mental, dos seus efeitos e das formas de lidar com ela. A escuta ativa, a empatia e a confiança foram essenciais na construção da relação terapêutica, uma forma, por excelência, de permitir à pessoa explorar novas formas de compreender e enfrentar as suas vivências.

Em SMP, a comunicação constitui um instrumento central de intervenção, uma vez que grande parte da ação terapêutica se desenvolve precisamente no espaço relacional. Assim, espera-se que o enfermeiro seja capaz de construir uma relação terapêutica sólida, promotora de mudança e de bem-estar. A comunicação centrada no doente tem emergido como um componente fundamental da intervenção psicoterapêutica eficaz, influenciando significativamente a forma como os profissionais de saúde mental interagem com os seus utentes. Esta abordagem, que privilegia as necessidades individuais, preferências e experiências das pessoas, tem ganho destaque nos últimos anos devido ao seu impacto relevante nos resultados terapêuticos. No seu núcleo, a comunicação centrada no doente em intervenções psicoterapêuticas implica o envolvimento ativo da pessoa no seu processo terapêutico, promovendo uma relação colaborativa e ajustando as intervenções às circunstâncias e objetivos únicos de cada pessoa (Liu et al., 2025). A importância deste processo nos cuidados de saúde mental é inquestionável. À medida que a intervenção psicoterapêutica evolui, tem-se vindo a reconhecer cada vez mais que a qualidade da comunicação entre terapeuta e pessoa é determinante para o efeito do tratamento. A investigação demonstra de forma consistente que, quando os terapeutas utilizam estratégias de comunicação centradas no doente, as pessoas apresentam níveis mais elevados de satisfação, maior envolvimento no processo terapêutico e melhores resultados em saúde mental. Esta mudança para uma abordagem mais colaborativa e empática representa um afastamento significativo dos modelos terapêuticos tradicionais, mais diretivos (Liu et al., 2025).

O conceito de comunicação centrada no doente vai além da simples forma de interação interpessoal; engloba uma abordagem holística aos cuidados, que considera o contexto psicológico, social e cultural da pessoa. Esta perspetiva abrangente permite aos EEESMP intervir nos sintomas apresentados e abordar os fatores subjacentes que contribuem para as dificuldades em saúde mental. Ao promover um ambiente de confiança e

compreensão mútua, a comunicação centrada na pessoa possibilita uma compreensão mais profunda das necessidades da pessoa e o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes (Liu et al., 2025).

No que respeita à reabilitação psicossocial, o enfoque incidiu no treino e gestão terapêutica com vista ao aumento da autonomia e à prevenção da recaída. Os ensinamentos dirigidos à pessoa e à família sobre a doença e as suas consequências contribuiu para melhorar a adesão ao tratamento, reduzir sintomatologia, prevenir recaídas, aumentar a autoestima e o bem-estar, diminuir o estigma e a culpa, e favorecer mudanças no estilo de vida que reduzam fatores de stresse. Trata-se de uma abordagem estruturada, focada no presente, orientada para a resolução de problemas e limitada no tempo.

## 5. Desenvolvimento de Competências no Âmbito da Investigação

O contacto direto com utentes com Perturbação Bipolar Tipo I, a mais grave, em que se alternam episódios de mania e episódios depressivos, aliado à necessidade de aprofundar conhecimento com base em evidência, tendo em consideração o estudo de caso realizado, motivou a opção por abordar o efeito da intervenção psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental na pessoa com Perturbação Bipolar tipo I. A experiência clínica permitiu reconhecer as dificuldades associadas à adesão terapêutica, à regulação emocional e à prevenção de recaídas, a evidenciar a pertinência de intervenções psicossociais estruturadas. Neste contexto, a Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC destaca-se como uma abordagem baseada em evidência, capaz de promover a identificação e modificação de padrões de pensamento disfuncionais, uma forma de contribuir para a estabilização clínica, melhoria do *insight* e aumento da autonomia da pessoa no seu processo de recuperação.

A prática baseada na evidência consiste na integração da melhor evidência científica disponível com a experiência do profissional de saúde e as necessidades da pessoa, considerando o contexto de cuidados. Esta abordagem promove uma cultura de questionamento, permite a produção, divulgação e aplicação do conhecimento científico na prática clínica, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde (Brunt & Morris, 2023). Neste sentido, a prática baseada na evidência assume-se como um processo sistemático de resolução de problemas, que envolve a formulação de questões, a pesquisa e análise crítica da evidência, a sua integração na prática e a avaliação dos resultados.

Assim, esta prática resulta em benefícios reconhecidos, com a finalidade de capacitar para interpretar e aplicar a evidência de forma crítica e contextualizada. Neste pressuposto, e com o intuito de fundamentar a prática clínica em evidência científica atual, optou-se pela realização de uma *scoping review* (ScR), que permite mapear o conhecimento existente sobre uma determinada temática, identificar lacunas na literatura e apoiar a tomada de decisão em saúde. Para a revisão, delineou-se como objetivo geral mapear a evidência científica existente sobre o efeito da intervenção psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pessoas adultas com Perturbação Bipolar tipo I, identificar os seus efeitos ao nível da adesão terapêutica, regulação emocional, prevenção de recaídas e melhoria do funcionamento psicossocial.

## 5.1. Enquadramento conceptual

### 5.1.1 Perturbação Bipolar I

A perturbação bipolar é caracterizada por oscilações significativas de humor, principalmente entre episódios de mania e depressão. Essas flutuações de humor podem impactar gravemente o funcionamento diário e a qualidade de vida da pessoa e sua família. Compreender os aspetos genéticos e clínicos desses estados de humor é crucial para um diagnóstico e tratamento eficazes (Merola et al., 2024). Caracterizada por um humor elevado, aumento de energia e, frequentemente, comportamentos impulsivos, estudos genéticos indicam que a mania tem correlações genéticas distintas, com regiões genómicas específicas associadas à sua manifestação (Merola et al., 2024). Mais frequentes do que os episódios maníacos, as fases depressivas podem levar a sérios prejuízos e, muitas vezes, são diagnosticadas erroneamente como depressão unipolar (Bosić et al., 2024). Estudos indicam que os homens tendem a experienciar mais episódios maníacos, enquanto as mulheres frequentemente apresentam uma polaridade predominantemente depressiva. Essa distinção é vital para personalizar as abordagens de tratamento (Sinha et al., 2023).

As perturbações bipolares e afins incluem a perturbação bipolar I (BD-I), a perturbação bipolar II (BD-II), a perturbação ciclotímica, outras perturbações bipolares e afins especificadas e perturbações bipolares ou afins não especificadas. O rótulo de diagnóstico de “perturbações afetivas bipolares” na Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID-10) foi alterado para “perturbações bipolares” na CID-11. A secção sobre perturbações bipolares na CID-11 é designada por “perturbações bipolares e afins”, o que é coerente com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) (Chakrabarti et al., 2022).

Tendo em conta que o caso em estudo é de uma utente do sexo com diagnóstico de Perturbação Bipolar I, seguidamente apresentam-se os Critérios Diagnósticos do DSM-5-TR para o Transtorno Bipolar I (BD-I).

Para o diagnóstico de BD-I, é necessário cumprir os seguintes critérios para um episódio maníaco, que pode ter sido precedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores (não sendo estes episódios necessários para o diagnóstico). Um episódio maníaco é definido como um período distinto de humor persistentemente elevado ou irritável, com aumento da atividade ou energia, que dura pelo menos 7 dias consecutivos ou que requer hospitalização. É necessário que estejam presentes 3 ou mais dos seguintes sintomas para qualificar como um episódio maníaco. Se o humor for irritável, pelo menos 4 dos seguintes sintomas devem estar presentes:

1. Autoestima exagerada ou grandiosidade
2. Necessidade diminuída de sono
3. Compulsão para falar ou estar mais falador do que o habitual
4. Fuga de ideias ou pensamentos acelerados
5. Alta distração
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho ou na escola, ou sexualmente) ou agitação psicomotora (atividade não dirigida a objetivos)
7. Envolvimento excessivo em atividades com grande potencial para consequências dolorosas, como compras descontroladas, indiscrições sexuais ou investimentos empresariais imprudentes

O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a uma condição médica geral. Os sintomas de um episódio maníaco são substancialmente mais graves do que os de um episódio hipomaníaco e resultam em prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou requerem hospitalização.

Sendo uma doença psiquiátrica complexa e crónica, provoca mais anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) do que qualquer tipo de cancro ou perturbações neurológicas graves, como a epilepsia e a Doença de Alzheimer (Seshadhri et al., 2024). Esta perturbação da saúde mental, caracterizada por períodos alternados de depressão e mania, tem um impacto profundo na qualidade de vida e no funcionamento geral dos indivíduos. Cerca de 2% das pessoas em todo o mundo sofrem de doença bipolar (Seshadhri et al., 2024).

Esta patologia produz alterações abruptas no humor, na energia, no nível de atividade, na concentração e na capacidade de realizar as tarefas do dia a dia (Mekap & Kiran, 2024). As perturbações bipolares, como consta no DSM-5-TR, da *American Psychiatric Association* (APA, 2022), são um conjunto de condições psiquiátricas caracterizadas por alterações extremas de humor, que variam entre episódios de euforia (mania ou hipomania) e de depressão. Existem várias formas de perturbações bipolares, e as mais comuns incluem: Perturbação Bipolar I; Perturbação Bipolar II; Perturbação Ciclotímica (ou Ciclotimia); Perturbação Bipolar Induzida por Substâncias; Perturbação Bipolar Associada a Condição Médica; Perturbação Bipolar com Outra Especificação; Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação (SOE), o que será alvo de descrição mais pormenorizada na fundamentação teórica do presente trabalho.

Nos adultos com perturbação bipolar, entre 50% e 66% afirmam que a doença começou antes dos 18 anos, enquanto 15% a 28% afirmam que começou antes dos 13

anos (Mekap & Kiran, 2024). As perturbações bipolares I e II afetam aproximadamente 2% das pessoas com menos de 18 anos de idade, mas esta prevalência pode variar entre diferentes culturas. A perturbação bipolar I envolve episódios recorrentes de mania e depressão grave, enquanto a perturbação bipolar II é caracterizada por episódios de hipomania e depressão mais ligeiros. Ambas as condições afetam significativamente o funcionamento emocional, cognitivo e social das pessoas afetadas, necessitando de atenção e apoio clínicos adequados (Skvortsova et al., 2024).

Os primeiros sinais de perturbação bipolar, conhecidos como formas subliminares ou de “alto risco” da perturbação, afetam cerca de 3%-9% dos jovens referenciados clinicamente e podem ser identificados até 10 anos antes do início da perturbação bipolar completa. Os jovens com sintomas de humor subliminares passam frequentemente a desenvolver perturbação bipolar I (BD-I) ou perturbação bipolar II (BD-II) no final da adolescência ou no início da idade adulta (Mekap & Kiran, 2024; Seshadhri et al., 2024).

A natureza recorrente da perturbação bipolar leva a elevadas taxas de comorbilidade e a uma significativa carga económica devido aos custos com a saúde e à perda de produtividade (Sinha et al., 2023). Embora o foco seja frequentemente nos extremos da mania e da depressão, é essencial reconhecer a complexidade da perturbação bipolar, incluindo episódios mistos e o potencial de diagnóstico incorreto, o que pode complicar as estratégias de tratamento. Detetar e tratar estes problemas precocemente é crucial para melhorar os resultados a longo prazo e o bem-estar das pessoas afetadas (Bosić et al., 2024).

Os enfermeiros de saúde mental devem dar prioridade à intervenção precoce e ao apoio abrangente para oferecer a estas pessoas um futuro mais otimista e gratificante. As intervenções psicossociais são benéficas para as ajudar a desenvolverem capacidades de lidar com o stresse, a estabelecerem redes sociais de apoio e a alcançarem a independência (Mekap & Kiran, 2024). As intervenções baseadas em evidências utilizam uma abordagem centrada na pessoa, enfatizando os pontos fortes individuais para promover o crescimento pessoal e resultados positivos. Em última análise, estas intervenções contribuem significativamente para o bem-estar geral das pessoas com perturbação bipolar (Sun et al., 2024).

Em síntese, a Perturbação Bipolar tipo I, segundo o DSM-5, integra-se no grupo das perturbações bipolares e relacionadas, distinguindo-se das antigas classificações dos transtornos do humor do DSM-5-TR (APA, 2022). O diagnóstico requer a presença de pelo menos um episódio maníaco, podendo este ser precedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos major, embora estes não sejam obrigatórios para o

diagnóstico. O episódio maníaco constitui o elemento central desta perturbação e caracteriza-se por um período de humor elevado, expansivo ou irritável, associado a aumento de energia ou atividade. Este episódio deve provocar prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional, ou justificar hospitalização. Importa ainda excluir outras perturbações psicóticas, como a esquizoafetiva ou a esquizofrenia, para confirmação diagnóstica. O DSM-5-TR (APA, 2022) introduz uma abordagem mais flexível, abandonando a categorização rígida por tipos de episódio (como no DSM-IV), passando a valorizar especificadores clínicos que permitem uma caracterização mais detalhada da doença. Entre estes incluem-se características como sofrimento ansioso, características mistas, ciclagem rápida, características melancólicas ou atípicas, presença de sintomas psicóticos, catatonia, padrão sazonal e início no período periparto. Esta reformulação permite uma avaliação mais individualizada da pessoa com Perturbação Bipolar tipo I, favorece uma abordagem clínica centrada na evolução do quadro e nas suas manifestações específicas, o que tem implicações diretas na definição de estratégias terapêuticas mais ajustadas e eficazes (DSM-5-TR, APA, 2022).

As bases biológicas (ou seja, o “bio” da abordagem biopsicossocial) do BD-I ganham destaque quando se aborda a sua etiologia e tratamento. No entanto, trata-se de uma condição difícil de gerir apenas com medicação, sendo que muitas vezes esta é insuficiente, dado que os sintomas da perturbação apresentam características distintas conforme o tipo de episódio (Özdel et al., 2021). Quando se considera em conjunto a prevalência da doença e a ineficácia dos tratamentos farmacológicos, torna-se inegável a importância das intervenções psicossociais no tratamento do BD-I. Além disso, a não adesão ao tratamento é outro problema que deve ser abordado do ponto de vista psicossocial (Özdel et al., 2021).

### **5.1.2 Intervenção Psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental**

A Intervenção Psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ocupa um lugar único entre as intervenções psicossociais, destacando-se por características como o seu carácter empírico e flexível, sendo recomendada como intervenção adjuvante baseada em evidências em todas as fases do transtorno, exceto na fase de mania aguda (Parker et al., 2025).

A intervenção psicoterapêutica baseada na TCC é um tipo de intervenção estruturada e orientada por objetivos. Na área da saúde mental é utilizada para tratar ou gerir condições de saúde mental e perturbações emocionais. Baseia-se em vários princípios fundamentais, nomeadamente:

- \_ As questões psicológicas resultam, em parte, de padrões de pensamento problemáticos ou pouco úteis;
- \_ Estas questões também se baseiam em comportamentos aprendidos que não são benéficos;
- \_ Podem ainda estar ligadas a crenças centrais disfuncionais, incluindo ideias negativas sobre si próprio e sobre o mundo;
- \_ As pessoas que enfrentam dificuldades psicológicas podem aprender formas mais saudáveis de lidar com esses desafios, o que pode aliviar os sintomas e melhorar a saúde mental e emocional.

Durante a Intervenção Psicoterapêutica, pode ajudar-se a pessoa a analisar de perto os pensamentos e emoções, no caso da pessoa com BD-I; ajuda a pessoa a compreender melhor de que modo os seus pensamentos influenciam as suas ações. Através desta intervenção psicoterapêutica, é possível desaprender padrões negativos de pensamento e comportamento e substituí-los por formas de pensar e agir mais saudáveis. A Intervenção psicoterapêutica decorre normalmente ao longo de um número limitado de sessões. Ao utilizar-se um formato de perguntas e respostas, pode ajudar-se a pessoa a adquirir uma nova perspetiva. Como resultado, aprende a lidar melhor com o stresse, as situações difíceis, episódios maníacos com sintomas psicóticos, comportamento desorganizado, irritabilidade e leva a um aumento da adesão terapêutica (Tan et al., 2022; Parker et al., 2025).

Os principais objetivos da Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC são identificar e modificar pensamentos, crenças e comportamentos disfuncionais que contribuem para o agravamento dos sintomas (Novick & Swartz, 2019). A Intervenção Psicoterapêutica aplicada ao BD-I assenta na premissa de que os pensamentos, emoções e comportamentos estão interligados, e que as alterações de humor e dos processos cognitivos durante episódios afetivos influenciam o comportamento, formando um ciclo vicioso que agrava o impacto da perturbação. A modificação de pensamentos automáticos e a eliminação de distorções cognitivas interrompem este ciclo problemático. A Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC inclui componentes como psicoeducação, registos de pensamentos, diários de humor e planificações de atividades. O profissional de saúde, no vaso o enfermeiro, ajuda a pessoa a associar estados de humor aos pensamentos, reconhecer e monitorizar sintomas e pródromos, desenvolver estratégias comportamentais, aprender técnicas básicas da Intervenção Psicoterapêutica, melhorar os hábitos de sono e rotina diária, aumentar a adesão à medicação e resolver problemas psicossociais (Novick & Swartz, 2019). Pode ser aplicada individualmente ou em grupo (TCC-G) e tem sido adaptada para incluir outras abordagens, como a Intervenção psicoterapêutica baseada na

Terapia Cognitiva Baseada na Atenção Plena (MBCT), ou para abordar comorbidades, como a Intervenção de Grupo Integrada (IGT) para o uso de substâncias em pessoas com BD-I (Novick & Swartz, 2019).

Uma meta-análise demonstrou o efeito da Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC na redução de recaídas e na melhoria dos sintomas de depressão, mania e funcionamento no BD-I (Chiang et al., 2017), sendo ainda considerada custo-eficaz quando comparada com o tratamento habitual. Um ensaio clínico randomizado (RCT) recente mostrou que a intervenção psicoterapêutica melhorou significativamente os resultados em casos de BD-I de início recente (Saraf et al., 2021).

Os ensaios de eficácia de medicamentos e/ou intervenções psicológicas para transtornos bipolares tendem a recrutar amostras homogêneas de pessoas em estado eufórico, que geralmente demonstram elevados níveis de adesão aos tratamentos propostos (Scott et al., 2022). Face a esta realidade, os mesmos autores realizaram uma análise secundária de um RCT de grande escala e multicêntrico, com enfoque no efeito pragmática da intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC associada ao tratamento habitual (TAU), comparado com TAU isoladamente. O estudo explorou os resultados em pessoas que foram: (i) recrutadas durante episódios depressivos; ou (ii) estavam a receber doses subótimas ou nenhum estabilizador de humor (EM). Foram extraídos dados de duas subamostras (de um total de 253 participantes do RCT). A Amostra 1 incluiu 67 pessoas em episódio depressivo (TCC: 34; TAU: 33); a Amostra 2 incluiu 39 pessoas a receber tratamento subótimo com BD-I (TCC: 19; TAU: 20). Foram utilizadas análises de sobrevivência (ajustadas para variáveis de confusão) para explorar a recuperação na Amostra 1 e a recaída na Amostra 2. Na Amostra 1 (pessoas com depressão), o modelo de regressão de riscos proporcionais de Cox revelou que o tempo mediano até à recuperação foi significativamente mais curto no grupo que realizou a intervenção psicoterapêutica baseada na TCC (10 semanas; IC 95%: 8-17) comparado com o grupo TAU (17 semanas; IC 95%: 9-30) [Razão de Risco Ajustada 1,89; IC 95%: 1,04-3,4;  $p < 0,035$ ]. Na Amostra 2 (tratamento subótimo com EM), o tempo mediano até qualquer recaída foi significativamente mais longo no grupo da Intervenção psicoterapêutica baseada na TCC (~35 semanas) comparado com o grupo TAU (~20 semanas); Razão de Risco Ajustada de 2,01; IC 95%: 1,01-3,96;  $p < 0,05$ . A diferença no tempo de sobrevivência até à primeira recaída depressiva também atingiu significância estatística ( $X^2=14,23$ ;  $df = 6$ ;  $p=0,027$ ). A utilização adjuvante da Intervenção Psicoterapêutica parece trazer benefícios para pessoas com BD-I, representativos daquelas atendidas na prática clínica rotineira, mas frequentemente excluídos dos ensaios de eficácia. Assim sendo o objetivo desta *Scoping Reviews* (ScR) estudo consiste em mapear a evidência científica existente sobre o efeito da Intervenção

Psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pessoas adultas com Perturbação Bipolar tipo I, identificar os seus efeitos ao nível da adesão terapêutica, regulação emocional, prevenção de recaídas e melhoria do funcionamento psicossocial

### Questão de revisão

A definição da questão de revisão é uma etapa fundamental, que orienta o processo de seleção dos estudos, extração de dados, mapeamento das evidências e interpretação dos seus resultados (Apóstolo, 2017). A construção e formulação dessa questão seguiram um formato estruturado, com base na estratégia População (P), Conceito (C) e Contexto (C) (Apóstolo, 2017) (Quadro 1).

**Quadro 1. Matriz PCC**

Mnemónica	
P (Participantes)	Pessoas adultas ( $\geq 18$ anos) com diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo I
C (Conceito)	Resultados da intervenção psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental
C (Contexto)	Contextos de cuidados de saúde mental (internamento, ambulatório, comunitário)

Tendo por base a estratégia PCC supramencionada, formulou-se a questão de revisão seguinte:

*Quais os resultados associados à aplicação de intervenções psicoterapêuticas baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de pessoas adultas com Perturbação Bipolar tipo I?*

Mediante o exposto, esta ScR teve como objetivo principal:

Mapear a evidência científica existente sobre os resultados associados à aplicação de intervenções psicoterapêuticas baseadas em TCC nas pessoas adultas com Perturbação Bipolar tipo I, identificar os seus efeitos ao nível da adesão terapêutica, regulação emocional, prevenção de recaídas e melhoria do funcionamento psicossocial.

### Metodologia

A presente ScR teve por base as diretrizes preconizadas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), destacando a relevância do rigor metodológico na condução da mesma (Peters et al.,

2020) e foi suportada pelo modelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)* (Page et al., 2021).

### Tipo de estudo

A ScR é reconhecida como uma modalidade de revisão sistemática da literatura, sendo atualmente uma ferramenta essencial para o desenvolvimento da enfermagem baseada na evidência (Amendoeira, 2022). O cenário da saúde e os cuidados associados têm-se tornado cada vez mais complexos, o que reforça a necessidade de abordagens metodológicas diferenciadas, além das revisões tradicionais (Pollock et al., 2024). Nesse contexto, a ScR surgiu como uma forma de revisão que permite uma avaliação inicial da revisão e da profundidade da literatura existente, ao reconhecer a natureza e a abrangência das evidências disponíveis (Pollock et al., 2024). Este tipo de revisão oferece uma perspectiva ampla sobre um tema, área, conceito ou questão específica, integra dados de diferentes metodologias (Munn et al., 2022). O planejamento prévio de uma ScR é a base para a condução de um processo transparente, evitando ao máximo a possibilidade de viés (Peters et al., 2020). Como tal, o protocolo, previamente estabelecido, possibilitou responder à questão de revisão e alcançar os objetivos. Para a sua concretização, foi feito um mapeamento e síntese da evidência existente sobre a temática em estudo, enunciando os principais conceitos, tipos de estudos/fontes e gaps.

### Critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade estabelecem quais os estudos, os artigos e os participantes adequados ou não para a inclusão na pesquisa, assegurando uma seleção que seja coerente, imparcial e compatível com os objetivos definidos previamente. É fundamental que haja uma definição precisa e objetiva dos critérios de inclusão, fundamentados nos conceitos-chave relevantes para a revisão (Munn et al., 2022). Neste pressuposto, definiram-se os critérios de inclusão e exclusão (Quadro 2), baseados na dimensão da questão de revisão, tendo em conta a matriz PCC.

**Quadro 2. Critérios de elegibilidade**

	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
<b>P</b> (População)	Adultos (idade $\geq 18$ anos) com diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo I	Crianças e adolescentes; adultos com outras perturbações sem distinção clara (ex.: Perturbação Bipolar tipo II)
<b>C</b> (Conceito)	Intervenções psicoterapêuticas baseadas em Terapia Cognitivo-Comportamental e seu efeito (recaídas, adesão, sintomas, funcionamento)	Intervenções exclusivamente farmacológicas ou outras intervenções não relacionadas com a Intervenção psicoterapêutica baseada na TCC; estudos que não avaliem eficácia
<b>C</b> (Contexto)	Contextos de cuidados de saúde mental (internamento, ambulatório e comunitário)	Contextos não relacionados com a prestação de cuidados em saúde mental

### Tipos de fontes de evidência

A seleção das fontes de informação deve abranger toda a literatura relevante para a questão de pesquisa, com a definição prévia dos tipos de estudos a serem incluídos, para garantir a coerência metodológica e a transparência na revisão (Pollock et al., 2024). Os revisores podem aplicar critérios específicos para limitar ou expandir a ScR, direcionando a pesquisa para os estudos que melhor atendem aos objetivos. A aplicação de limites na tipologia das fontes contribui para uma seleção mais precisa da evidência, evitando a inclusão de literatura irrelevante (Munn et al., 2022; Pollock et al., 2024). Esta ScR incluiu estudos primários de diferentes tipos, como quantitativos, qualitativos e de métodos mistos. A literatura cinzenta, teses e dissertações, também foi considerada. Optou-se por excluir resumos de conferências e apresentações orais. A avaliação da qualidade metodológica não foi realizada, porquanto não é obrigatória numa ScR, que visa mapear a evidência científica sem hierarquizar ou classificar criticamente os estudos (Amendoeira, 2022; Munn et al., 2022).

### Estratégia de pesquisa

Para garantir uma identificação rigorosa da literatura relevante, foi desenvolvida uma estratégia de pesquisa trifásica, conforme os princípios metodológicos do JBI (Amendoeira, 2022; Munn et al., 2022). O objetivo foi localizar estudos publicados, com restrições de idiomas (inglês, português e espanhol), mas não temporais, geográficas ou culturais. Foram ainda excluídos os estudos sem acesso gratuito ao texto integral.

A pesquisa inicial, ocorrida a 27 de janeiro de 2026, permitiu desenvolver uma expressão de pesquisa adaptada, com recurso a descritores e qualificadores da *Medical Subject Headings* (MeSH) e à aplicação de operadores booleanos (AND e OR). Para tal, foram identificados os principais conceitos relacionados com a temática em estudo e selecionados os respetivos descritores controlados, bem como sinónimos e termos livres associados, de forma a aumentar a sensibilidade e a abrangência da pesquisa nas diferentes bases de dados. O Quadro 3 apresenta os descritores MeSH utilizados e os respetivos sinónimos ou termos livres considerados para cada conceito de pesquisa.

**Quadro 3. Descritores MeSH utilizados e os seus sinónimos/termos livres**

Conceito de pesquisa	Descritor MeSH	Sinónimos/termos livres
Perturbação bipolar	Bipolar Disorder	bipolar disorder; bipolar disorder type 1; bipolar disorder type 2; bipolar mood disorder; bipolar mood disorders; bipolar depression; depression bipolar; manic depression; manic disorder; manic depressive psychosis; type 1 bipolar disorder;

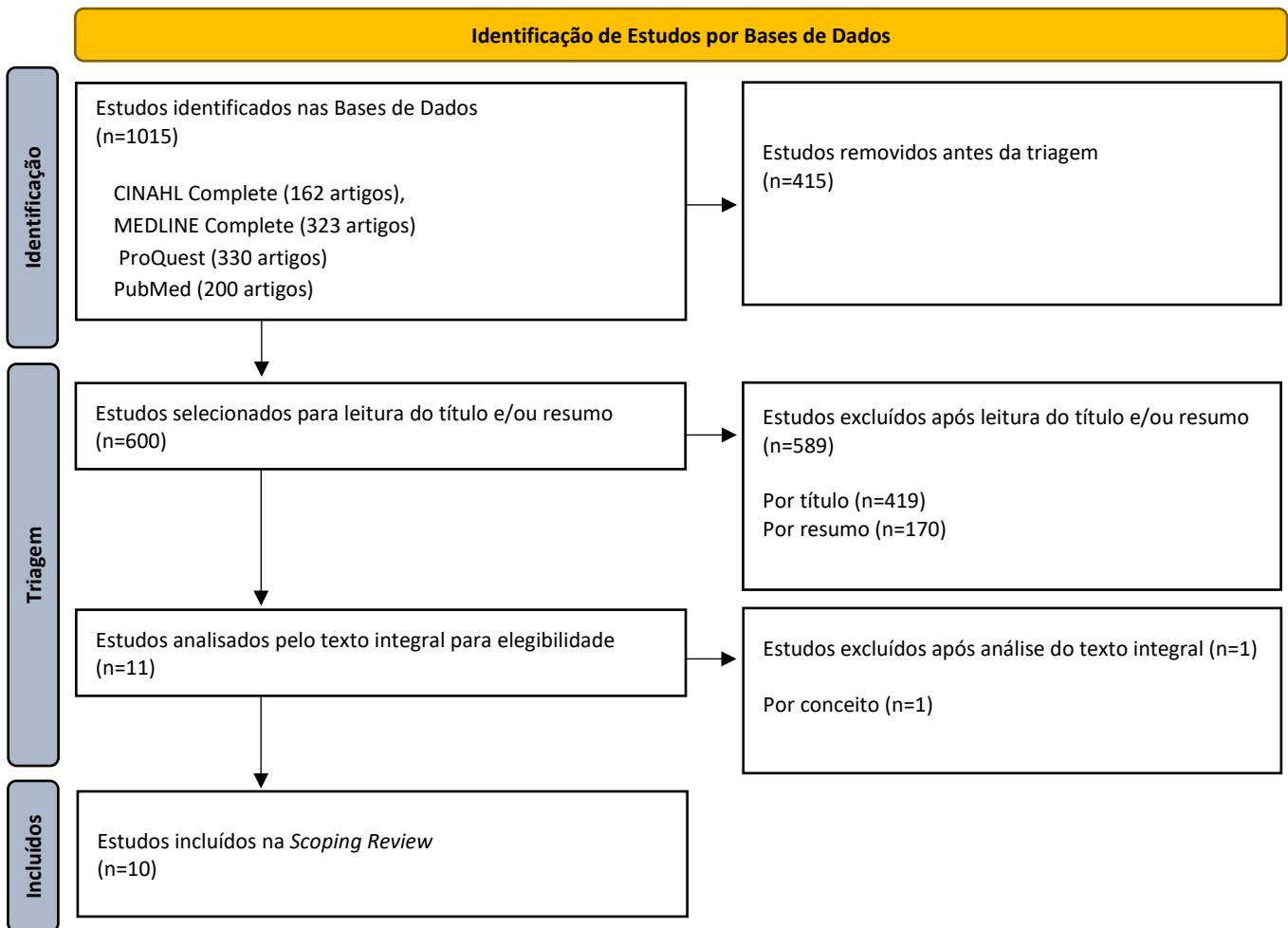
		type 2 bipolar disorder
<b>Terapia Cognitivo-Comportamental</b>	Cognitive Behavioral Therapy	cognitive behavioral therapy; cognitive behavioural therapy; cognitive behavior therapy; cognitive behaviour therapy; cognitive therapy; cognitive therapies; cognitive psychotherapy; cognitive psychotherapies; behaviour therapy cognitive; psychotherapy cognitive
<b>População adulta</b>	Adult	adults; adult population; pessoas adultas; população adulta
<b>Contexto de saúde mental</b>	Mental Health Services	mental health; psychiatric care; mental healthcare; psychiatric services; saúde mental; cuidados psiquiátricos

Numa segunda fase, também em 27 de janeiro de 2026, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados selecionadas, recorrendo aos termos de indexação identificados. No total, foram recuperados 1015 artigos, distribuídos pelas seguintes bases de dados: CINAHL Complete (162 artigos), MEDLINE Complete (323 artigos), ProQuest (330 artigos), PubMed (200 artigos). As estratégias de pesquisa realizada nas referidas bases de dados encontram-se em anexo.

### **Seleção de Estudos**

Após a pesquisa nas bases de dados, previamente descrita, um total de 1015 artigos foram obtidos e exportados para o *software* de gestão de seleção *Rayyan*, que permite, antes da triagem, eliminar os artigos duplicados. Os resultados obtidos durante o processo de seleção de estudos encontram-se definidos e esquematizados na figura 1.

A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores independentes. Numa primeira fase, os revisores procederam à leitura e triagem dos estudos com base no título e resumo, aplicando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e de acordo com as fontes selecionadas. Foi realizada a leitura integral dos artigos considerados potencialmente elegíveis, com o objetivo de confirmar a sua inclusão na revisão. Numa fase subsequente, procedeu-se à identificação de estudos adicionais relevantes através da análise das referências bibliográficas dos artigos incluídos. Estes estudos foram igualmente avaliados pelos dois revisores independentes, seguindo o mesmo processo de leitura por título e resumo e posterior análise do texto integral. Em todas as etapas do processo de triagem e seleção, não se verificaram divergências significativas entre os revisores, tendo as eventuais discordâncias sido resolvidas por consenso, sem necessidade de recorrer a um terceiro revisor.



**Figura 1. Diagrama PRISMA-ScR**

Fonte: Page et al. (2021).

## Resultados

Foram identificados 1015 estudos através das bases de dados, nomeadamente CINAHL Complete (162 artigos), MEDLINE Complete (323 artigos), ProQuest (330 artigos) e PubMed (200 artigos). Antes da fase de triagem, foram removidos 415 estudos. Assim, 600 estudos foram selecionados para leitura do título e/ou resumo. Após esta etapa, foram excluídos 589 estudos, dos quais 419 por análise do título e 170 por análise do resumo. Posteriormente, 11 estudos foram analisados em texto integral para avaliação da elegibilidade. Destes, 1 estudo foi excluído por não cumprir os critérios conceituais definidos. Por fim, foram incluídos 10 estudos na *scoping review* (Quadro 4).

A análise dos estudos incluídos revela que a evidência sobre o efeito da Intervenção psicoterapêutica baseada na TCC na perturbação bipolar tem vindo a desenvolver-se ao longo do tempo, com publicações que se estendem desde 2003 até 2023, abrangendo diferentes contextos geográficos, nomeadamente o Reino Unido, Austrália, Canadá, Estados Unidos, Países Baixos, Espanha e Taiwan.

Os primeiros estudos empíricos relevantes datam do início dos anos 2000, com destaque para o RTC de Lam et al. (2003), realizado no Reino Unido, que demonstrou que a Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC, aplicada em aproximadamente 16 sessões individuais, foi eficaz na redução das recaídas e na melhoria do funcionamento psicossocial em pessoas com perturbação bipolar, incluindo casos de perturbação bipolar tipo I. O estudo de seguimento de Lam et al. (2005), também no Reino Unido, evidenciou que, embora os benefícios iniciais se mantivessem parcialmente, a sua magnitude tendia a diminuir ao longo do tempo, o que sugere a necessidade de intervenções de manutenção.

Na Austrália, Ball et al. (2006) desenvolveram outro RTC, com cerca de 20 sessões, cujos resultados foram mais heterogéneos, não tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas globais, ainda que alguns subgrupos tenham apresentado melhorias, incluindo indivíduos com perturbação bipolar tipo I. Mais tarde, no Canadá, Parikh et al. (2012) compararam a Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC com a psicoeducação, utilizando programas com cerca de 12 a 20 sessões, concluindo que ambas as intervenções são eficazes em indivíduos com perturbação bipolar, incluindo o tipo I, sem evidência clara de superioridade da Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC.

Ao longo da década seguinte, a investigação passou a incluir revisões sistemáticas e meta-análises que permitiram uma visão mais abrangente da evidência disponível. A revisão de Miklowitz (2008), nos Estados Unidos, já apontava para a utilidade da Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC como intervenção adjuvante à farmacoterapia em indivíduos com perturbação bipolar tipo I e tipo II, sobretudo na melhoria da adesão terapêutica e na redução de recaídas. Esta perspetiva foi reforçada por estudos posteriores, como a revisão sistemática e meta-análise de Oud et al. (2016), nos Países Baixos, que evidenciou benefícios das intervenções psicológicas, incluindo as Intervenções Psicoterapêuticas baseadas na TCC, apesar de salientar a qualidade moderada a baixa da evidência.

Mais recentemente, a meta-análise de Chiang et al. (2017), envolvendo estudos internacionais, confirmou que as Intervenções Psicoterapêuticas baseadas na TCC, geralmente aplicada entre 8 e 30 sessões, contribui para a redução de recaídas e sintomas depressivos, especialmente quando associada ao tratamento farmacológico, com benefícios

também observados em indivíduos com perturbação bipolar tipo I. Paralelamente, as *guidelines* de Yatham et al. (2018), no Canadá, reforçam que as Intervenções Psicoterapêuticas baseadas na TCC deve ser considerada uma intervenção adjuvante, não substituindo a farmacoterapia, particularmente em casos de perturbação bipolar tipo I.

Revisões mais recentes, como a de Miklowitz et al. (2021) e Valdivieso-Jiménez et al. (2023), continuam a sustentar o efeito das Intervenções Psicoterapêuticas baseadas na TCC enquanto complemento terapêutico em indivíduos com perturbação bipolar, incluindo o tipo I, destacando, todavia, a elevada heterogeneidade dos estudos, designadamente no número de sessões (variando aproximadamente entre 8 e 30), nos formatos de intervenção e nas características das amostras.

Assim, a evidência disponível sugere que as Intervenções Psicoterapêuticas baseadas na TCC são intervenções uteis como complemento à terapêutica farmacológica em indivíduos com perturbação bipolar tipo I, contribuindo para a redução de recaídas e melhoria do funcionamento psicossocial. No entanto, a variabilidade metodológica e a escassez de estudos exclusivamente focados na perturbação bipolar tipo I constituem limitações relevantes a considerar.

## **Discussão**

A evidência disponível apoia a utilidade das Intervenções Psicoterapêuticas baseadas na TCC como intervenções adjuvante no tratamento da perturbação bipolar tipo I, embora os efeitos observados sejam mais consistentes em alguns domínios clínicos do que noutros. Globalmente, os estudos apontam sobretudo para benefícios na redução de recaídas, na diminuição da sintomatologia depressiva, na melhoria do funcionamento psicossocial e no aumento da adesão terapêutica, mas com resultados menos uniformes quando se analisam outros desfechos. Estes resultados são consistentes com a literatura que realça esta Intervenção Psicoterapêutica como uma intervenção estruturada e baseada na evidência, recomendada como complemento à farmacoterapia (Miklowitz, 2008; Yatham et al., 2018; Miklowitz et al., 2021).

Quadro 4- Quadro de extração de dados

Nº	Autor/Ano	País	Objetivo	Metodologia	Sessões da Intervenção	Resultados
1	Chiang et al., 2017	Taiwan /EUA	Avaliar o efeito da Intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC	Meta-análise de RCTs	Variável (≈ 8-30 sessões)	Melhoria da adesão terapêutica, funcionamento e redução de recaídas
2	Lam et al., 2003	Reino Unido	Prevenção de recaídas	RCT	~16 sessões individuais	Confirmação efeito como complemento; melhores resultados quando combinada com farmacoterapia
3	Lam et al., 2005	Reino Unido	Follow-up (2 anos)	Seguimento de RCT	Mantém estrutura inicial (~16 sessões)	Benefícios com elevada heterogeneidade; impacto limitado nos sintomas agudos
4	Ball et al., 2006	Austrália	Avaliar sintomas e recaídas	RCT	~20 sessões individuais	Esta Intervenção Psicoterapêutica recomendada como adjuvante; foco na prevenção de recaídas e adesão terapêutica
5	Parikh et al., 2012	Canadá	Comparar a Intervenção Psicoterapêutica vs psicoeducação	RCT	~12–20 sessões (grupo/individual)	Redução do tempo de recuperação em episódios depressivos; aumento do tempo até recaída
6	Oud et al., 2016	Países Baixos	Avaliar intervenções psicológicas	Revisão sistemática	Variável (≈ 6-25 sessões)	Reforça necessidade de intervenções psicossociais devido à não adesão terapêutica
7	Miklowitz, 2008	EUA	Rever intervenções psicoterapêuticas adjuvante	Revisão narrativa	Variável (≈ 12-30 sessões)	Resultados inconclusivos; limitações metodológicas e amostras reduzidas
8	Miklowitz et al., 2021	EUA	Atualização da evidência	Revisão/meta-análise	Variável (≈ 10-30 sessões)	Esta Intervenção Psicoterapêutica melhora reconhecimento precoce de sintomas, coping e regulação emocional
9	Valdivieso-Jiménez et al., 2023	Espanha	Revisão do efeito da intervenção Psicoterapêutica baseada na TCC	Revisão sistemática	Variável (≈ 8-30 sessões)	Melhoria da adesão terapêutica, funcionamento e redução de recaídas
10	Yatham et al., 2018	Canadá	Guidelines clínicas	Guidelines	Não aplicável	Confirmação efeito como complemento; melhores resultados quando combinada com farmacoterapia

Como tratamento adjuvante, as intervenções psicoterapêuticas ajudam as pessoas com perturbação bipolar a melhorar a adesão ao tratamento, o *insight* e as competências de *coping* face a eventos de vida problemáticos, com demonstração de uma melhor resposta aos fármacos psicotrópicos. Entre as intervenções psicossociais que podem funcionar como complemento às medidas farmacológicas, a intervenção psicoterapêutica baseada na TCC constitui uma opção terapêutica promissora. No entanto, apresenta resultados inconclusivos, devido à ausência de amostras de grande dimensão e à heterogeneidade dos estudos (Ye et al., 2016). De acordo com Valdivieso-Jiménez (2021), os RCT publicados na última década têm evidenciado os potenciais benefícios da intervenção psicoterapêutica como complemento aos estabilizadores do humor na prevenção de recaídas, na redução dos sintomas e na melhoria da adesão ao regime terapêutico. Algumas meta-análises avaliaram recentemente o efeito da intervenção psicoterapêutica baseada na TCC na perturbação bipolar, mostrando que esta apresenta um impacto reduzido nos sintomas clínicos, embora a evidência disponível permaneça limitada (Valdivieso-Jiménez, 2021).

Os estudos experimentais anteriores sustentam esta tendência, mas evidenciam igualmente limitações. Lam et al. (2003) demonstraram que a intervenção psicoterapêutica baseada na TCC, associada ao tratamento farmacológico, reduziu recaídas e melhorou o funcionamento psicossocial em pessoas com perturbação bipolar, incluindo o tipo I. No entanto, o estudo de seguimento de Lam et al. (2005) revelou que estes benefícios tendem a diminuir ao longo do tempo, o que indica a necessidade de estratégias de manutenção. Estes resultados indicam que a intervenção psicoterapêutica baseada na TCC pode ter maior impacto na fase inicial de prevenção da recaída do que na manutenção a longo prazo.

Resultados mais heterogêneos foram observados em estudos posteriores. Ball et al. (2006) não encontraram diferenças estatisticamente significativas globais entre grupos, ainda que com melhorias em alguns subgrupos, enquanto Parikh et al. (2012) demonstraram que tanto a intervenção psicoterapêutica como a psicoeducação são eficazes, sem evidência clara de superioridade da intervenção psicoterapêutica baseada na TCC. Estes resultados sugerem que os benefícios observados podem estar relacionados com componentes comuns às intervenções psicossociais, nomeadamente, a psicoeducação, a monitorização de sintomas e a promoção da adesão terapêutica. As revisões e meta-análises reforçam esta interpretação. Miklowitz (2008) destacou a importância da intervenção psicoterapêutica baseada na TCC como intervenção adjuvante, particularmente na melhoria da adesão e prevenção de recaídas, enquanto Oud et al. (2016) confirmaram benefícios das intervenções psicológicas, ainda que com qualidade de evidência moderada a baixa. De forma análoga, Miklowitz et al. (2021) reforçam que as intervenções

psicossociais estruturadas contribuem para melhores resultados quando combinadas com a farmacoterapia.

A meta-análise de Chiang et al. (2017) fornece uma síntese robusta da evidência, demonstrando que a intervenção psicoterapêutica baseada na TCC está associada à redução de recaídas e sintomas depressivos, bem como à melhoria do funcionamento psicossocial, com efeitos particularmente relevantes em pessoas com perturbação bipolar tipo I. No entanto, os autores salientam a heterogeneidade dos estudos incluídos, nomeadamente ao nível do número de sessões, formatos de intervenção e características das amostras. Esta heterogeneidade é igualmente destacada por Valdivieso-Jiménez et al. (2023), que reforçam a variabilidade metodológica como uma limitação importante na interpretação dos resultados.

Estudos mais recentes e de natureza mais pragmática sugerem que a intervenção psicoterapêutica baseada na TCC pode ser particularmente útil em contextos clínicos reais. Scott et al. (2022) demonstraram que a intervenção psicoterapêutica associada ao tratamento habitual pode reduzir o tempo até à recuperação em episódios depressivos e prolongar o tempo até à recaída em indivíduos com tratamento farmacológico subótimo. Estes resultados vão ao encontro da perspetiva de Özdel et al. (2021), que destacam a complexidade do tratamento da perturbação bipolar tipo I e a necessidade de intervenções psicossociais para complementar a farmacoterapia, especialmente face à problemática da não adesão terapêutica.

Do ponto de vista teórico e clínico, os resultados também são coerentes com os princípios da intervenção psicoterapêutica baseada na TCC. Segundo Novick e Swartz (2019), esta intervenção atua na modificação de pensamentos disfuncionais, regulação emocional e alteração de comportamentos desadaptativos, sendo preditora da promoção de competências como o reconhecimento precoce de sintomas, a gestão de pródromos, a estabilização de rotinas e a melhoria da adesão terapêutica. Estas características ajudam a explicar de que modo os efeitos mais consistentes são observados na prevenção de recaídas e no funcionamento psicossocial, mais do que no tratamento de episódios agudos, particularmente maníacos.

Pelo exposto, as evidências analisadas sugerem que a intervenção psicoterapêutica baseada na TCC é uma intervenção eficaz como complemento à terapêutica farmacológica em pessoas com perturbação bipolar tipo I, cujos efeitos se traduzem na redução de recaídas, especialmente depressivas, e ao nível da melhoria do funcionamento psicossocial e da adesão ao regime terapêutico. Porém, este efeito deve ser interpretado com precaução, tendo em conta a heterogeneidade dos estudos, a variabilidade dos protocolos e

a escassez de investigação focada exclusivamente na perturbação bipolar tipo I, o que constitui uma limitação relevante na literatura atual.

### **Conclusão**

A evidência analisada sugere que a intervenção psicoterapêutica baseada na TCC constitui uma intervenção eficaz como complemento à terapêutica farmacológica na perturbação bipolar tipo I, contribuindo para a redução de recaídas, melhoria da sintomatologia depressiva, aumento da adesão terapêutica e otimização do funcionamento psicossocial. Porém, reitera-se que os resultados ainda são muito heterogêneos e, em alguns casos, inconclusivos, devido à variabilidade metodológica dos estudos e à escassez de investigações com foco exclusivo na perturbação no bipolar tipo I.

Neste contexto, a intervenção psicoterapêutica baseada na TCC evidencia-se particularmente como uma abordagem estruturada que potencia a literacia em saúde, o *insight* e o desenvolvimento de estratégias de *coping*, fatores fundamentais ao nível da gestão de uma patologia crónica e recorrente como a perturbação bipolar. Importa ainda destacar que o estudo de caso desenvolvido no âmbito deste trabalho reforçou estes resultados, pois evidenciou ganhos ao nível da adesão ao regime terapêutico, reconhecimento precoce de sinais de descompensação e melhoria na gestão emocional e comportamental da utente.

### **Implicações para a prática clínica**

Os resultados obtidos reforçam a relevância da intervenção do EEESMP na implementação de abordagens psicoterapêuticas, nomeadamente da intervenção psicoterapêutica baseada na TCC, enquanto complemento essencial ao tratamento farmacológico. Este profissional de saúde assume destaque na psicoeducação, monitorização de sintomas, identificação de pródromos, promoção da adesão terapêutica e desenvolvimento de competências de autorregulação emocional e comportamental.

A utilização de estratégias baseadas na TCC, como registos de pensamento, diários de humor, estruturação de rotinas e treino de *coping*, permite uma intervenção mais individualizada e centrada na pessoa, uma estratégia que promove a autonomia e o *empowerment*. Não obstante, a evidência sugere que estas intervenções são particularmente relevantes na prevenção de recaídas e na melhoria da qualidade de vida, sobretudo em fases de estabilidade clínica.

Assim, a integração da intervenção psicoterapêutica baseada na TCC na prática do EEESMP revela-se fundamental, não só pela seu efeito demonstrada, mas também pela sua aplicabilidade em diferentes contextos clínicos, como o do estudo de caso apresentado neste relatório. Todavia, torna-se necessária mais investigação dirigida especificamente à perturbação bipolar tipo I, de forma a sustentar intervenções mais diferenciadas e baseadas em evidência robusta.

### 5.1.2. Estudos de casos

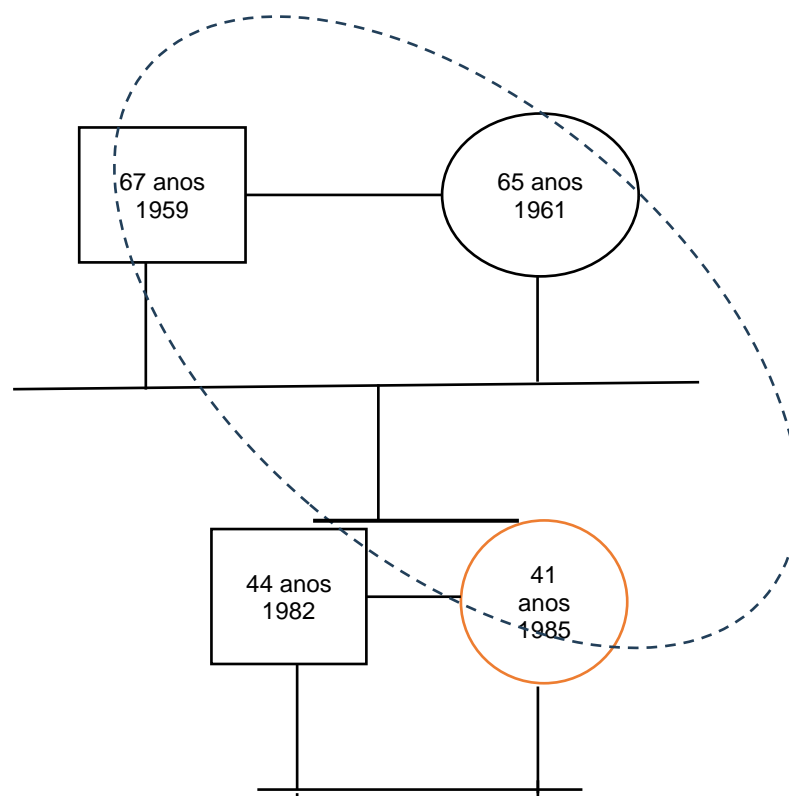
#### Estudo de caso em contexto de UIC

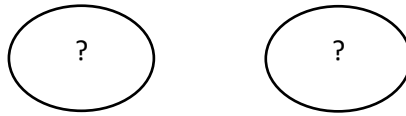
No estágio em UIC realizei um estudo de caso de uma utente do sexo feminino, cuja história clínica apresento seguidamente, organizada de forma a facilitar a análise dos principais elementos relevantes (Tabela 1).

**Tabela 1. História clínica da utente**

Dimensão	Descrição
<b>Identificação</b>	Utente do sexo feminino, 41 anos, casada, natural de Verdemilho. Licenciatura em Farmácia. Sem vínculo laboral estável.
<b>Motivo do internamento</b>	Alterações comportamentais, irritabilidade, gastos excessivos, discurso persecutório e ameaça de homicídio. Sem ideação suicida.
<b>História atual</b>	Internamento de 20 dias. Labilidade emocional e ideias persecutórias. Boa adesão terapêutica. Alta com estabilização.
<b>Antecedentes psiquiátricos</b>	Tentativa de suicídio (2014). Múltiplos episódios maníacos. Diagnóstico PB tipo I. Baixa adesão.
<b>Antecedentes médicos</b>	Sem doenças relevantes. Aumento ponderal associado à medicação.
<b>História social</b>	Mãe de gémeas. Vive com a mãe. Conflitos familiares. Desempregada.
<b>História familiar</b>	Sem antecedentes psiquiátricos. Relações familiares conflituosas.

Legenda: PB – Perturbação Bipolar

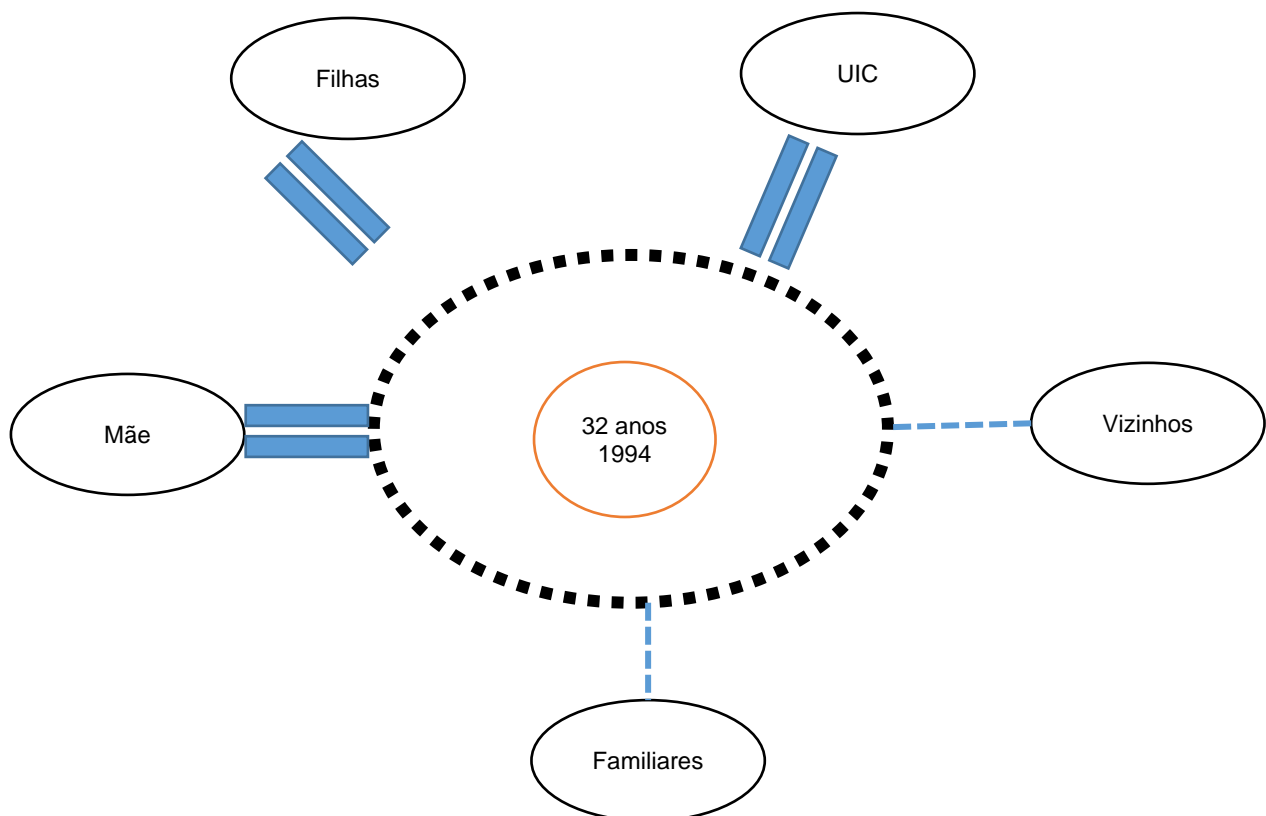




**Figura 2. Genograma**

### Rede de apoio

A utente vive com a mãe com quem mantém uma relação forte e verbalizou relações conflituosas com os restantes membros da família. Mantinha relações fortes com os profissionais da UIC (Figura 3).



**Legenda:**

Fluxo de energia e recursos

Ligação de proximidade

Ligação forte

Ligação conflituosa

**Figura 3. - Ecomapa**

Segue-se a síntese da observação clínica e funcional da utente durante o internamento (Tabela 2).

**Tabela 2. Síntese da observação clínica e funcional da utente durante o internamento**

Dimensão	Descrição
Sinais vitais	TA 118/72; FC 78; FR 18; Temp 36,5; SpO <sub>2</sub> 98%
Nutrição	Apetite regular, aumento de peso
Eliminação	Preservada
Motricidade	Preservada, atitude cooperante
Higiene	Adequada
Sono	Insónia ocasional, estabilizada
Apetite	Preservado, aumenta com ansiedade
Sexualidade	Diminuição após afastamento conjugal

Legenda: TA – Tensão arterial; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência respiratória; Temp – Temperatura; SpO<sub>2</sub> – Saturação periférica de oxigénio.

Apresenta-se de seguida a avaliação do estado mental (Tabela 3).

**Tabela 3. Avaliação do estado mental da utente**

Dimensão	Descrição
Aparência	Cuidada, contacto adequado
Comportamento	Colaborante, por vezes defensiva
Discurso	Fluente, por vezes acelerado
Pensamento	Organizado, ideias persecutórias residuais
Cognição	Orientada, memória preservada
Percepção	Sem alterações
Humor	Eutímico com labilidade
Impulsos	Controlo global preservado
Insight	Parcial

Na tabela 4 consta o plano estruturado de cuidados, segundo as classificações NANDA, NIC e NOC.

**Tabela 4. Plano estruturado de cuidados**

Diagnóstico	Resultados	Intervenções
Processo pensamento perturbado	Clareza cognitiva	Reestruturação cognitiva
Adesão comprometida	Adesão ao tratamento	Psicoeducação
Risco violência	Controlo impulsos	Desescalada
Consumo substâncias	Redução consumo	Entrevista motivacional
Isolamento social	Interação social	Atividades grupais
Conhecimento insuficiente	Literacia saúde	Educação
Ansiedade	Redução ansiedade	Relaxamento
Frustração	Regulação emocional	Treino <i>coping</i>

A avaliação dos resultados baseou-se na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), que permitiu definir objetivos mensuráveis e monitorizar o progresso terapêutico, através da comparação entre os momentos pré e pós-intervenção (cf. Tabela 5).

**Tabela 5. Resultados baseados na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**

Resultado NOC	Antes da Intervenção	Após Intervenção
NOC 1611 Comportamento de Adeso Medicação	- Negava completamente necessidade de medicação; queixava-se de efeitos colaterais sem tolerância; recusava participação em educação; raramente demonstrado	Reconhecia relação entre medicação e melhoria; tolerava efeitos colaterais com compreensão de benefício; participava voluntariamente em discussões; frequentemente

			demonstrado
NOC 1402 - Conhecimento de Tratamento	Regime	- Conhecimento nenhum ou limitado em todos os indicadores	Conhecimento substancial com capacidade de exprimir em palavras próprias
NOC 1405 - Conhecimento da Doença	Processo	- Negação ou minimização de relação entre consumo e descompensação	Reconhecimento claro: "Quando deixo a medicação e consumo cannabis, começo a ficar estranho"
NOC 1309 - Regulação Emocional	Regulação	- Impulsividade marcada; impossibilidade de identificação emocional; agressividade na expressão	Capacidade de nomear emoções; expressão mais contida; utilização de técnicas simples (respiração, pausa antes de resposta)
NOC 1211 - Capacidade de Concentração		- Gravemente prejudicada; impossibilidade de concentração superior a 2-3 minutos	Ligeiramente prejudicada; consegue manter atenção 10-15 minutos em tarefas interessantes; melhoria notória
NOC 1908 - Conhecimento de Riscos	Redução	- Nenhuma identificação de riscos	Identifica múltiplos fatores de risco específicos; descreve estratégias de prevenção personalizadas

O plano de intervenção foi estruturado em várias sessões sequenciais, com o objetivo de promover a compreensão da perturbação, o desenvolvimento de competências de autorregulação e a prevenção de recaídas. Assim, na sessão 0, teve lugar a apresentação, um momento muito importante, pois foi o primeiro contacto com a utente, com foco na criação de uma relação terapêutica de confiança e na elucidação do funcionamento das sessões. Na sessão 1, foi realizada a psicoeducação sobre a Perturbação Bipolar, o que permitiu à utente compreender melhor as características da sua condição, ou seja, promover *insight*, especialmente as oscilações de humor e os seus impactos no seu funcionamento diário. Ainda nesta sessão, foi abordada a gestão do regime medicamentoso, com reforço da importância da adesão à terapêutica e do cumprimento das indicações médicas. O *insight* sobre a doença é fundamental para promover capacidade à pessoa de ter consciência da sua condição, reconhecer os sintomas como indicadores de doença mental e compreender que esses sintomas requerem tratamento (Tohumcu & Çuhadar, 2025). O *insight* em saúde mental e psiquiatria surge sobretudo no contexto da esquizofrenia (David et al., 1992). No entanto, evidências indicam que muitos doentes com outras perturbações, como a perturbação bipolar, também não apresentam *insight* sobre a sua doença (Manarte et al., 2021). Estudos, como o de autoria de Grover et al. (2023), sugerem que pessoas com perturbação bipolar apresentam défices de *insight* na fase aguda e durante a remissão. Como estas pessoas atravessam períodos de exacerbação e remissão, os estudos disponíveis indicam que o *insight* durante a remissão clínica é superior ao observado durante episódios agudos. Assim, o *insight* na Perturbação Bipolar conceptualiza-se como um construto dependente do estado, com variações conforme as diferentes fases da doença. Um *insight* mais reduzido associa-se a maior gravidade da mania e a sintomas depressivos mais severos em estados mistos, o que torna importante fomentar o *insight*. A perturbação bipolar considera-se um fator que influencia o *insight* e as atitudes de *coping*, os

quais afetam a adesão do doente ao tratamento, podendo contribuir positivamente para o prognóstico da doença (Tohumcu & Çuhadar, 2025).

Na sessão 2, trabalhou-se a identificação de pensamentos automáticos e de distorções cognitivas, para promover a tomada de consciência da utente acerca dos padrões de pensamento disfuncionais e o seu impacto nas emoções e comportamentos. Na sessão 3, o foco incidiu no reconhecimento precoce de sinais de recaída, ou seja, capacitar a utente para identificar alterações iniciais no seu estado emocional e comportamental, para que pudesse ter uma intervenção atempada. Na sessão 4, foram abordadas estratégias de gestão do stresse e controlo emocional, com o objetivo de desenvolver competências que favoreçam a estabilidade emocional e a adaptação a situações de maior exigência. A Perturbação Bipolar é uma condição recorrente e episódica, na qual as pessoas enfrentam contínuos níveis elevados de stresse devido à imprevisibilidade dos episódios de humor. A preocupação com recaídas, a perturbação da vida diária e a instabilidade emocional aumentam esse stresse. Estes episódios podem afetar o humor, a cognição e o funcionamento diário. Além disso, criam desafios emocionais e relacionais persistentes, que tornam as pessoas com perturbação bipolar mais sensíveis ao stresse do quotidiano e com maior necessidade de estratégias de *coping* eficazes (Young et al., 2011). As estratégias de *coping* influenciam a forma como as pessoas lidam com o stresse e mantêm o equilíbrio emocional. Estas incluem as estratégias focadas no problema, que visam lidar diretamente com o fator de stresse, e as estratégias focadas na emoção, que procuram regular as respostas emocionais internas (Kumari et al., 2025). A investigação sugere que as pessoas com perturbação bipolar recorrem com maior frequência a estratégias focadas na emoção ou a estilos evitantes, que tendem a ser menos eficazes na redução do sofrimento e na prevenção de recaídas (Kumari et al., 2025). As competências de *coping* também podem influenciar a forma como o stresse contribui para a recorrência dos episódios de humor, sendo esta relação ainda modulada por alterações neurofuncionais e neuroestruturais associadas ao curso recorrente da doença (Kumari et al., 2025; Tohumcu & Çuhadar, 2025).

Por fim, na sessão 5, procedeu-se ao planeamento de vida e à consolidação de estratégias de prevenção de recaídas, incentivando a definição de objetivos pessoais e a aplicação prática das competências adquiridas ao longo do processo terapêutico.

### **Discussão do estudo de caso**

O caso clínico apresentado ilustra a complexidade da Perturbação Bipolar tipo I, caracterizada por episódios recorrentes de desregulação do humor, com impacto significativo no funcionamento global da utente. Tal como descrito na literatura, esta

perturbação associa-se a alterações marcadas no humor, energia, cognição e comportamento, condicionando a qualidade de vida e a integração social (Mekap & Kiran, 2024; Seshadhri et al., 2024).

A história clínica evidencia um padrão de recorrência de episódios maníacos, associado a baixa adesão terapêutica e a fatores psicossociais, como conflitos familiares e instabilidade relacional. Estes fatores são amplamente reconhecidos como determinantes do curso da doença e do risco de recaída, reforçando a necessidade de uma abordagem multidimensional e contínua (Sinha et al., 2023).

Os sintomas apresentados pela utente, nomeadamente irritabilidade, taquipsiquismo, gastos impulsivos e ideação delirante persecutória, enquadram-se nos critérios diagnósticos de episódio maníaco descritos no DSM-5-TR (APA, 2022), inclui ainda o aumento da atividade, diminuição da necessidade de sono e envolvimento em comportamentos de risco. Estes episódios, pela sua gravidade, implicaram internamento, refletindo o impacto funcional significativo da perturbação.

A evidência demonstra que a PB apresenta elevada carga global de doença, com impacto superior a outras patologias graves, sendo essencial a deteção precoce e a intervenção estruturada (Seshadhri et al., 2024). Neste contexto, o papel do EEESMP assume particular relevância, sobretudo na monitorização clínica, na promoção da adesão terapêutica e na implementação de intervenções psicossociais.

A adesão terapêutica constituiu um dos principais desafios neste caso, sendo influenciada por fatores individuais, cognitivos e contextuais. A literatura destaca que a não adesão é frequente na perturbação bipolar e compromete significativamente o prognóstico, aumenta o risco de recaídas e hospitalizações (Özdel et al., 2021). Assim, as intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas revelam-se fundamentais para promover o compromisso do utente com o tratamento. Neste sentido, a intervenção psicoterapêutica baseada na TCC destaca-se como uma intervenção baseada na evidência, com eficácia demonstrada na redução de recaídas, melhoria dos sintomas e aumento da adesão terapêutica (Chiang et al., 2017; Saraf et al., 2021). A sua aplicação neste caso permitiu trabalhar a identificação de pensamentos disfuncionais, a regulação emocional e o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas, interrompendo padrões cognitivos negativos associados à descompensação (Novick & Swartz, 2019). A intervenção psicoterapêutica baseada na TCC assume particular relevância enquanto intervenção adjuvante, uma vez que o tratamento farmacológico isolado se revela frequentemente insuficiente para a gestão da perturbação bipolar (Özdel et al., 2021). Para além disso, a sua

natureza estruturada e orientada para objetivos facilita a aquisição de competências de autorregulação, fundamentais para a prevenção de recaídas (Parker et al., 2025).

Acresce ainda referir que a psicoeducação familiar constituiu um elemento central da intervenção, tendo em conta o papel determinante do contexto familiar na evolução da doença. A evidência demonstra que o envolvimento da família melhora a adesão terapêutica, reduz a frequência de recaídas e promove maior estabilidade clínica (Sun et al., 2024). No caso em análise, a capacitação da mãe enquanto principal elemento de suporte permitiu reforçar a vigilância de sinais precoces de descompensação e promover um ambiente estruturado e emocionalmente seguro. A intervenção familiar focou-se no desenvolvimento de competências de comunicação, na compreensão da doença e na promoção da corresponsabilização no processo terapêutico, aspetos fundamentais para a melhoria das dinâmicas relacionais e redução de conflitos. Estes fatores assumem particular importância, considerando que os conflitos familiares foram identificados como gatilhos de descompensação na utente.

Assim, o caso evidencia a importância de uma abordagem integrada, centrada na pessoa e no seu contexto, que articule intervenção farmacológica, psicoterapêutica e psicossocial. O enfermeiro especialista desempenha um papel central na operacionalização desta abordagem e promove autonomia, *insight* e estabilidade clínica. O sucesso da intervenção foi avaliado através das escalas NOC, previamente definidas e ajustadas ao caso em estudo, com o objetivo de verificar ganhos clínicos e funcionais. A avaliação decorreu em dois momentos, antes e após a intervenção, o que facilitou a análise comparativa dos resultados obtidos.

A análise dos indicadores revelou melhorias significativas em várias dimensões. Ao nível da adesão terapêutica, a utente passou a demonstrar maior compromisso com o regime medicamentoso e maior compreensão dos benefícios do tratamento. Observou-se também um aumento da responsabilidade no autocuidado e maior capacidade de reconhecer sinais precoces de descompensação.

No domínio emocional, verificou-se redução da irritabilidade, diminuição da ansiedade e melhoria do padrão de sono. A utente evidenciou maior capacidade de utilizar estratégias de regulação emocional e de implementar mecanismos de *coping* adaptativos.

Ao nível psicossocial, destacou-se a melhoria das relações familiares, associada à intervenção psicoeducativa e ao reforço da comunicação positiva. A utente demonstrou maior estabilidade emocional, maior satisfação com a rotina diária e uma atitude mais positiva face ao futuro.

Estes resultados corroboram a evidência científica, que aponta para o efeito das intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas na promoção da autonomia, estabilidade clínica e qualidade de vida (Lukens & McFarlane, 2004; Herdman & Kamitsuru, 2018).

A utilização da NOC permitiu uma avaliação objetiva e sistematizada dos ganhos em saúde, reforçando a importância de intervenções individualizadas e baseadas na evidência no contexto da enfermagem de saúde mental.

A intervenção desenvolvida no presente caso clínico enquadra-se nas competências específicas do EEESMP, conforme definido no Regulamento n.º 515/2018 da OE (2018), a evidenciar uma prática clínica avançada, autónoma e baseada na evidência científica.

No domínio da prestação de cuidados especializados, destaca-se a capacidade de avaliação compreensiva do estado mental da utente, com identificação de alterações ao nível do pensamento, humor, comportamento e *insight*. Esta avaliação permitiu a formulação de diagnósticos de enfermagem pertinentes e a implementação de intervenções ajustadas à complexidade do quadro clínico, em consonância com uma abordagem centrada na pessoa. Relativamente à promoção da saúde mental e prevenção da doença, evidenciou-se a implementação de intervenções psicoeducativas dirigidas à utente e à família, com enfoque na literacia em saúde, na adesão terapêutica e na identificação precoce de sinais de recaída. Estas ações contribuem para a capacitação do utente e da rede de suporte, promovendo autonomia e reduzindo o risco de descompensação.

No âmbito das intervenções psicoterapêuticas, a aplicação de estratégias baseadas na TCC demonstra a competência do EEESMP na utilização de modelos teóricos estruturados para promover a regulação emocional e o desenvolvimento de estratégias de *coping*. Estas intervenções, sustentadas na evidência, revelam-se fundamentais na gestão da perturbação bipolar e na prevenção de recaídas.

A gestão da relação terapêutica constitui outro domínio central, evidenciado pela construção de uma relação baseada na empatia, confiança e colaboração, essencial para promover o *insight* e a adesão ao tratamento. A capacidade de adaptar a comunicação às necessidades da utente e de envolver a família no processo terapêutico reflete competências avançadas na área relacional.

No domínio da gestão de situações de maior complexidade, como o risco de descompensação, impulsividade e instabilidade emocional, o enfermeiro especialista demonstrou competência na implementação de estratégias de intervenção adequadas, incluindo técnicas de desescalada, monitorização clínica e promoção de um ambiente terapêutico seguro.

Por fim, no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, destaca-se a utilização de instrumentos padronizados, como a NOC, que permitiram avaliar de forma objetiva os ganhos em saúde. Esta prática evidencia a integração da evidência científica na tomada de decisão clínica e o compromisso com cuidados de excelência.

Pelo exposto, posso afirmar que a intervenção realizada refletiu uma prática especializada, autónoma e centrada na pessoa, sempre em conformidade com as competências definidas pela OE (2018; Regulamento n.º 515/2018), o que contribuiu para a promoção da estabilidade clínica, da autonomia e da qualidade de vida da utente.

A progressão observada nos indicadores NOC fornece evidência clara do efeito das intervenções, tendo a experiência permitido consolidar a compreensão de que o cuidar psicoterapêutico implica a integração entre conhecimento técnico e presença relacional, sustentada na empatia, autenticidade e respeito pela singularidade da pessoa, conforme defendido por Sampaio et al. (2014). O enfermeiro assume, neste contexto, um papel ativo na mediação do processo de mudança e na promoção da inclusão social. A articulação entre a teoria e a prática possibilitou o desenvolvimento de competências de planeamento, avaliação e comunicação terapêutica, reforçando a importância da interdisciplinaridade e da intervenção comunitária. Os ganhos observados ao nível da estabilidade clínica, da autonomia e da adesão terapêutica evidenciam o efeito das intervenções realizadas.

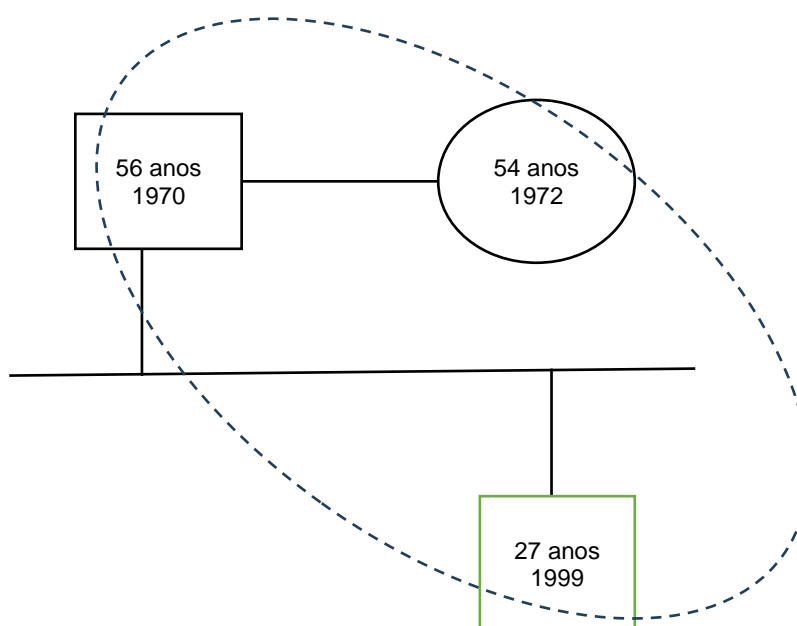
Este percurso permitiu alcançar os objetivos definidos, assegurando o desenvolvimento e a consolidação de competências necessárias ao exercício autónomo enquanto enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica. A experiência reforçou o compromisso com uma prática centrada na dignidade, autonomia e inclusão, orientada para a promoção da saúde mental e do bem-estar das pessoas e comunidades.

### **Estudo de caso em em contexto de internamento de pessoas em descompensação aguda**

Durante o estágio, acompanhei de forma contínua o caso de um utente com perturbação psicótica associada ao consumo de cannabis e abuso de substâncias psicoativas, inserido num contexto de vulnerabilidade psicossocial significativa. Tratava-se de um homem de 27 anos, internado involuntariamente em outubro de 2025, apresentando um quadro de descompensação psicótica grave caracterizado por agitação psicomotora, comportamento desorganizado, agressividade verbal, ideação delirante de perseguição e referência, alterações do padrão de sono, gastos impulsivos e comportamentos socialmente desajustados. A análise clínica evidenciava a complexa interação entre consumo intenso de

cannabis, interrupção autónoma da terapêutica antipsicótica prescrita em internamento anterior, isolamento social progressivo, desemprego prolongado e possível vulnerabilidade psiquiátrica prévia.

A tabela 6 contém a caracterização do utente em estudo de caso, ou seja, os dados relativos à sua caracterização sociodemográficos e ao contexto de internamento, o que é reforçado com o genograma (Figura 4). Assim, tratou-se de um utente do sexo masculino, 27 anos. Vive com ambos os pais em habitação adequada. Solteiro, sem filhos. Escolaridade até ao ensino superior (curso de Tecnologias e Multimédia, não concluído). Desempregado há 12 meses, com história de trabalhos sazonais.



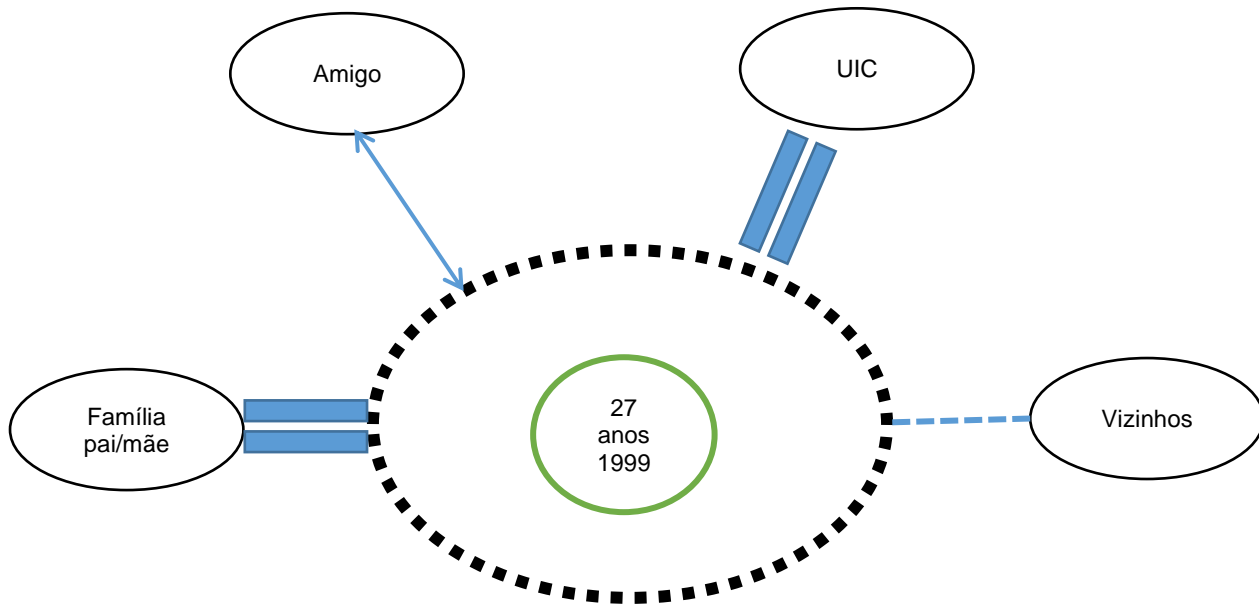
**Figura 4. Genograma**

**Tabela 6. Caracterização do caso clínico**

Dimensão	Descrição
Diagnóstico	Perturbação psicótica induzida por canábis
Contexto	Internamento de Agudos - Hospital São Teotónio
Unidade	Internamento de Homens
Tipo	Internamento involuntário
Admissão	27 de outubro de 2025
Idade/Sexo	27 anos, masculino
Situação social	Vive com pais, desempregado
Escolaridade	Ensino superior incompleto
Rede de apoio	Pais

### **Rede de apoio**

O utente referia uma amizade, traduzindo-se numa ligação de proximidade, sendo os pais a sua rede de apoio mais importante, bem como os profissionais da UIC, com os quais mantinha uma ligação forte. Relatava ainda relações conflituosas com vizinhos (Figura 4).

**Legenda:**

Fluxo de energia e recursos

Ligação de proximidade

Ligação forte

Ligação conflituosa

**Figura 5. Ecomapa**

A tabela 7 refere-se à sintomatologia apresentada pelo utente no momento da admissão por descompensação psicótica grave precipitada por abuso intenso de canábis.

**Tabela 7. Apresentação Clínica**

Domínio	Manifestação
Comportamento	Bizarro, desorganizado
Psicomotor	Agitação intensa
Afetivo	Irritabilidade
Pensamento	Desorganizado, delirante
Social	Agressividade verbal
Sono	Alterado
Juízo crítico	Comprometido

Segue-se os principais antecedentes clínicos e fatores de risco associados ao caso (cf. Tabela 8).

**Tabela 8. Antecedentes e fatores de risco**

Dimensão	Descrição
Consumo	Canábis desde adolescência
História	Internamento prévio
Exames	Sem alterações estruturais
Psicossocial	Desemprego, isolamento
Família	Conflito elevado

Os diagnósticos de enfermagem identificados, segundo a CIPE, evidenciam um foco prioritário no processo de pensamento perturbado associado ao consumo de substâncias.

Destacam-se ainda défices de conhecimento e adesão terapêutica comprometida, bem como fatores psicossociais que aumentam o risco de recaída (cf. Tabela 9).

**Tabela 9. Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)**

Diagnóstico	Evidência	Relevância
Processo de pensamento perturbado	Ideação delirante, desorganização	Diagnóstico prioritário
Padrão de consumo ineficaz	Consumo de canábis crónico	Fator etiológico
Adesão terapêutica prejudicada	Suspensão de medicação	Barreira ao tratamento
Risco de violência	Agitação e impulsividade	Segurança
Isolamento social	Afastamento social	Risco de recaída
Conhecimento deficitário	Desconhecimento doença	Alvo de intervenção
Autoestima prejudicada	Desemprego/insucesso	Vulnerabilidade

As intervenções refletem uma abordagem integrada, centrada na pessoa, combinando estratégias psicoterapêuticas, farmacológicas e psicossociais. A relação terapêutica e a psicoeducação são centrais na melhoria dos resultados (cf. Tabela 10).

**Tabela 10. Intervenções de Enfermagem**

Área	Intervenções
Relação terapêutica	Empatia, escuta ativa
Ambiente seguro	Estrutura e monitorização
Farmacoterapia	Administração e vigilância
Psicoeducação	Educação sobre doença
Intervenção cognitiva	Reestruturação cognitiva
Família	Educação e suporte
Ocupação	Atividades estruturadas

Tendo em conta a apresentação clínica do utente, foi implementada uma intervenção psicoterapêutica baseada na Intervenção Psicoterapêutica de Reestruturação Cognitiva (RC). Esta intervenção de enfermagem visa apoiar o utente na identificação e modificação de pensamentos disfuncionais, promovendo uma perceção mais realista de si próprio e do ambiente (Butcher et al., 2018). Inserida nas intervenções psicoterapêuticas em saúde mental (Sampaio et al., 2014), a Reestruturação Cognitiva (RC) fundamenta-se no modelo cognitivo de Beck (1979), que conceptualiza a relação entre cognição, emoção e comportamento como central na compreensão do sofrimento psicológico.

A Intervenção Psicoterapêutica de RC desafia padrões de pensamento distorcidos através de tarefas entre sessões, recolhendo evidência empírica que confronta pensamentos disfuncionais, promovendo progressivamente a correção de vieses cognitivos (McKay & Tryon, 2017). O objetivo é modificar esquemas cognitivos mal-adaptativos que contribuem para alterações emocionais e comportamentais (Burns & Beck, 1978; Clark, 2014; Dobson & Dozois, 2010; Hollon & Dimidjian, 2009). A intervenção integra-se numa abordagem centrada na pessoa, combinando estratégias psicoterapêuticas, farmacológicas e psicossociais, com ênfase na relação terapêutica e na psicoeducação para promover insight, confiança e motivação do utente.

A intervenção foi estruturada em quatro sessões:

Sessão 1: Avaliação do perfil neurocognitivo basal, normalização da discussão sobre défices cognitivos, estabelecimento de metas colaborativas SMART e criação de segurança na relação terapêutica.

Sessão 2: Melhoria da atenção e velocidade de processamento, através de exercícios de atenção diária e técnicas de mindfulness, promovendo maior foco e controlo de impulsos.

Sessão 3: Trabalho sobre memória de trabalho e memória episódica, com estratégias de memorização, organização mental e associação, visando a aplicação prática e autonomia cognitiva.

Sessão 4: Planeamento, resolução de problemas e aplicação em situações reais, consolidando competências cognitivas e estratégias de coping no quotidiano e em contextos de risco.

O programa de psicoeducação permitiu desenvolver competências cognitivas e emocionais, promovendo maior consciência da doença e prevenção de recaídas (cf. Tabela 11).

**Tabela 11. Programa de Psicoeducação**

Sessão	Conteúdo	Objetivo
1	Motivação	Promoção de insight
2	Atenção	Melhoria da concentração
3	Cognição	Reestruturação cognitiva
4	Recaída	Prevenção

Os resultados, segundo NOC, demonstram evolução positiva, com melhoria da adesão, conhecimento e regulação emocional (cf. Tabela 12).

**Tabela 12. Resultados (NOC)**

Indicador	Antes	Após
Adesão terapêutica	Comprometida	Melhorada
Conhecimento	Limitado	Adequado
Regulação emocional	Impulsiva	Controlada
Concentração	Reduzida	Melhorada
Gestão de risco	Ineficaz	Eficaz

Os fatores de risco estão associados ao contexto psicossocial, enquanto os fatores protetores favorecem a recuperação. O plano pós-alta visa garantir continuidade de cuidados e prevenir recaídas (cf. Tabela 13).

**Tabela 13. Fatores de risco e proteção**

<b>Tipo</b>	<b>Elementos</b>
Risco	Consumo de substâncias, desemprego
Risco	Conflito familiar
Proteção	Apoio familiar
Proteção	Resposta ao tratamento

O plano pós-alta foi estruturado com foco na continuidade de cuidados e na prevenção de recaídas, com recurso à intervenção clínica, psicossocial e comportamental. Destaco, neste contexto, a importância do seguimento regular, da promoção da adesão terapêutica e da reorganização ocupacional, bem como o envolvimento da família e a gestão de fatores de risco associados ao consumo de substâncias (cf. Tabela 14).

**Tabela 14. Plano pós-alta**

<b>Área</b>	<b>Intervenção</b>
Seguimento	Consulta psiquiatria/enfermagem
Ocupação	Reintegração ocupacional
Substâncias	Abstinência

A evolução do estado mental do utente evidencia uma melhoria clínica progressiva ao longo do internamento, com redução significativa da agitação psicomotora e da desorganização do pensamento. Ocorreu um aumento da capacidade de atenção, maior organização cognitiva e desenvolvimento gradual de *insight*. O comportamento tornou-se mais colaborante e o afeto mais adequado, refletindo uma resposta positiva à intervenção terapêutica (cf. Tabela 15).

**Tabela 15. Evolução do estado mental**

<b>Período</b>	<b>Características</b>
Admissão	Agitação, delírios
Evolução	Melhoria progressiva
Cognição	Aumento atenção
Pensamento	Mais organizado
Comportamento	Colaborante

Desenvolvi, igualmente diversas atividades terapêuticas e ocupacionais no serviço, incluindo sessões de cinema. Neste contexto, colaborei na seleção de conteúdos audiovisuais e na facilitação da participação dos utentes, promovendo um espaço seguro para expressão emocional e reflexão sobre experiências pessoais e relacionais. Esta intervenção revelou-se particularmente relevante como recurso terapêutico indireto, pois facilitou explorar narrativas simbólicas que favoreciam a identificação e elaboração emocional. As intervenções psicoterapêuticas baseadas dirigidas a pessoas com problemas de saúde mental são muito importantes. Como referem Kirsh et al. (2019), a história e a experiência acumulada evidenciam o valor terapêutico da ocupação em contextos de saúde mental.

Foram igualmente realizadas atividades de estimulação cognitiva, recorrendo a jogos de provérbios populares e ao jogo do “stop”, dirigidas especificamente aos utentes. Estas intervenções tinham como objetivo estimular a atenção, a concentração e determinadas funções executivas, frequentemente comprometidas em fases agudas de descompensação psicótica. A evolução observada foi progressivamente positiva, verificando-se um aumento significativo da capacidade dos utentes manterem a atenção e participação em tarefas estruturadas.

As orientações internacionais baseadas na evidência recomendam as intervenções não farmacológicas como abordagem de referência no tratamento da maioria das perturbações mentais. Neste contexto, a promoção de intervenções preventivas assume particular relevância, em pessoas com perturbações mentais, para lhes potenciar bem-estar holístico. A evidência aponta para o efeito das intervenções psicoterapêuticas baseadas na terapia cognitivo-comportamental, estratégias de promoção da resiliência, *mindfulness* e estilos de vida saudáveis, bem como abordagens como a entrevista motivacional, intervenções familiares, entre outras (Pinho et al., 2024).

Particpei também em reuniões multidisciplinares onde eram discutidos os objetivos terapêuticos, avaliadas as respostas às intervenções implementadas e delineadas estratégias de continuidade de cuidados. Estas reuniões evidenciaram a importância do trabalho colaborativo interdisciplinar na concretização de práticas assistenciais integradas e centradas na pessoa.

No período final do internamento, colaborei na preparação do processo de alta, com abordagem ao plano de continuidade de cuidados, à identificação de recursos comunitários disponíveis e à educação terapêutica individualizada relativa aos sinais precoces de descompensação e às estratégias de prevenção de recaída. O objetivo principal consistiu em capacitar o utente para o reconhecimento precoce de sinais de agravamento clínico e para a mobilização atempada da rede de suporte formal e informal. Embora estivesse prevista a realização de intervenção psicoeducativa junto da família, tal não se concretizou devido à antecipação da alta clínica.

O acompanhamento próximo de um utente em crise psicótica aguda permitiu compreender de forma aprofundada os desafios inerentes à prestação de cuidados especializados em contexto de internamento. Ao contrário do contexto comunitário, onde existe maior previsibilidade e tempo para construção gradual da relação terapêutica, o internamento exige intervenções imediatas, seguras e bem estruturadas, frequentemente em situações de grande desorganização psíquica. A observação da evolução clínica do utente reforçou a importância da consistência, paciência e esperança na relação terapêutica.

Mesmo em fases iniciais em que a comunicação se revelava limitada, a presença contínua, respeitosa e empática constituiu um elemento terapêutico relevante. À medida que a estabilização farmacológica permitiu a redução da sintomatologia psicótica, a relação previamente estabelecida facilitou a implementação de intervenções mais estruturadas. Este processo ilustra as fases da relação terapêutica descritas por Peplau (1952), orientação, identificação, exploração e resolução, adaptadas à especificidade dos contextos de crise.

Neste enquadramento, o desenvolvimento das atividades realizadas contribuiu igualmente para o aprofundamento de competências clínicas, relacionais e éticas orientadas para a promoção da recuperação em saúde mental. A recuperação é entendida como um processo de reconstrução pessoal e social que valoriza a esperança, a resiliência e o protagonismo da pessoa no seu próprio percurso de vida. Sob esta perspetiva, o cuidado de enfermagem assume um carácter terapêutico, educativo e emancipador, inspirado em referenciais teóricos como a relação interpessoal terapêutica de Peplau, o modelo de adaptação ao stresse de Betty Neuman e o Tidal Model de Phil Barker, centrado na reabilitação psicossocial.

Durante o estágio, apliquei de forma sistemática o Processo de Enfermagem em Saúde Mental, contemplando as etapas de avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos resultados. No caso acompanhado, esta metodologia permitiu identificar diagnósticos de enfermagem relevantes, incluindo processo de pensamento perturbado, padrão ineficaz de consumo de substâncias psicoativas, adesão terapêutica comprometida, risco de violência dirigida a si e a terceiros, isolamento social e conhecimento insuficiente sobre os efeitos das substâncias psicoativas. Com base nestes diagnósticos, participei na definição de objetivos terapêuticos e na implementação de intervenções específicas. A negociação terapêutica com o utente constituiu um processo gradual, inicialmente limitado pela desorganização psicótica, mas progressivamente facilitado com a estabilização clínica. À medida que recuperava capacidade reflexiva, o utente passou a participar de forma mais ativa na definição de metas pessoais e na identificação de estratégias de coping adaptativas.

As relações terapêuticas em saúde mental vão além da díade psicoterapêutica e podem variar amplamente quanto aos objetivos e à duração. Estas relações podem prolongar-se durante muitos anos em contexto comunitário. A saúde mental caracteriza-se por uma abordagem interdisciplinar, sendo extensa a literatura que descreve como diferentes profissões definem de forma distinta o seu papel e a relação com os utentes. A relação terapêutica implica a confiança, a empatia, o respeito, a colaboração e o apoio (Iversen et al., 2025). Estes elementos são essenciais para promover uma comunicação

eficaz e uma compreensão mútua entre utentes e enfermeiro, contribuindo para o processo terapêutico e para a melhoria dos resultados em saúde. As relações colaborativas reforçam a recuperação ao promoverem a esperança e a autodeterminação. A definição de objetivos pessoais e o apoio dos enfermeiros na sua concretização assumem particular relevância neste processo. As alianças terapêuticas sólidas, nas quais os enfermeiros se envolvem ativamente em estratégias promotoras de recuperação, associam-se a melhores resultados (Iversen et al., 2025).

Realizei igualmente sessões psicoeducativas grupais dirigidas aos utentes internados, com abordagem a temas como a higiene do sono, a gestão do stresse, a regulação emocional, a prevenção de recaídas e a adesão ao regime terapêutico. Estas intervenções recorreram a recursos pedagógicos diversificados, envolvendo apresentações visuais, questionários de avaliação aplicados antes e após as sessões e atividades participativas que estimularam o envolvimento dos participantes. A participação nestas atividades evidenciou a importância da aprendizagem entre pares, uma vez que permitiu a partilha de experiências e estratégias de adaptação entre utentes em diferentes fases do processo de recuperação. A análise dos questionários revelou ganhos de conhecimento e mudanças de atitude relativamente à gestão da doença e à importância da adesão terapêutica.

A adesão terapêutica depende fortemente do contexto em que o utente se insere, incluindo as relações familiares, o suporte social e as condições da comunidade, sendo estes fatores interdependentes e de influência recíproca (Laranjeira et al., 2023). O modelo *Person-Centered Care and Communication Continuum (PC4 Model)* destaca a importância da comunicação dos profissionais de saúde e salienta que esta pode facilitar ou comprometer cuidados centrados na pessoa. Torna-se, assim, essencial que os profissionais adequem a sua comunicação às necessidades do utente e do seu contexto, com atenção aos aspetos verbais e não verbais (Laranjeira et al., 2023). A adesão terapêutica resulta de um processo intencional e voluntário, influenciado por crenças, atitudes, normas sociais e perceção de controlo sobre o comportamento. Neste sentido, os mesmos autores salientam que não se limita à prescrição, mas implica o compromisso ativo do utente na gestão da sua doença. Para além disso, o comportamento de adesão é influenciado pelo sistema em que o utente vive, incluindo fatores relacionados com os profissionais, a organização dos cuidados de saúde e os valores socioculturais (Laranjeira et al., 2023). Modelos ecológicos evidenciam que múltiplos níveis, individual, interpessoal, organizacional e sociocultural, influenciam a adesão terapêutica, pelo que a sua promoção exige uma abordagem integrada que considere todos estes fatores (Laranjeira et al., 2023).

Reconheci que a psicoeducação não deve ser compreendida como simples transferência de informação, mas como processo dialógico onde o utente participa ativamente na construção de compreensão sobre sua própria experiência de doença. O momento em que o utente proferiu espontaneamente “Quando deixo a medicação e consumo cannabis, começo a ficar estranho” representou um marco significativo, onde conseguiu integrar o aprendizado e expressá-lo em linguagem sua, a revelar plenamente uma internalização genuína do conhecimento e não simplesmente repetição de informação. Esta atividade concretizou o preconizado pela OE (2018; Regulamento n.º 515/2018), segundo a qual, o EEESMP detém

“conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, 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” (p. 21427).

A utilização de resultados NOC como ferramental de avaliação proporcionou clareza sobre objetivos terapêuticos mensuráveis e permitiu documentação rigorosa de progresso, aspeto crítico para prática baseada em evidência e para comunicação clara com equipa multidisciplinar sobre eficácia das intervenções de enfermagem. A atividade prática de cinema e estimulação cognitiva demonstrou valor particular em contextos de internamento agudo, funcionando simultaneamente como atividade ocupacional estruturante, ferramenta de avaliação de funções cognitivas, e intervenção terapêutica promotora de senso de competência e engajamento social positivo.

A experiência de estágio no internamento de pessoas em descompensação aguda proporcionou consolidação profunda das competências especializadas do EEESMP, particularmente no domínio da intervenção em contextos de elevada acuidade clínica e complexidade biopsicossocial. Os quatro objetivos, embora apresentados sequencialmente para fins estruturais, funcionaram de forma integrada e dinâmica ao longo do percurso formativo. O desenvolvimento de autoconhecimento e reflexão crítica (Objetivo 1) sustentou todas as demais intervenções; a compreensão holística da otimização da saúde mental (Objetivo 2) forneceu base para a implementação de estratégias de recuperação (Objetivo 3); e o domínio de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas (Objetivo 4) coroou o desenvolvimento de competências especializadas.

Outro estudo de caso, que a seguir apresento, ilustra de forma viva a necessidade imperativa de abordagem integrada e centrada na pessoa que articule farmacoterapia rigorosamente monitorizada, intervenção psicoterapêutica estruturada progressiva,

psicoeducação robusta e reiterada, continuidade de cuidados em contexto comunitário, e atenção sistematizada a fatores psicossociais como alvos terapêuticos paralelos e equivalentes a intervenção clínica. Os ganhos clínicos mensurados através de escalas NOC confirmam eficácia das intervenções implementadas, reforçando a essencialidade de cuidados integrados, multiprofissionais e, genuinamente, centrados na pessoa.



## 6. Considerações Finais

O percurso desenvolvido ao longo dos estágios em Contexto Comunitário e de Internamento permitiu a consolidação de um conjunto de competências específicas ao exercício enquanto EEESMP, pois foram espaços que me possibilitaram integrar os saberes teóricos, práticos e relacionais numa perspetiva crítica e reflexiva. Este processo formativo evidenciou que o cuidar em saúde mental ultrapassa a dimensão técnica, assume-se como um processo profundamente humano, relacional e ético, centrado na singularidade da pessoa e no seu contexto de vida.

As experiências vivenciadas, quer no acompanhamento de pessoas em Contexto Comunitário, quer em situações de descompensação aguda, permitiram compreender a complexidade dos processos de sofrimento mental e a necessidade de intervenções adequadas, contínuas e individualizadas. A mobilização de competências psicoterapêuticas, psicoeducativas e relacionais revelou-se determinante na promoção do *insight*, da adesão terapêutica e da autonomia das pessoas, reforçando as intervenções do EEESMP como agente de mudança e facilitador de processos de recuperação.

Importa ainda salientar que, em saúde mental, cada caso é único e cada pessoa deve ser compreendida na sua singularidade, história de vida e contexto sociocultural. O cuidar exige o reconhecimento da dignidade intrínseca de cada pessoa, valorizar a sua identidade, autonomia e capacidade de decisão. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro especialista deve ser sempre individualizada, centrada na pessoa e orientada por uma relação terapêutica baseada no respeito, empatia e autenticidade, reconhecendo que não existem respostas universais, mas sim abordagens que se constroem em parceria com cada pessoa ao longo do seu processo de recuperação.

O estudo de caso desenvolvido constituiu um contributo particularmente relevante neste percurso, ao permitir a aplicação estruturada de intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental e a avaliação objetiva de ganhos em saúde. Este processo evidenciou que a intervenção do enfermeiro especialista, quando sustentada em evidência científica e numa relação terapêutica consistente, pode produzir mudanças significativas ao nível cognitivo, emocional e comportamental, contribuindo para a estabilidade clínica e melhoria da qualidade de vida.

A prática reflexiva assumiu-se como um eixo central do desenvolvimento profissional. A utilização de diários reflexivos, a supervisão clínica e os momentos de *debriefing* permitiram uma análise crítica das experiências, favoreceram o autoconhecimento, a regulação emocional e a construção de uma identidade profissional mais consciente e

fundamentada. Assim, consolidei a premissa de que o conhecimento profissional se constrói na ação e sobre a ação, sendo continuamente reformulado à luz da experiência.

Neste sentido, importa reconhecer que o conhecimento em enfermagem, e particularmente em saúde mental, não é um produto acabado, mas sim um processo dinâmico, contínuo e inacabado, em permanente construção. Cada experiência, cada relação terapêutica e cada desafio enfrentado constituem oportunidades de aprendizagem e crescimento. Estas contribuíram para a evolução do saber profissional. Esta perspectiva implicou e implicará sempre uma postura de humildade epistemológica, abertura à mudança e compromisso com a aprendizagem ao longo da vida.

Assim, este percurso não representa um ponto de chegada, mas antes uma etapa significativa num caminho de desenvolvimento contínuo, no qual a integração entre conhecimento científico, reflexão crítica e sensibilidade humana se revela essencial para a prática de cuidados de excelência em saúde mental. O compromisso futuro passa pela manutenção de uma prática baseada na evidência, eticamente responsável e centrada na pessoa, contribuindo para a promoção da saúde mental, a redução do estigma e a construção de respostas mais inclusivas e humanizadas.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais (DSM-5-TR)* (5.<sup>a</sup> ed., texto rev.). Artmed.
- Ball, J. R., Mitchell, P. B., Corry, J. C., Skillecorn, A., Smith, M., & Malhi, G. S. (2006). A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, *188*(4), 313–320. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.008813>
- Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy and the emotional disorders. Meridian
- Burns, D. D., & Beck, A. T. (1978). Cognitive behavior modification of mood disorders. In J. P. Foreyt & D. P. Rathjen (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Research and application* (pp. 109–134). Plenum Press.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7<sup>a</sup> ed.). Elsevier, Inc
- Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C. H., Chiu, H. L., & Chou, K. R. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, *12*(5), e0176849. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176849>
- Clark, D. A. (2014). Cognitive restructuring. In S. G. Hofmann, *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (1<sup>a</sup> ed., pp. 23–44). John Wiley & Sons, Ltd.
- David, A., Buchanan, A., Reed, A., & Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *161*(5), 599–602. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.5.599>
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3<sup>a</sup> ed., pp. 3–38). Guilford Press
- Evans, T. R., Burns, C., Essex, R., Finnerty, G., Hatton, E., Clements, A. J., Breau, G., Quinn, F., Elliott, H., Smith, L. D., Matthews, B., Jennings, K., Crossman, J., Williams, G., Miller, D., Harold, B., Gurnett, P., Jagodzinski, L., Smith, J., Milligan, W., Markowski, M., Collins, P., Yoshimatsu, Y., Margalef Turull, J., Colpus, M., Dayson, M. L., & Weldon, S. (2023). A systematic scoping review on the evidence behind debriefing practices for the wellbeing/emotional outcomes of healthcare workers. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1078797. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1078797>

- Grover, S., Avasthi, A., Chakravarty, R., Dan, A., Chakraborty, K., Neogi, R., Desousa, A., Nayak, O. P., Praharaj, S. K., Menon, V., Deep, R., Bathla, M., Subramanyam, A. A., Nebhinani, N., Ghosh, P., Lakdawala, B., & Bhattacharya, R. (2023). Insight in patients with bipolar disorder: Findings from the bipolar disorder course and outcome study from India (BiD-CoIN study). *Indian Journal of Psychiatry*, *65*(7), 767–773. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_714\\_22](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_714_22)
- Haber, J. (2000). *Hildegard E. Peplau: The psychiatric nursing legacy of a legend*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *6*(2), 56–62. <https://doi.org/10.1067/mpn.2000.104556>
- Hollon, D. S., & Dimidjian, S. (2009). Cognitive and behavioral treatment of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2<sup>a</sup> ed., pp. 586–603). Guilford Press.
- Iversen, H. W., Riley, H., Råbu, M., & Lorem, G. F. (2025). Building and sustaining therapeutic relationships across treatment settings: A qualitative study of how patients navigate the group dynamics of mental healthcare. *BMC Psychiatry*, *25*, 424. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06874-5>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders. *Medical Journal of Australia*, *166*(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Kookal, S., George, L. S., Chakrabarty, J., Vinish, V., Praharaj, S. K., Lakshmi, V., Nayak, B. S., John, S., & Noronha, J. A. (2026). Interventions to improve mental health literacy and reduce stigma among young adults: A systematic review. *Mental Health & Prevention*. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2026.200501>
- Kumari, S., Ranjan, L. K., & Gupta, P. R. (2025). Perceived stress and coping strategies among individuals with bipolar affective disorder and control group. *Journal of Psychosocial Wellbeing*, *6*(2), 14–21. <https://doi.org/10.55242/JPSW.2025.6203>
- Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 324–329. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.324>
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Davis, G., & Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*(2), 145–152. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.145>

- Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O., Moutinho, L., Morgado, T., Tomás, C., Gomes, J., & Querido, A. (2023). Therapeutic adherence of people with mental disorders: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3869. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053869>
- Manarte, L., Andrade, A. R., do Rosário, L., Sampaio, D., Figueira, M. L., Langley, C., et al. (2021). Poor insight in obsessive compulsive disorder (OCD): Associations with empathic concern and emotion recognition. *Psychiatry Research*, 304, 114129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114129>
- McKay, D., & Tryon, W. W. (2017). Behavior therapy: Theoretical bases. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05242-1>
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1408–1419. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040488>
- Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 141–150. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993>
- Niu, Y., Sun, J., Zhu, K., Xu, B., Zhang, Y. P., & Peng, M. (2025). The critical role and effects of patient-centered communication in psychotherapy: A narrative review. *Psychology Research and Behavior Management*, 18, 1657–1671. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S528343>
- Oud, M., Mayo-Wilson, E., Braidwood, R., Schulte, P., Jones, S. H., Morriss, R., Kupka, R., & Kendall, T. (2016). Psychological interventions for adults with bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 213–222. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148213>
- Parikh, S. V., Hawke, L. D., Velyvis, V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Schaffer, A., Levitt, A., Alda, M., MacQueen, G., & Kennedy, S. H. (2012). A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder: A CANMAT study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(6), 803–810. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m06846>
- Paterson, C., & Chapman, J. (2013). Enhancing skills of critical reflection to evidence learning in professional practice. *Physical Therapy in Sport*, 14(3), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2013.03.004>

- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. G. P. Putnam's Sons.
- Peplau, H. E. (1992). Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, *5*(1), 13–18.  
<https://doi.org/10.1177/089431849200500106>
- Pinho, L. G., Fonseca, C., Gawęda, Ł., Lopes, M., & Schneider, B. C. (2024). Editorial: Non-pharmacological interventions for mental disorders. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1363348. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1363348>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). Intervenciones NIC del dominio conductual: Un estudio de focus group de intervenciones psicoterapéuticas de enfermería. In Asociación Española de Nomenclatura. Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) (Ed.), X Simposium AENTDE “Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad” (pp. 718-721). Sevilla: AENTDE.
- Thirioux, B., Harika-Germaneau, G., Langbour, N., & Jaafari, N. (2020). The relation between empathy and insight in psychiatric disorders: Phenomenological, etiological, and neuro-functional mechanisms. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 966.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00966>
- Tohumcu, K., & Çuhadar, D. (2025). The relationship between insight and coping attitudes in bipolar disorder patients. *Psychology, Health & Medicine*, *30*(1), 1–18.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2407443>
- Valdivieso-Jiménez, G. (2023). Efficacy of cognitive behavioural therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *52*(3), 213–224.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.05.009>
- Ye, B. Y., Jiang, Z. Y., Li, X., Cao, B., Cao, L. P., & Lin, Y. (2016). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in bipolar disorder: Updated meta-analysis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *70*(8), 351–361. <https://doi.org/10.1111/pcn.12415>
- Zolkefli, Y. (2024). Managing aggressive behaviour in healthcare: Balancing of patients and staff interests. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, *31*(3), 252–256.  
<https://doi.org/10.21315/mjms2024.31.3.20>

## **Apêndices**



## **Apêndice I - Projeto de Estágio de Enfermagem de Saúde Mental na Comunidade**



### **Projeto de Estágio**

### **Enfermagem de Saúde Mental na Comunidade**

André Ricardo do Couto Martins, nº3978

### **Projeto Individual**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Tânia Correia

Enfermeira Catarina Duarte - Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica  
Enfermeira Gladys Oliveira - Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Aveiro, setembro de 2025

### **Lista de Siglas**

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

DPSM - Departamento Psiquiatria e Saúde Mental

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Plano Individual de cuidados

UIC - Unidades de Intervenção Comunitária

ULS - Unidade Local de Saúde

## Introdução

O presente projeto de estágio enquadra-se na Unidade Curricular “Opção 8 – Estágio com Relatório Final em contexto de internamento de doentes agudos e saúde mental na comunidade” do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (CMESMP) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), referente ao ano letivo 2024/2025.

Com uma duração total de 180 horas, o estágio decorrerá entre setembro e novembro de 2025, na Unidade de Intervenção Comunitária (UIC) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região Centro sob a coordenação da Professora Doutora Tânia Correia e a tutoria das Enfermeiras Especialistas Catarina Duarte e Gladys Oliveira, ambas responsáveis pelo Setor 1.

A UIC de Saúde Mental da ULS constitui um local de estágio privilegiado, enquadrando-se num modelo de cuidados comunitários centrado na pessoa e nas suas necessidades. Este serviço assegura acompanhamento diferenciado a pessoas com doença mental e às suas famílias, promovendo a continuidade dos cuidados e a integração nos contextos de vida quotidianos. A prática de enfermagem comunitária neste serviço caracteriza-se pela complexidade e especialização, articulando competências clínicas, relacionais, educativas e de gestão. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) desempenha um papel central, intervindo na avaliação de necessidades, no planeamento e implementação de planos individualizados, na promoção da adesão terapêutica, na capacitação de utentes e famílias, na prevenção de recaídas e no reforço da autonomia, contribuindo ainda para a redução do estigma e para a inclusão social.

A saúde mental é atualmente reconhecida como uma prioridade da saúde pública, assumindo um papel determinante na qualidade de vida, no bem-estar e na participação ativa dos cidadãos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), “não existe saúde sem saúde mental” isto transcreve a importância da componente psíquica na saúde global, pelo que não é possível falar em saúde plena sem o seu cuidado. Este reconhecimento reforça a necessidade de estratégias estruturadas e integradas, que incluam a prevenção de transtornos mentais, a intervenção precoce, o acesso a tratamentos adequados e a implementação de programas de reabilitação psicossocial, garantindo uma abordagem contínua e centrada nas necessidades individuais e comunitárias.

Em Portugal, a evolução do modelo de cuidados em saúde mental tem acompanhado a tendência europeia de desinstitucionalização e reorganização, marcada pela transição de um sistema centrado no hospital psiquiátrico para um modelo comunitário orientado para a pessoa. Este processo é sustentado pela Lei n.º 35/2023, de 21 de julho (Nova Lei da Saúde Mental) e pelo Plano Nacional de Saúde Mental, que reforçam a inclusão, a proximidade e a articulação dos cuidados no território. Contudo, persistem desafios significativos, nomeadamente a escassez de recursos humanos especializados, o estigma social e a necessidade de fortalecer a cooperação entre diferentes setores e serviços (saúde, social, educação e comunitário), garantindo cuidados integrados, contínuos e centrados nas necessidades do utente.

Neste contexto, as UICs de Saúde Mental assumem um papel central, garantindo a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, apoiando a gestão da doença e prevenindo recaídas. A proximidade aos contextos de vida quotidianos possibilita intervenções mais eficazes, sustentadas em relações terapêuticas consistentes, programas de reabilitação psicossocial e estratégias colaborativas desenvolvidas com as famílias, as instituições locais e a comunidade.

O estágio em saúde mental comunitária realizado na UIC da ULS RA constitui uma oportunidade privilegiada de aprendizagem prática e de desenvolvimento de competências avançadas, permitindo o contacto direto com utentes e famílias, a integração em equipas multidisciplinares e a participação em projetos de promoção da saúde e de reabilitação psicossocial.

O presente projeto organiza-se de acordo com as diretrizes metodológicas da ESSV, incluindo a definição de competências, objetivos específicos, atividades planeadas, cronograma, considerações finais e bibliografia. Constitui o primeiro passo de um percurso formativo orientado para o desenvolvimento de competências especializadas em saúde mental comunitária, promovendo a reflexão crítica sobre a prática profissional e a consolidação de saberes avançados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

### **Objetivo Geral**

- Desenvolver competências profissionais, técnicas, científicas e relacionais em enfermagem de saúde mental comunitária, promovendo

cuidados centrados na pessoa, a continuidade de cuidados, a prevenção de recaídas e a reinserção social, familiar e laboral dos utentes;

- Fortalecer a capacidade de comunicação terapêutica e empática, reconhecendo a importância da relação enfermeiro–utente e enfermeiro–família no processo de cuidados na comunidade;
- Reconhecer e valorizar o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar comunitária, promovendo a colaboração, o respeito mútuo e a corresponsabilidade nos cuidados;
- Desenvolver competências na avaliação e planeamento de intervenções aos utentes com perturbações mentais, considerando o seu contexto comunitário e social;
- Identificar fatores de risco e estratégias de prevenção de recaídas no contexto da saúde mental na comunidade;
- Refletir criticamente sobre a prática profissional, registando aprendizagens e experiências num portfólio reflexivo das atividades desenvolvidas no estágio.

### **Competências a desenvolver**

A Ordem dos Enfermeiros define o EEESMP como o profissional que possui competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na sua área de atuação. No decorrer deste ensino clínico, pretende-se desenvolver as competências específicas, conforme estipulado no Artigo 4.º do Regulamento nº 512/2018 da Ordem dos Enfermeiros:

1. Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
2. Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
3. Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
4. Prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a

saúde.

Assim, em conformidade com os objetivos da unidade curricular do ensino clínico em questão, pretende-se adquirir e treinar as seguintes competências específicas:

- Desenvolver competências de intervenção junto do utente, família, grupos e comunidade;
- Aplicar conhecimentos teóricos na prática clínica, integrando o processo de enfermagem;
- Elaborar diagnósticos de enfermagem em saúde mental e Planos Individuais de Cuidados (PIC), negociados com os utentes;
- Acompanhar utentes referenciados, realizarentrevistas, observação sistematizada e exame do estado mental (escalas, ecomapa, genograma);
- Implementar intervenções terapêuticas, psicossociais, psicoeducacionais e socioterapêuticas;
- Avaliar resultados das intervenções e ajustar planos de cuidados conforme evolução do utente;
- Realizar visitas domiciliárias e promover a reinserção social, familiar e laboral;
- Refletir criticamente sobre a prática profissional e integrar princípios éticos e deontológicos;
- Colaborar na equipa multidisciplinar, garantindo articulação entre serviços e continuidade de cuidados;
- Participar em programas de prevenção, promoção de saúde mental e redução do estigma.

### **Atividades planeadas (cronograma)**

Com o objetivo de consolidar competências técnicas, científicas e relacionais em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica no âmbito da UIC de uma ULS da região Centro , procuro contribuir para a promoção da saúde mental, do bem-estar e da inclusão social de utentes, famílias, grupos e comunidade. Para tal, foram definidos objetivos específicos acompanhados de atividades práticas que permitem a aplicação do processo de enfermagem,

promovendo cuidados centrados na pessoa e fundamentados em evidência científica. Todas as intervenções realizadas encontram-se associadas aos objetivos específicos, articulando-se diretamente com as competências do EEESMP, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros, garantindo que cada atividade contribui para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais especializadas.

COMPETÊNCIA DO EEESMP	ATIVIDADES / OBJETIVOS PLANEADOS
<p><b>1. Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre o impacto da intervenção no bem-estar do utente e da família;</li> <li>- Elaborar reflexões sobre cada intervenção e experiência clínica;</li> <li>- Identificar boas práticas e áreas de melhoria;</li> <li>- Participar em formações em serviço e discutir conteúdos com a equipa;</li> <li>- Sistematizar aprendizagens adquiridas em cada atividade realizada;</li> <li>- Analisar criticamente a aplicação de conhecimentos teóricos na prática clínica.</li> </ul>
<p><b>2. Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhar utentes referenciados e famílias no contexto comunitário;</li> <li>- Observar e participar em intervenções de grupo e sessões familiares;</li> <li>- Promover a utilização de recursos e mobilização de dinâmicas comunitárias;</li> <li>- Realizar visitas domiciliárias, avaliando o contexto familiar e social;</li> <li>- Apoiar a integração do utente em atividades sociais e laborais;</li> </ul>

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

- Propor estratégias de inclusão comunitária e familiar;
- Contribuir para a articulação entre utentes, famílias e outros recursos comunitários;
- Conhecer a estrutura física, dinâmica de organização e funcionamento da UIC (apresentação à equipa, observação do funcionamento, visita às áreas do serviço, participação em reuniões);
- Consultar protocolos, normas e regulamentos internos e nacionais;
- Conhecer e integrar atividades desenvolvidas no serviço (participação em consultas, reuniões, execução e atualização de PICs, atividades de educação e sensibilização).
- Aplicar o processo de enfermagem: acolhimento da pessoa referenciada, entrevista, observação sistematizada e exame do estado mental (escalas, ecomapa, genograma);
- Definir diagnósticos de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica;
- Elaborar PICs negociando objetivos com os utentes;
- Implementar intervenções terapêuticas, psicossociais, psicoeducacionais e socioterapêuticas;
- Monitorizar e avaliar os resultados das intervenções;
- Ajustar PICs conforme evolução do utente;
- Discutir planos e intervenções com a equipa multidisciplinar;
- Participar em programas de prevenção, promoção da saúde mental e redução do estigma;
- Elaborar guia de acolhimento e instrução de trabalho em caso de violência.

<p><b>4. Prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais psicoeducacionais, mobilizando contexto</b></p>	<p>- Conduzir sessões de intervenção individual ou em grupo;</p> <p>- Aplicar técnicas psicoterapêuticas, psicoeducacionais e socioterapêuticas;</p> <p>- Implementar intervenções previstas nos PICs, sob supervisão da equipa;</p>
---	--

<p><b>dinâmica individual, familiar, grupal ou comunitária, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde</b></p>	<p>- Avaliar resultados das intervenções, registando progressos e dificuldades;</p> <p>- Desenvolver materiais educativos (cartazes, guias, panfletos) e participar em atividades de sensibilização comunitária;</p> <p>- Elaborar Relatório do Ensino Clínico e estudo de caso, articulando teoria e prática;</p> <p>- Integrar princípios éticos e deontológicos em todas as intervenções;</p> <p>- Realizar visitas domiciliárias e promover reinserção social, familiar e laboral dos utentes;</p> <p>- Produzir cartaz sobre mitos em saúde mental, assegurando rigor científico e clareza pedagógica</p> <p>- Realização de formação em serviço sobre “Burnout”</p> <p>- Participação no 4º encontro das novas equipas comunitárias de saúde mental para a população adulta</p> <p>- Intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas a profissionais das estruturas da comunidade</p> <p>- Elaboração de um cartaz sobre mitos em saúde mental para o Dia da Saúde Mental</p>
---	--





## **Considerações finais**

A realização deste projeto de estágio permitiu-me delinear de forma estruturada a experiência prática que irei desenvolver no âmbito da saúde mental comunitária. O planeamento detalhado das atividades, objetivos e competências a adquirir contribuiu para clarificar o meu percurso formativo e preparar-me para enfrentar os desafios específicos da intervenção junto de utentes, famílias e grupos em contexto comunitário.

A experiência em saúde mental comunitária exige do EEESMP não só conhecimento técnico e científico, mas também habilidades de comunicação, empatia e capacidade de adaptação a diferentes realidades sociais. Este projeto evidenciou a importância da articulação entre equipa multidisciplinar, família e comunidade, bem como a necessidade de promover estratégias que assegurem a continuidade de cuidados, a prevenção de recaídas e a inclusão social dos utentes.

Em síntese, este projeto representa um passo essencial para o desenvolvimento das minhas competências como futuro EEESMP, fornecendo ferramentas para uma prática clínica mais autónoma, reflexiva e centrada na pessoa. Estou confiante de que as aprendizagens adquiridas contribuirão para a prestação de cuidados de qualidade, capazes de responder às necessidades individuais dos utentes e ao mesmo tempo reforçar a coesão e o bem-estar da comunidade em que se inserem.

## Bibliografia

- Guia Orientador de trabalhos escritos (2024). Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Guia da unidade curricular estágio de opção 3 “Enfermagem em comportamentos aditivos e dependências” do Curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde Mental e Psiquiátrica (CMESMP). (2025). Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 151, 21427–21430. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-strengthening-our-response>
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto 2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.



## Apêndice II- Formação em serviço sobre “Burnout”

**Burnout nos Profissionais de Saúde**  
Desafios, impacto e estratégias de prevenção

16 de Novembro 2025

**Objetivo Geral:** Compreender o fenómeno do burnout nos profissionais de saúde, avaliação de seus fatores de risco, impactos e estratégias de prevenção.

**Objetivos Específicos:**

- Explicar o conceito de burnout no contexto dos profissionais de saúde.
- Identificar fatores de risco e sinais de alerta relacionados ao burnout.
- Analisar o impacto do burnout na qualidade profissional e na qualidade dos cuidados.
- Explorar estratégias eficazes de prevenção, intervenção e nível individual e organizacional.

Fase	Conteúdos	Método	Materiais	Tempo
<b>Introdução</b>	- Introdução e tema - Referências sobre os objetivos.	Expositivo oral		
<b>Desenvolvimento</b>	1. Conceito de Burnout 2. Epidemiologia 3. Diagnóstico e fatores de risco 4. Consequências do burnout 5. Sinais e sintomas 6. Síndromes de alerta 7. Consequências e Impacto 8. Tratamento 9. Prevenção	Expositivo oral Interativo	Computador (apresentação em PowerPoint)	45 minutos
<b>Conclusão</b>	- Avaliação final - Encerramento de diálogos.	Interativo		

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

### Conceito

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

“QUEIMAR ATÉ À EXAUSTÃO”

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

### Epidemiologia

**Dados Gerais (CMS, 2024)**

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

**Europa (CMS, 2025)**

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

**Portugal (Marboco et al., 2016)**

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

### Etiologia e Fatores de Risco

<b>Fatores organizacionais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Carga de Trabalho Excessiva</li> <li>✓ Qualidade das Condições de Trabalho</li> <li>✓ Falta de Autonomia e Controlo</li> <li>✓ Desequilíbrio Esforço-Recompensa</li> <li>✓ Poucas expectativas de crescimento</li> </ul>	<b>Fatores interpessoais e relacionais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Relações Interpessoais Distorsionadas</li> <li>✓ Liderança Inadequada</li> <li>✓ Violência no Local de Trabalho</li> </ul>
<b>Fatores específicos dos profissionais de saúde</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Natureza do Trabalho</li> <li>✓ Fadiga de Compaixão</li> <li>✓ Dilemas Éticos e Morais</li> </ul>	<b>Fatores individuais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Idade e Experiência Profissional</li> <li>✓ Características de Personalidade</li> <li>✓ Género</li> <li>✓ Estado Civil e Parentalidade</li> <li>✓ Desequilíbrio Trabalho-Vida Pessoal</li> </ul>

### As Três Dimensões do Burnout

- 1. Exaustão Emocional (Componente Central)**
  - ✓ Sensação de esgotamento físico e mental
  - ✓ Baixos recursos emocionais
  - ✓ Descanso convencional não eficaz
  - ✓ Perpetua-se fora do ambiente de trabalho
- 2. Despersonalização/Cinismo (Mecanismo de Defesa)**
  - ✓ Distanciamento emocional do trabalho e das pessoas
  - ✓ Atitudes frias, negativas ou cínicas com colegas e utentes
  - ✓ Irritabilidade e impaciência frequentes
- 3. Reduzida Eficácia Profissional**
  - ✓ Sentimentos de incompetência e ineficácia
  - ✓ Diminuição da autoestima profissional
  - ✓ Perda de motivação
  - ✓ Diminuição no desempenho/produzividade

### Sinais e sintomas

Sintomas persistem por 2 semanas ou mais

<b>Físicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fadiga que não melhora com o sono</li> <li>✓ Dores frequentes</li> <li>✓ Problemas gastrointestinais</li> <li>✓ Alterações do sono e apetite</li> <li>✓ Sintomas cardiovasculares</li> </ul>	<b>Emocionais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Irritabilidade constante</li> <li>✓ Ansiedade persistente</li> <li>✓ Sentimentos de desesperança</li> <li>✓ Perda de interesse</li> <li>✓ Alterações do humor</li> </ul>	<b>Comportamentais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Deterioração das relações</li> <li>✓ Absentismo</li> <li>✓ Procrastinação</li> <li>✓ Diminuição do desempenho</li> <li>✓ Uso de substâncias</li> </ul>
--	---	--

### Sinais de Alerta

Procurar ajuda profissional se:

- Paro de funcionamento diário
- Pensamentos suicidas
- Comportamentos de automutilação
- Uso de substâncias



### Consequências e impacto

**Impacto Organizacional**

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

**Impacto profissional**

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

**Impacto Individual**

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



### Tratamento

Mudanças no estilo de vida

Acompanhamento psiquiátrico

Mudanças no ambiente de trabalho

Psicoterapia



### Prevenção

**Nível Organizacional**

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

**Nível Sistémico**

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

### Prevenção – Nível individual

**Autocuidado preventivo**


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



### Prevenção – Nível individual

**Durante o trabalho**

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

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

### Conclusão

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

"A compaixão pelos outros começa com a compaixão por nós mesmos."  
Dale Carnegie



## Bibliografia

- Freudenberger, H. (1971). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2019). "International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)." <https://icd.who.int/>
- Mendes, J., et al. (2016). Burnout in Portuguese Healthcare Professionals. *Acta Medica Portuguesa*
- Melo-Ribeiro, P., et al. (2017). Assessment of Burnout in Healthcare Professionals. *Revista Portuguesa*
- Nagarajan, R., Sambasivaram, P., Chiplumati, R., & Karz P. (2016). "Global prevalence of burnout among the public health workforce." *Human Resource for Health*, 12, Article 30. <https://doi.org/10.1186/s13047-016-0037-z>
- World Economic Forum. (2023, September). "Addressing healthcare worker burnout and the urgent path to SDG3." <https://www.weforum.org/stories/2023/09/addressing-healthcare-worker-burnout-and-the-urgent-path-to-sdg3-health/>
- OMS Europa. (2020). "European Health Report 2020."
- WHO (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases
- [Why addressing burnout among healthcare workers is crucial to advance health-related SDGs | World Economic Forum](https://www.who.int/news/item/28-06-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon)



Apêndice III - Cartaz realizado no Dia Mundial da Saúde Mental: Desconstruindo mitos em saúde mental

**DIA MUNDIAL  
DA SAÚDE  
MENTAL**

*10 outubro*



*Desconstruindo mitos em saúde mental*

**Mitos**

**vs**

**Realidade**

- ✘ Ter problemas mentais é fraqueza;
- ✘ Os problemas de saúde mental são raros, nunca serei afetado;
- ✘ As pessoas com problemas de saúde mental são violentas;
- ✘ Os medicamentos de saúde mental viciam sempre;
- ✘ Quem fala em suicídio só quer chamar atenção.

- ✔ Todas as pessoas podem passar por isso. Não é fraqueza, é humano;
- ✔ Os problemas de saúde mental são bastante comuns e podem afetar as pessoas em qualquer fase da vida;
- ✔ O estigma e a discriminação são muitas vezes mais difíceis que a doença;
- ✔ Quando usados sob orientação médica, são seguros e eficazes;
- ✔ Falar é um pedido de ajuda e deve ser levado a sério.



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



## Apêndice IV- Plano de sessões da TCC



### Unidade Intervenção Comunitária (UIC)

Intervenção Psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo do  
Comportamento (TCC)

<p><b>Designação:</b> Intervenção Psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)</p> <p><b>População-alvo:</b> Pessoa com necessidade em saúde mental, com o diagnóstico de Perturbação Bipolar tipo 1</p>	<p><b>Número de sessões: 5</b></p>
<p><b>Enquadramento</b></p>	
<p>A Intervenção psicoterapêutica baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) representa uma abordagem psicoterapêutica empiricamente validada e amplamente aplicada no tratamento da Perturbação Bipolar (PB). Fundamenta-se na teoria cognitiva formulada por Beck (1976), que sustenta que os processos cognitivos — nomeadamente os pensamentos automáticos e as distorções cognitivas — têm um papel preponderante na gênese e manutenção das alterações emocionais e comportamentais características das perturbações psiquiátricas. Esta perspetiva aponta que padrões cognitivos disfuncionais contribuem para a vulnerabilidade do indivíduo a estados de humor disregulados, facilitando a aparecem de episódios depressivos e maníacos.</p> <p>A TCC articula estratégias de modificação cognitiva, com técnicas comportamentais focadas na identificação e reestruturação dessas crenças e pensamentos disfuncionais, promovendo o desenvolvimento de habilidades adaptativas para regulação emocional e resolução de problemas (Beck, 2011). No contexto específico da PB, a TCC é utilizada como uma intervenção complementar ao tratamento farmacológico, visando potenciar a adesão terapêutica, reduzir a frequência e gravidade das recaídas e promover a estabilidade do humor e a funcionalidade psicossocial (Miklowitz et al., 2007).</p> <p>Diversos estudos meta-analíticos confirmam o efeito da TCC neste domínio. Chiang et al. (2017) evidenciaram que a TCC diminui significativamente o risco de recaída, apresentando uma razão de odds (OR) próxima de 0,506, o que indica um efeito protetor robusto. Adicionalmente, impactos positivos são observados na</p>	

redução dos sintomas depressivos e maníacos e na melhoria das competências sociais e funcionais dos utentes. Szentagotai & David (2008) reportaram efeitos de tamanho pequeno a moderado em vários desfechos sintomáticos, sublinhando ainda a importância de integrar esta intervenção psicoterapêutica em programas multidisciplinares.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) enquadra as intervenções psicossociais, entre as quais a TCC, como elementos essenciais das estratégias terapêuticas recomendadas para a PB, enfatizando seu papel na promoção da autonomia, no empowerment do utente e na construção de um plano de vida equilibrado e funcional. O modelo terapêutico enfatiza a importância do reconhecimento e modificação de padrões de pensamento automáticos negativos, a regulação emocional e a promoção de comportamentos adaptativos que favorecem a resiliência psicológica, contribuindo assim para a manutenção da saúde mental a longo prazo.

Neste sentido, a TCC não só trata os sintomas agudos, mas também investe no fortalecimento das capacidades individuais para gerir o próprio estado emocional, antecipar e gerir sinais precoces de recaída, e estabelecer estratégias funcionais de coping. Esta abordagem terapêutica integra, portanto, um processo colaborativo em que o utente é participante ativo no seu tratamento, o que se alinha com os princípios contemporâneos do cuidado centrado na pessoa e das práticas de recuperação em saúde mental.

#### **Objetivos Gerais**

- Promover a compreensão da Perturbação Bipolar e do impacto na saúde e bem-estar da utente;
- Desenvolver estratégias de autocontrolo emocional e de prevenção de recaídas;
- Aumentar a literacia em saúde mental e reforçar a adesão terapêutica;
- Favorecer o autoconhecimento e o empowerment pessoal;
- Promover a construção de um plano de vida equilibrado e saudável.

#### **Objetivos Específicos**

- Estabelecer uma relação terapêutica de confiança e segurança;
- Facilitar a aceitação do diagnóstico e o reconhecimento dos sintomas;
- Identificar fatores predisponentes, desencadeantes e perpetuadores da perturbação;
- Reforçar a importância da adesão ao regime medicamentoso e do acompanhamento clínico;

- Reconhecer pensamentos automáticos e distorções cognitivas;
- Aprender a substituir pensamentos disfuncionais por alternativas racionais e equilibradas;
- Identificar sinais precoces de recaída e fatores de risco;
- Aplicar técnicas de coping, regulação emocional e relaxamento;
- Desenvolver um plano pessoal de prevenção de recaídas e objetivos de vida saudáveis.

<b>Destinatário</b>
Utente acompanhada pela UIC da ULS da região Centro com o diagnóstico de PB
<b>Material</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala ampla;</li> <li>• Cadeiras;</li> <li>• Computador;</li> <li>• Projetor.</li> </ul>
<b>Tempo de realização</b>
Sessão 0- 60 minutos
<b>Procedimento</b>
<p><b>Introdução</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação formal do terapeuta e da utente, reforçando a confidencialidade e o propósito terapêutico da sessão;</li> <li>• Criação de um ambiente acolhedor, empático e livre de julgamentos, promovendo a participação ativa;</li> <li>• Apresentação dos objetivos gerais da intervenção e explicação da abordagem cognitivo-comportamental;</li> <li>• Levantamento das expectativas da utente e breve revisão das sessões anteriores (caso aplicável);</li> <li>• Introdução ao plano da sessão integrada, explicando a sequência dos temas a abordar.</li> </ul> <p><b>Desenvolvimento</b></p> <p><b>1. Psicoeducação sobre Perturbação Bipolar e Regime Medicamentoso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir o conceito de Perturbação Bipolar e diferenciar os tipos I e II;</li> <li>• Discutir os principais sintomas das fases maníaca, hipomaníaca e depressiva;</li> <li>• Explicar o papel do tratamento farmacológico e os riscos da interrupção da</li> </ul>

medicação;

- Promover a compreensão do autocuidado como parte essencial da estabilidade clínica;
- Introduzir o **diário de humor** como ferramenta de monitorização e autorregulação.

## **2. Identificação de Pensamentos Automáticos e Distorções Cognitivas**

- Explicar o conceito de pensamento automático e sua influência no humor e comportamento;
- Identificar, com a utente, situações do quotidiano que geram emoções negativas ou impulsivas;
- Reconhecer distorções cognitivas (ex.: generalização, catastrofização, pensamento “tudo ou nada”);
- Realizar exercício prático de **reestruturação cognitiva**, substituindo pensamentos automáticos por alternativas mais equilibradas e realistas;
- Reforçar o impacto positivo da auto-observação cognitiva na estabilidade emocional.

## **3. Reconhecimento Precoce de Sinais de Recaída**

- Explicar o conceito de recaída e a diferença entre flutuações normais de humor e sinais clínicos de alerta;
- Identificar sinais pessoais de recaída em fases maníacas e depressivas;
- Explorar fatores desencadeantes individuais (ex.: stress, privação de sono, consumo de substâncias, interrupção do tratamento);
- Discutir estratégias práticas de prevenção e de procura precoce de ajuda.

## **4. Gestão do Stress e Controlo Emocional**

- Promover a consciência emocional e a identificação de gatilhos de stress;
- Explorar a relação entre impulsividade e variação do humor;
- Treinar técnicas de regulação emocional e relaxamento, nomeadamente:
  - Respiração diafragmática;
  - Mindfulness e atenção plena;
  - Distração saudável e atividades prazerosas;
  - Utilização do diário emocional como ferramenta de registo e reflexão.

## **5. Planeamento de Vida e Prevenção de Recaídas**

- Revisão das estratégias aprendidas e reflexão sobre o efeito individual de cada

técnica;

- Identificação das estratégias de coping mais funcionais para a utente;
- Elaboração de um Plano Pessoal de Prevenção de Recaídas, incluindo sinais de alerta, estratégias de resposta e contactos de suporte;
- Definição de objetivos pessoais e familiares de curto e médio prazo;
- Organização de rotinas saudáveis (sono, alimentação, lazer, apoio social e seguimento clínico).

#### **Conclusão**

- Síntese dos conteúdos abordados e reforço dos principais ganhos terapêuticos;
- Valorização do empenho e participação da utente;
- Esclarecimento de dúvidas e expressão livre de sentimentos sobre a experiência;
- Reforço da importância da continuidade do acompanhamento clínico e da adesão ao tratamento;
- Agendamento de seguimento futuro ou integração noutra programa psicoterapêutico, conforme necessidade identificada.

#### **Bibliografia**

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Chiang, K.-Y., Chen, Y.-L., Wahlqvist, M. L., Lee, M.-S., Willett, W. C., & Taiwan Food Panel. (2017). Efficacy of cognitive behavioral therapy in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. *Bipolar Disorders*, 19(8), 671–683. <https://doi.org/10.1111/bdi.12535>
- Miklowitz, D. J., Biuckians, A., & Richards, J. A. (2007). Early intervention for bipolar disorder: A clinical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 695–707. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31805f1f27>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2018). *Bipolar disorder*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>
- Szentagotai, A., & David, D. (2008). *The efficacy of cognitive behavioural therapy in bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials*. Scholars at Mount Sinai Publications.



Apêndice V- PPT TCC sessão 0 e 1

## MANIA VS HIPOMANIA

**Mania**

- Humor: elevado, expansivo ou irritável de forma intensa.
- Duração: pelo menos 1 semana (ou menos se houver necessidade de hospitalização).
- Sintomas: podem incluir aumento da energia, fúria ridícula, pensamentos acelerados, impulsividade, comportamento de risco, diminuição da necessidade de sono.
- Impacto: causa prejuízos **significativos** no trabalho, vida social ou familiar podendo necessitar de hospitalização.
- Exemplo: gastar grandes somas de dinheiro impulsivamente, envolver-se em conflitos ou projetos arriscados sem considerar consequências.

**Hipomania**

- Humor: elevado, expansivo ou irritável, mas menos intenso que na mania.
- Duração: pelo menos 4 dias consecutivos.
- Sintomas: semelhantes aos da mania (energia aumentada, menor necessidade de sono, pensamento acelerado), mas **não causam prejuízo significativo** na vida diária. Impacto geralmente **funciona bem social e profissionalmente**, apesar de mudanças notáveis no comportamento.
- Exemplo: sentir-se extremamente produtivo e criativo, falar mais do que o habitual, mas sem consequências graves.

## O que pode fazer para gerir melhor a doença?

A gestão eficaz da PB requer uma abordagem ativa e multifacetada. Pequenas ações diárias fazem uma diferença enorme.

**Rotina Regular**  
Manter horários consistentes de sono, refeições e atividades físicas é fundamental para estabelecer os ritmos biológicos e prevenir oscilações do humor.

**Comunicação Ativa**  
Reconhecer sintomas precoces e comunicá-los prontamente ao médico ou terapeuta permite ajustes rápidos no tratamento e prevenção de crises.

**Apoio e Partilha**  
Participar em grupos de psicoeducação e apoio proporciona validação, reduz isolamento e permite aprender com as experiências de outras pessoas.

## Tarefas para casa



Registar a toma da medicação diariamente (calendário ou app).



Anotar dúvidas ou efeitos adversos para discutir na próxima sessão.

## 1ª Etapa concluída

## Apêndice VI- Psicoeducação sobre “A importância da adesão ao regime medicamentoso na saúde mental”

**A Importância da Adesão ao Regime Medicamentoso na Saúde Mental**

Um guia completo para compreender e melhorar o seu tratamento

SECRETARIA DE SAÚDE MENTAL  
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

### O que é a Adesão ao Tratamento?

Adesão ao tratamento significa tomar os medicamentos exatamente conforme o indicado 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 de Saúde define adesão como o comportamento do paciente em seguir ativamente as recomendações médicas acordadas (OMS, 2002).

### Porquê é tão difícil manter a adesão?

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.

### Impactos da Não Adesão

- 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 recada torna o tratamento subsequentemente mais difícil e prolongado, exigindo doses maiores de medicação de manutenção.

**Dados importantes:** A não-adesão ao tratamento é um problema mundial de magnitude impressionante (WHO, 2002) com uma taxa média estimada de não-adesão de cerca de 50% (Giles, McCague, Vittinghoff Jr, Espiner, 2002 cit in Cordeiro, Nery, & Zaveri, 2008). Estudos científicos mostram que até 50-80% dos pacientes com doenças mentais não seguem corretamente o tratamento prescrito.

### Fatores que Influenciam a Adesão

Múltiplos elementos podem facilitar ou dificultar o cumprimento do tratamento.

- Atitude Pessoal**  
A forma como o utente e a família encaram a medicação influencia diretamente o compromisso.
- Simplicidade**  
Regimes mais simples, com menos comprimidos e horários práticos, facilitam o cumprimento.
- Comunicação**  
Uma relação empática e clara entre utente e profissionais de saúde constitui confiança.
- Apoio Social**  
O suporte da família, amigos e comunidade fornece motivação e encorajamento contínuo.

### Estratégias para Melhorar a Adesão

- Telemoção Personalizada**  
Obter explicações claras sobre a sua doença.
- Relação de Confiança**  
Construa uma parceria forte com a sua equipa de saúde, baseada em diálogo aberto.
- Ferramentas Lúdicas**  
Use alarmes no telemóvel, aplicações de gestão de medicamentos ou calendários visuais.
- Participação Ativa**  
Envolva-se nas decisões sobre o seu tratamento — a concordância terapêutica aumenta o compromisso.

### O Papel da Família e dos Cuidadores

- Apoiar Sem Julgar**  
Ajude a lembrar os horários e motive, mas sem criticar ou pressionar excessivamente.
- Participar Ativamente**  
Quando possível, acompanhe as consultas médicas para compreender melhor o tratamento.
- Compreender Desafios**  
Reconheça as dificuldades do tratamento e ofereça suporte emocional coerente e empático.

### 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.
- Partilhe Dúvidas**  
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.

## O Seu Bem-Estar Está nas Suas Mãos



**Passo Essencial**  
A aderência ao tratamento é fundamental para uma vida mais saudável, equilibrada e feliz.

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

**Juntos na Recuperação**  
Podemos superar os desafios e alcançar uma vida plena e saudável.

**Levante-se** — A recuperação é possível. Acredite em si e no seu tratamento.

**Apêndice VII – Questionário anterior e posterior à psicoeducação sobre “A importância da adesão ao regime medicamentoso na saúde mental”**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – ESCOLHA MÚLTIPLA**

**1. O que significa adesão ao tratamento medicamentoso?**

- A. Tomar a medicação apenas quando surgem sintomas
- B. Tomar os medicamentos exatamente como indicado pelo médico
- C. Ajustar doses conforme a vontade do utente
- D. Tomar apenas a medicação que causa menos efeitos secundários

**2. Porque é que a medicação é recomendada no tratamento da doença mental?**

- A. Porque elimina completamente a doença
- B. Porque reduz sintomas e diminui o risco de recaídas
- C. Porque substitui a necessidade de apoio psicológico
- D. Porque evita totalmente hospitalizações futuras

**3. O que pode dificultar a adesão ao regime medicamentoso?**

- A. Ter uma boa relação com a equipa de saúde
- B. Informação clara sobre a doença
- C. Esquecimentos e rotinas complicadas
- D. Uso de alarmes como lembrete

**4. Qual é uma consequência comum da não adesão à medicação?**

- A. Estabilização rápida dos sintomas
- B. Menor risco de internamento
- C. Recaídas e maior probabilidade de hospitalização
- D. Aumento imediato da qualidade de vida

**5. Qual das seguintes afirmações é verdadeira sobre efeitos secundários?**

- A. Devem ser ignorados se forem ligeiros
- B. Devem ser motivo para suspender a medicação sem avisar o médico
- C. São comuns e devem ser comunicados ao médico antes de interromper o tratamento
- D. Indicam sempre que a medicação não funciona

**6. Segundo estudos referidos na psicoeducação, qual a percentagem aproximada de utentes com doença mental que não seguem corretamente o tratamento?**

- A. 5–10%
- B. 20–30%
- C. 50–60%
- D. Mais de 90%

**7. Qual estratégia ajuda a melhorar a adesão ao tratamento?**

- A. Evitar tirar dúvidas para não incomodar a equipa de saúde
- B. Utilizar aplicações, alarmes ou calendários de lembrete
- C. Tomar a medicação apenas quando se sente pior
- D. Aumentar doses nos dias de maior stress

**8. Por que razão a participação ativa do utente na decisão terapêutica é importante?**

- A. Porque facilita suspender a medicação quando desejar
- B. Porque aumenta a concordância com o tratamento e o compromisso
- C. Porque permite escolher a medicação mais barata
- D. Porque reduz a necessidade de acompanhamento médico

**9. O que deve fazer o utente quando tem dúvidas ou receios sobre a medicação?**

- A. Esperar que desapareçam por si só
- B. Parar a medicação até falar com alguém
- C. Partilhar abertamente com a equipa de saúde
- D. Procurar informações na internet e decidir sozinho

**10. Que impacto a não adesão pode ter no tratamento futuro?**

- A. Facilita ajustar doses mais baixas
- B. Não tem impacto significativo
- C. Pode tornar futuro tratamento mais difícil e prolongado
- D. Melhora a resposta aos medicamentos seguintes

**Respostas corretas:** B; B; C; C; C; C; B; B; C; C.

Apêndice VIII- PPT TCC sessão 2

REPUBLICA PORTUGUESA SNS INSTITUCIONAL

**Baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental**

**INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA**

**PERTURBAÇÃO BIPOLAR**



Dr.ª Helena Duarte  
Ela trabalha com a intervenção em terapêutica de Saúde Mental e Psicologia

**Enquadramento da Intervenção**

- Planeamento
- Sessão 0 Apresentação
- Sessão 1 Psicoeducação sobre Perturbação Bipolar Psicoeducação sobre Gestão do Regime Medicamentoso
- Sessão 2 Identificação de Pensamentos Automáticos e Distorções Cognitivas
- Sessão 3 Reconhecimento Precoce de Sinais de Recaída
- Sessão 4 Gestão do Stress e Controlo Emocional
- Sessão 5 Planeamento de Vida e Prevenção de Recaídas

**Reforço da Sessão Anterior**

**Psicoeducação sobre Perturbação Bipolar (PB)**

- A PB é uma condição crónica do humor com oscilações entre mania/hipomania e depressão.

**Gestão do Regime Medicamentoso**

- A adesão ao tratamento é essencial para a estabilidade do humor e prevenção de recaídas.
- Ajustes devem ser feitos somente com supervisão médica.

**Estratégias de Gestão da Doença**

- Rotina Regular:** manter horários consistentes de sono, refeições e atividade física para prevenir oscilações do humor.
- Comunicação Ativa:** reconhecer sinais precoces e informar médico/terapeuta rapidamente.
- Apoio e Partilha:** participar em grupos de psicoeducação e apoio reduz isolamento e permite aprender com outros.

**Sessão 2**

**Objetivos:**

- Identificar pensamentos automáticos que surgem em situações do dia a dia;
- Reconhecer distorções cognitivas que aumentam a irritabilidade ou a tristeza;
- Aprender a questionar pensamentos negativos;
- Substituir pensamentos automáticos por alternativas mais equilibradas;
- Melhorar o humor e a autoestima.

**COMO FOI A SEMANA?**

**HOUVE SITUAÇÕES QUE A DEIXARAM IRRITADA OU TRISTE?**

**QUE PENSAMENTOS SURTIRAM NESSAS SITUAÇÕES?**

**Sessão 2**

**O QUE ACHA QUE SÃO PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS?**

- Ideias rápidas que passam pela cabeça;
- Podendo ser positivos, neutros ou negativos;
- Mudam o humor e as emoções;
- Muitas vezes nem percebemos que surgem.

Observe os pensamentos que surgem em situações difíceis

Pergunte-se: "O que passou pela minha cabeça agora?"

Anote pensamentos negativos ou automáticos

**OBJETIVO:** Identificar pensamentos ajuda a perceber padrões e começar a mudá-los

**Distorções Cognitivas Comuns**

**Exemplos:**

- Tudo ou nada:** "Se não faço perfeito, falhei";
- Catastrofização:** "Vai correr tudo mal!";
- Leitura da mente:** "Ele(a) pensa mal de mim";
- Personalização:** "É minha culpa se algo dá errado".

**Dica:** Identificar a distorção ajuda a questionar o pensamento

**Pensamento Alternativo**

**Objetivo:** substituir pensamentos automáticos por pensamentos mais equilibrados

**Exemplo:**

- Pensamento original: "Não consigo lidar com nada";
- Pensamento alternativo: "Algumas coisas são difíceis, mas consigo lidar com a maioria delas".

**Dica:**  
Pratique criar alternativas sempre que surgir um pensamento negativo

**Exercício Prático**

Vamos praticar o que falámos:

- Escolha um pensamento que teve esta semana
  - Houve algo esta semana que o incomodou?
  - Houve algum conflito ou momento em que se sentiu mais em baixo?
- O que passou pela cabeça nesse momento?
  - Esses são os pensamentos automáticos, aparecem logo, sem darmos conta
- Agora vamos tentar reformular esse pensamento de uma forma mais justa e realista
  - Tenho dificuldades em algumas coisas, mas também sou capaz noutras.
  - Pode comer mal, mas também pode comer bem.
  - Posso não agradar a todos, e está tudo bem.

**Como se sente quando pensa desta forma alternativa?**

A ideia é ajudá-la a perceber que mudar o pensamento muda a emoção.

**Conclusão da Sessão**

- Todos temos pensamentos automáticos
- Eles influenciam emoções, humor e comportamento
- Podemos identificar e questionar pensamentos negativos
- Criar pensamentos alternativos ajuda a sentir-se melhor e lidar com situações difíceis

**Lembre-se: não podemos controlar todos os pensamentos que surgem, mas podemos escolher quais queremos alimentar.**

Apêndice IX- PPT TCC sessão 3

REPUBLICA PORTUGUESA  
SNS  
CENTRO NACIONAL DE SAÚDE

**Baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental**

**INTERVENÇÃO PSICOTERAPÉUTICA**

**PERTURBAÇÃO BIPOLAR**

Dr.ª Ana Carolina  
Departamento Clínico de Intervenção em Psicopatologia  
Centro Nacional de Saúde

**Enquadramento da Intervenção**

- Planeamento
- ☐ Sessão 0 Apresentação
- ☐ Sessão 1 Psicoducção sobre Perturbação Bipolar  
Psicoducção sobre Gestão da Regime Medicamentosa
- ☐ Sessão 2 Identificação de Pensamentos Automáticos e Distorções Cognitivas
- ☐ Sessão 3 Reconhecimento precoce de Sinais de Recaída
- ☐ Sessão 4 Gestão do Stress e Controlo Emocional
- ☐ Sessão 5 Planeamento de Vida e Prevenção de Recaídas

**Sessão 3**

Recordar as sessões anteriores:

- ☐ Sessão 1 → compreender a perturbação e a importância da adesão
- ☐ Sessão 2 → reconhecer e desafiar pensamentos automáticos
- ☐ Sessão de hoje:  
**Hoje vamos aprender a reconhecer os primeiros sinais de recaída para agir antes que o episódio se instale.**

**Sessão 3**

**Objetivos:**

- Identificar sinais precoces individuais de recaída
- Reconhecer fatores desencadeantes
- Distinguir entre variações normais do humor e sinais de alerta clínico, reforçando o autoconhecimento emocional
- Explorar situações ou fatores desencadeantes

**O que é uma recaída?**

Pequenas mudanças → grandes sinais

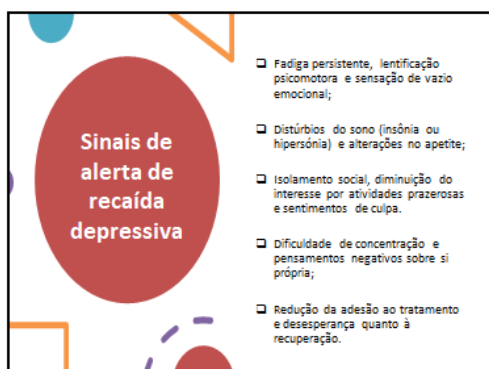
- ☐ Recaída é o reaparecimento gradual de sintomas (maníacos ou depressivos) após um período de estabilidade;
- ☐ Nem sempre acontece de forma súbita, geralmente surgem pequenos sinais de alerta antes da descompensação;
- ☐ Reconhecer esses sinais precocemente permite agir a tempo, pedir ajuda e evitar hospitalizações.

**Quanto mais cedo uma pessoa perceber, maior a probabilidade de evitar uma crise total ou hospitalização.**

**Já reparou em pequenas mudanças em si antes de uma crise?**

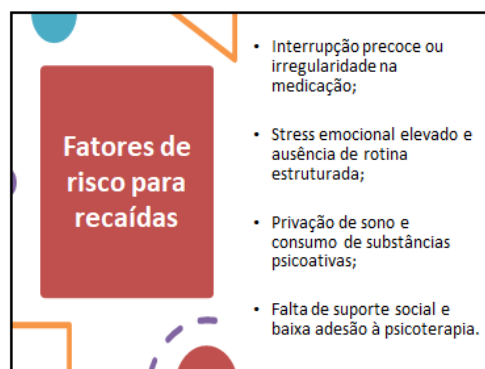
**Sinais de alerta de recaída em fase maníaca**

- ☐ Redução da necessidade de sono ou insónia;
- ☐ Aumento da energia, da produtividade e da sensação de autoconfiança exagerada;
- ☐ Fala acelerada, fuga de ideias e maior envolvimento em atividades arriscadas (compras, impulsividade sexual ou financeira);
- ☐ Irritabilidade, impaciência ou comportamento expansivo;
- ☐ Negligência ao tratamento medicamentoso e resistência às orientações clínicas.



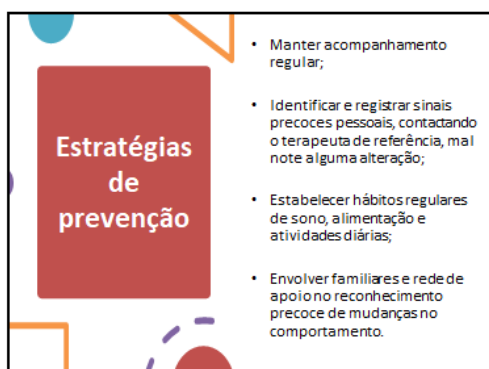
### Sinais de alerta de recaída depressiva

- ❑ Fadiga persistente, lentificação psicomotora e sensação de vazio emocional;
- ❑ Distúrbios do sono (insônia ou hipersônia) e alterações no apetite;
- ❑ Isolamento social, diminuição do interesse por atividades prazerosas e sentimentos de culpa.
- ❑ Dificuldade de concentração e pensamentos negativos sobre si própria;
- ❑ Redução da adesão ao tratamento e desesperança quanto à recuperação.



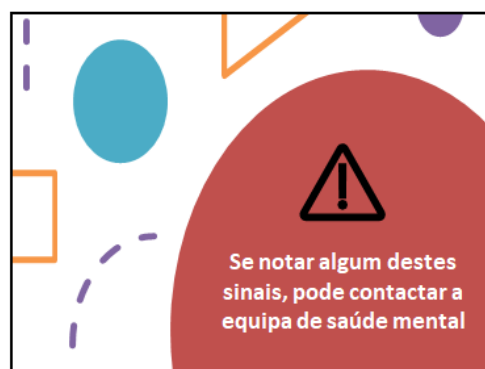
### Fatores de risco para recaídas

- Interrupção precoce ou irregularidade na medicação;
- Stress emocional elevado e ausência de rotina estruturada;
- Privação de sono e consumo de substâncias psicoativas;
- Falta de suporte social e baixa adesão à psicoterapia.



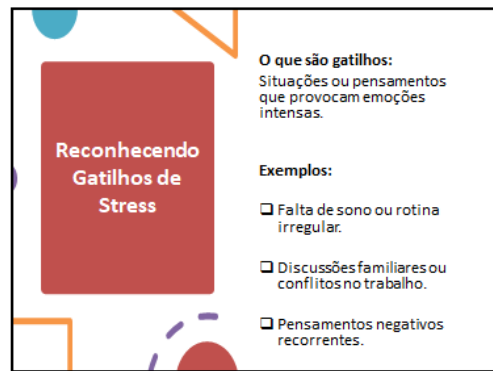
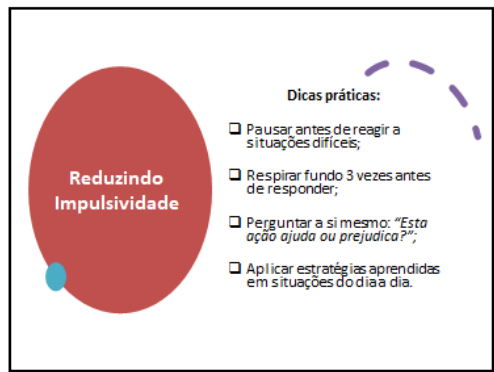
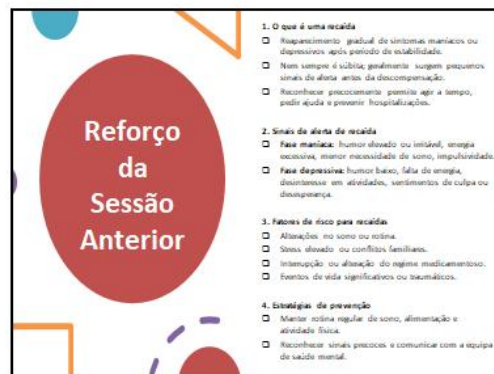
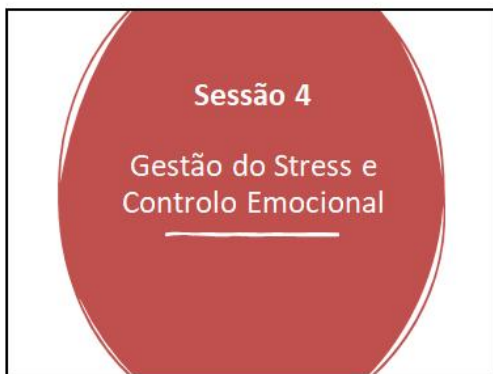
### Estratégias de prevenção

- Manter acompanhamento regular;
- Identificar e registrar sinais precoces pessoais, contactando o terapeuta de referência, mal note alguma alteração;
- Estabelecer hábitos regulares de sono, alimentação e atividades diárias;
- Envolver familiares e rede de apoio no reconhecimento precoce de mudanças no comportamento.



**Se notar algum destes sinais, pode contactar a equipa de saúde mental**

Apêndice X- PPT TCC sessão 4





## Apêndice XI – Sessão de Mindfulness

### Sessão de Mindfulness – Estrutura Completa

**Objetivo geral:**

Ajudar a utente a desenvolver consciência do momento presente, reduzir reatividade emocional e aprender a observar pensamentos e emoções sem julgamento.

**Duração:** 30–40 minutos

#### 1. Boas-vindas e introdução

**O que dizer:**

*"Hoje vamos fazer uma sessão de mindfulness. Mindfulness significa prestar atenção ao momento presente de forma consciente, sem julgar o que sentimos ou pensamos. O objetivo é perceber os nossos pensamentos e emoções, e aprender a lidar com eles de forma mais calma."*

**Pergunta de abertura:**

*"Já experimentou alguma vez parar e observar a sua respiração ou os seus pensamentos sem reagir imediatamente?"*

#### 2. Preparação e postura

**Orientações:**

- Sentar-se confortavelmente, pés apoiados no chão, mãos sobre as pernas.
- Coluna ereta mas relaxada, ombros soltos.
- Olhos fechados ou fixar um ponto à frente.

*"Vamos começar por perceber o nosso corpo e o nosso espaço. Sinta o peso do corpo na cadeira, os pés no chão, as mãos sobre as pernas. Apenas perceba sem mudar nada."*

#### 3. Atenção à respiração

**Exercício:**

- Inspirar pelo nariz contando até 4.
- Segurar 2 segundos.
- Expirar pela boca contando até 6.
- Observar o movimento do abdômen e do peito.

*"Vamos focar a atenção na respiração. Se algum pensamento surgir, apenas observe-o e*

*volte a atenção à respiração. Não precisa lutar contra os pensamentos, apenas notar que eles aparecem e desaparecem."*

#### **4. Body scan – atenção ao corpo**

##### **Exercício:**

- Levar a atenção, lentamente, dos pés até à cabeça.
- Notar sensações de pressão, calor, frio, tensão ou relaxamento.
- Sem tentar mudar nada, apenas observar.

*"Agora vamos passar atenção por cada parte do corpo. Começamos pelos pés... subindo lentamente até à cabeça. Apenas perceba as sensações sem julgar."*

#### **5. Observação de pensamentos e emoções**

##### **Exercício:**

- Trazer à mente um pensamento ou emoção presente.
- Observar como aparece e desaparece, como uma nuvem no céu.
- Notar sensações físicas e emocionais associadas.

*"Traga à mente um pensamento que surge com frequência. Observe como ele aparece, se mantém ou desaparece. Apenas observe, sem se criticar ou tentar mudar."*

#### **6. Retorno ao presente**

##### **Exercício:**

- Focar nos sentidos: ouvir sons, sentir o contato dos pés no chão, perceber objetos ao redor.
- Respirar profundamente mais algumas vezes.

*"Vamos voltar ao momento presente. Sinta os pés no chão, ouça os sons à sua volta, perceba a sua respiração. Este é o momento presente, seguro e real."*

#### **7. Reflexão e encerramento**

*"Como se sentiu durante este exercício? O que percebeu sobre os seus pensamentos e emoções? Lembre-se que mindfulness não é sobre parar os pensamentos, mas sim perceber e escolher como reagir a eles."*

Apêndice XII - PPT TCC sessão 5

REPUBLICA PORTUGUESA  
SNS  
N.I.H. Dr. Ricardo Jorge

**Baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental**

**INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA**

**PERTURBAÇÃO BIPOLAR**

104 7 ANEXOS  
Divisão de Saúde Mental em Enfermagem  
Hospital de Santa Apolónia

**Enquadramento da Intervenção**

- Planeamento
- ☐ Sessão 0 Apresentação
- ☐ Sessão 1 Revisão de Tarefas sobre Perturbação Afetiva Bipolar
- ☐ Sessão 2 Revisão de Tarefas sobre Gestão do Regime Medicamentoso
- ☐ Sessão 3 Identificação de Pensamentos Automáticos e Distorções Cognitivas
- ☐ Sessão 3 Reconhecimento Processo de Sinais de Recaída
- ☐ Sessão 4 Gestão do Stress e Controlo Emocional
- ☐ Sessão 5 Planeamento de Vida e Prevenção de Recaídas

**Revisão de Tarefas Anteriores**

Vamos rever os diários, pensamentos automáticos e técnicas que praticou.

**Diário Emocional e Pensamentos Automáticos**

**O que é o Diário Emocional:**

- Ferramenta para registar emoções, pensamentos e comportamentos no dia a dia;
- Ajuda a identificar padrões de humor e gatilhos de stress.

**Como usar:**

- Anotar situação ou evento;
- Descover emoções sentidas e intensidade (ex: 0-10);
- Registrar pensamentos automáticos (ex: "Não consigo fazer nada certo!");
- Indicar resposta ou reação e estratégias usadas.

**Objetivos:**

- Aumentar autoconsciência emocional;
- Identificar pensamentos distorcidos;
- Melhorar capacidade de gerir emoções e comportamentos.

**Diário Emocional e Pensamentos Automáticos**

O diário emocional ajuda a perceber como os pensamentos influenciam as emoções e ações.

**Técnicas de Coping Aplicadas**

**O que são técnicas de coping:**

- Estratégias para lidar com situações de stress ou emoções intensas de forma saudável.

**Exemplos praticados nas sessões:**

- **Respiração diafragmática:** acalma o corpo e reduz ansiedade;
- **Mindfulness:** atenção plena ao momento presente, reduz ruminação;
- **Distração saudável:** caminhadas, música, hobbies para relaxamento;
- **Diário emocional:** escrever sentimentos ajuda a clarificar emoções;
- **Parar antes de reagir:** pensar antes de agir em situações difíceis;
- **Perguntar a si mesmo:** "Esta ação ajuda ou prejudica?"

**Objetivos:**

- Gerir emoções e impulsos;
- Reduzir stress e ansiedade;
- Prevenir recaídas e conflitos.

Estas técnicas são ferramentas que pode aplicar diariamente para manter o bem-estar e enfrentar desafios de forma mais equilibrada.

**O que funcionou melhor para si?**

**Construção do Plano de Prevenção de Recaídas**

- Identificação de sinais de alerta;
- Estratégias de coping específicas;
- Contactos de emergência e redes de apoio.

**Isto irá ajudar a sentir-se mais segura e preparada para possíveis desafios**

## Definição de Objetivos Pessoais e Familiares

### Metas de Curto Prazo

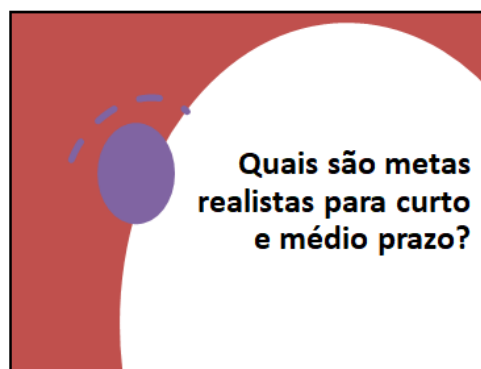
- Organizar rotina diária
- Dedicar tempo a lazer e hobbies
- Melhorar hábitos de sono

### Metas de Médio Prazo

- Gerir finanças pessoais/familiares
- Desenvolver projetos pessoais ou profissionais
- Fortalecer relações familiares e sociais

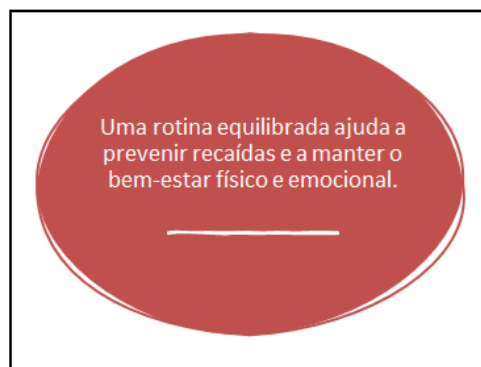
### Dicas para definir metas:

- Sejam realistas e alcançáveis
- Priorizem o que é mais importante para si e para a família
- Dividam objetivos maiores em passos pequenos e concretos

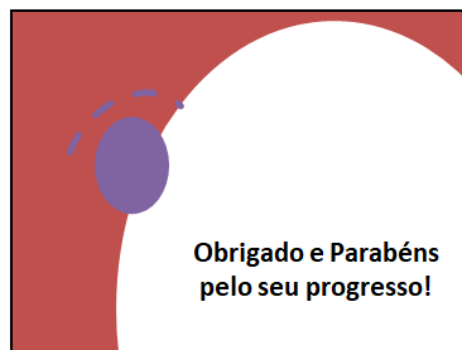


## Organização de Rotinas Saudáveis

- Estruturar horários: sono, alimentação, atividades prazerosas
- Integrar técnicas aprendidas para gerir stress e emoções;
- Revisão periódica do plano.



Hoje consolidamos tudo o que aprendeu. O objetivo é que se sinta confiante para aplicar estas estratégias de forma autónoma.



## **Apêndice XIII – Instrução de Trabalho sobre violência durante a visita domiciliária**

### **Palavras Chave**

Visita Domiciliária; Violência

### **Objetivo**

#### Objetivo Geral

- Garantir a segurança dos profissionais de saúde durante as visitas domiciliárias (VD), promovendo a prevenção, identificação e gestão adequada de situações de violência por parte do utente.

#### Objetivos Específicos

- Reconhecer sinais de alerta e fatores de risco que possam indicar comportamento agressivo do utente;
- Aplicar estratégias de comunicação verbal e não verbal adequadas de forma a acalmar o utente e prevenir a escalada comportamental, durante a visita domiciliária;
- Utilizar procedimentos de segurança física e técnicas de proteção pessoal durante a visita domiciliária;
- Atuar de forma segura e estruturada em situações de violência, solicitando apoio quando necessário;
- Garantir o registo correto e completo de incidentes de violência;
- Promover o apoio psicológico e o debriefing para profissionais envolvidos em episódios de violência;
- Conhecer e utilizar recursos institucionais e comunitários disponíveis para prevenção e gestão de violência;

### **Âmbito**

Aplica-se a todos os profissionais de saúde que realizem visitas domiciliárias no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), incluindo enfermeiros, médicos, assistentes sociais e todos os técnicos de saúde, em qualquer contexto de atendimento ao domicílio.

## Documentos de Referência

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). The tidal model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Nursing Philosophy*, 6(3), 137–150. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2005.00215.x>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2019). Gestão de riscos em saúde: Guia para prevenção da violência e segurança dos profissionais de saúde. Lisboa: DGS.

Harris, M., & Fallot, R. D. (2001). Using trauma theory to design service systems. Jossey-Bass.

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2016). Mental health: Strengthening our response. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Peplau, H. E. (1952). Interpersonal relations in nursing. G. P. Putnam's Sons.

Sousa, P., Queirós, C., & Mendonça, R. (2021). Workplace violence in community mental health nursing: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 894–906. <https://doi.org/10.1111/inm.12837>

## Definições e Abreviaturas

**DPSM** - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**PSP** - Polícia de Segurança Pública

**RISI** - Registo de Incidentes de Segurança do Utente e/ou Profissionais

**VD** - Visita Domiciliária

**UIC** - Unidade de Intervenção Comunitária

## Descrição

Esta Instrução de Trabalho define o conjunto de procedimentos e orientações essenciais para garantir a segurança dos profissionais de saúde da Unidade de Intervenção Comunitária (UIC) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde, durante visitas domiciliárias. Pretende uniformizar a prática da equipa multidisciplinar, assegurando uma intervenção estruturada e eficaz face a situações de risco ou violência, ao mesmo tempo que promove a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados no contexto comunitário.

As visitas domiciliárias constituem um pilar fundamental da intervenção comunitária em saúde mental, permitindo a aproximação do serviço ao utente, a avaliação em contexto real das condições familiares e sociais, assim como o reforço da relação terapêutica. Estas ações possibilitam o acompanhamento contínuo, promoção da adesão ao tratamento, apoio a famílias e cuidadores, reabilitação psicossocial e a prevenção de internamentos hospitalares desnecessários.

No entanto, o meio domiciliário apresenta desafios inerentes à sua natureza menos controlada e à diversidade de situações clínicas e sociais, incluindo quadros de crise psicótica, consumo de substâncias e tensão familiar, que podem desencadear comportamentos agressivos. Deste modo, impõe-se à equipa adotar estratégias robustas de prevenção, deteção precoce e gestão segura ao longo destas visitas, incluindo a aplicação de técnicas comunicacionais adequadas, utilização de medidas de proteção pessoal e recurso a apoios institucionais e comunitários.

A abordagem prática da equipa sustenta-se em modelos teóricos consagrados — nomeadamente, na Teoria das Relações Interpessoais (Peplau, 1952), na Teoria da Transição (Meleis, 2010) e no Modelo de Atenção Informada por Trauma (Harris & Fallot, 2001) — e segue as orientações da Direção-Geral da Saúde no âmbito da Gestão de Riscos (DGS, 2019). Este arcabouço teórico-prático assegura que a intervenção seja eficaz, segura e humanizada, promovendo ambientes terapêuticos que respeitem a dignidade e os direitos de todos os intervenientes.

Esta Instrução de Trabalho orienta ainda o reconhecimento dos sinais de alerta, estratégias de desescalada verbal e não verbal, uso de técnicas físicas de autoproteção, procedimentos para atuação em situações de violência, registo rigoroso dos incidentes e promoção do apoio psicológico e debriefing aos profissionais envolvidos. Incentiva, por fim, o conhecimento e a utilização das redes de recursos institucionais e comunitários

disponíveis para a gestão e prevenção da violência, consolidando uma cultura de segurança e qualidade nos cuidados comunitários em saúde mental.

Neste enquadramento, os profissionais devem:

- Reconhecer sinais de alerta e fatores de risco que possam indicar comportamento agressivo;
- Aplicar estratégias de comunicação verbal e não verbal que favoreçam a desescalada e a prevenção da escalada comportamental;
- Utilizar procedimentos de segurança física e técnicas de proteção pessoal adequadas durante a VD;
- Atuar de forma segura e coordenada em situações de violência, solicitando apoio sempre que necessário;
- Garantir o registo correto, objetivo e completo do incidente (em notas no SClínico e no Registo de Incidentes de Segurança do Utente e/ou Profissionais - RISI);
- Promover o apoio psicológico e a realização de **debriefing\*** para os profissionais envolvidos;
- Conhecer e recorrer aos recursos institucionais e comunitários disponíveis para prevenção e gestão da violência.

**\*debriefing** é um termo utilizado em contexto profissional para se referir a um processo estruturado de reflexão e análise após um evento crítico.

Desta forma, a instrução assegura que a intervenção em contexto domiciliário seja fundamentada teoricamente, organizada de forma prática e consistente, promovendo simultaneamente a segurança dos profissionais e utentes, a qualidade dos cuidados e a humanização das interações em saúde mental.

### **Tipos de Violência**

- Verbal: insultos, gritos, ameaças;
- Não-verbal/intimidatória: gestos, posturas hostis, aproximação invasiva;
- Física: empurrões, arremesso de objetos, agressão direta;
- Psicológica: manipulação, chantagem, intimidação.

### **Fatores de Risco para Violência em Saúde Mental**

- História prévia de agressividade;
- Diagnósticos psiquiátricos com sintomas psicóticos ativos (delírios persecutórios, alucinações auditivas imperativas / de comando);
- Consumos ou abstinência de substâncias psicoativas;
- Impulsividade, baixa tolerância à frustração;
- Stresse ambiental ou conflitos familiares durante a visita;
- Intervenções mal compreendidas ou percebidas como intrusivas.

### **Sinais de Alerta Precoce**

- Alteração súbita do tom de voz;
- Inquietação / Agitação psicomotora;
- Evitamento de contato visual ou olhar fixo ameaçador;
- Movimentos bruscos, fechar os punhos, gesticular de forma agitada;
- Frases de ameaça explícita ou insinuada.

O reconhecimento precoce permite aplicar técnicas de desescalada verbal antes que ocorra agressão.

### **Estratégias de Prevenção e Atuação**

#### **1. Planeamento da visita**

- Avaliar risco antecipadamente (história clínica, relatos da família, episódios prévios);
- Realizar visitas em dupla quando risco elevado;
- Ter contacto com equipa de suporte (telefone, polícia em último caso).

#### **2. Durante a visita**

- Comunicação clara, empática, com tom calmo;
- Postura corporal não ameaçadora (manter distância, nunca bloquear saídas);

- Evitar discussão ou confronto direto;
- Se sinais de escalada → focar em segurança, encerrar visita se necessário.

### **3. Em caso de agressão**

- Priorizar a segurança: afastar-se do local, solicitar apoio;
- Evitar uso de força física, exceto em autodefesa;
- Comunicar com equipa multidisciplinar;
- Em casos extremos, contactar:
  - Serviços de emergência média (112);
  - Polícia de Segurança Pública (PSP) – 234 078 400;
  - **Guarda Nacional Republicana (GNR) - 234 378 220;**
  - Enfermeiro Chefe do DPSM;
  - Diretor do DPSM;
  - Familiar do utente, se necessário para gerir a situação ou mediar o conflito.

**Estes contactos devem estar gravados em todos os telefones do DPSM**

### **4. Após o incidente**

- Registrar o episódio detalhadamente (local, hora, utente, tipo de agressão);
- Notificar a instituição pelo RISI;
- Realizar debriefing com a equipa para refletir e prevenir recidivas;
- Apoio psicológico aos profissionais, se necessário.

### **Importância do Registo e Notificação**

O registo é essencial por três razões:

1. **Legal** – Proteger o profissional e a instituição;
2. **Clínica** – Documentar comportamentos do utente, podendo indicar agravamento do quadro;

3. **Gestão de risco** – Permite à instituição monitorizar incidentes e reforçar medidas de prevenção.

### **Recursos e Normas em Portugal**

- Manual de Prevenção da Violência no Setor da Saúde – DGS
- Orientação nº 001/2022 – DGS sobre registo clínico de violência em adultos.
- Programa Nacional de Saúde Mental: Reforça a necessidade de segurança e continuidade dos cuidados na comunidade.

### **Responsabilidades**

#### **Profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, assistentes sociais e técnicos de saúde):**

- Manter os contactos de emergência atualizados e acessíveis;
- Avaliar riscos antes e durante a visita domiciliária;
- Reconhecer sinais de alerta de comportamento agressivo;
- Aplicar estratégias de comunicação e de desescalada verbal;
- Utilizar técnicas de proteção pessoal e procedimentos de segurança física;
- Garantir o registo correto e completo de incidentes no SClinico e no RISI;
- Solicitar apoio à equipa ou a serviços externos sempre que necessário;
- Participar em sessões de debriefing e apoio psicológico após incidentes;
- Conhecer e recorrer aos recursos institucionais e comunitários disponíveis.

#### **Enfermeiro Coordenador / Chefe:**

- Garantir que todos os profissionais da UIC estão informados e treinados quanto às normas de segurança;
- Supervisionar a aplicação correta dos procedimentos durante VD;
- Assegurar que os incidentes são registados e analisados;
- Organizar debriefing e apoio psicológico após incidentes;
- Atualizar protocolos e medidas de prevenção, conforme necessário;

- Se necessário, escalar um outro profissional de saúde para a realização da VD de risco.

**Diretor do DPSM:**

- Validar e aprovar a instrução de trabalho;
- Garantir que existem recursos institucionais suficientes para segurança dos profissionais;
- Avaliar relatórios de incidentes e implementar melhorias no serviço.

## **Apêndice XIV – Guia de Acolhimento da Unidade de Intervenção Comunitária do DPSM**

### **Objetivos Gerais**

- Facilitar a integração dos utentes, famílias e cuidadores na Unidade de Intervenção Comunitária (UIC) de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULS;
- Promover a humanização dos cuidados, garantindo um acolhimento claro, acessível e empático;
- Assegurar a continuidade de cuidados entre os diferentes níveis de saúde.

### **Objetivos Específicos**

- Informar o utente e família sobre a missão, visão e valores da unidade;
- Explicar a organização dos serviços disponíveis, horários de funcionamento, contactos úteis;
- Orientar sobre o percurso terapêutico, incluindo consultas, visitas domiciliárias, grupos terapêuticos e articulação com outras instituições da comunidade;
- Reduzir a ansiedade e insegurança associadas ao primeiro contacto com os serviços de saúde mental;
- Promover o empoderamento do utente e família, estimulando a participação ativa no processo de tratamento e reabilitação psicossocial;
- Garantir clareza sobre os canais de comunicação com a equipa multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, etc.);
- Fomentar a corresponsabilização do utente e família no plano terapêutico individual;

### **Âmbito**

Aplica-se a todos os utentes seguidos pela UIC do DPSM da ULS

### **Local Distribuição**

A responsabilidade pela entrega deste guia é partilhada por toda a equipa multidisciplinar, sendo fornecido aos utentes e famílias no internamento após alta clínica, mas também pode

ser disponibilizado durante a visita domiciliária (VD) ou durante as consultas. Aqui o objetivo é que todos os utentes recebam a informação necessária sobre o acompanhamento comunitário e os recursos disponíveis.

### **Definição e Abreviaturas**

**DPSM** - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

**VD** - Visita Domiciliária

**UIC** - Unidade de Intervenção Comunitária

**ULS** - Unidade Local de Saúde da Região

### **Descrição**

Guia de Acolhimento da Unidade de Intervenção Comunitária do DPSM

A Unidade Local de Saúde (ULS), através do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), criou o Guia de Acolhimento da Unidade de Intervenção Comunitária (UIC) em Saúde Mental e Psiquiatria, destinado a utentes, famílias e cuidadores.

Este documento pretende ser um recurso de proximidade que facilita a integração no acompanhamento comunitário, promove a humanização dos cuidados e assegura a continuidade entre os diferentes níveis de saúde, reforçando o compromisso da ULS em prestar cuidados de qualidade, centrados na pessoa e família.

A UIC acompanha os utentes após a alta do internamento em psiquiatria, evitando reinternamentos e recorrências ao Serviço de Urgência. Através de visitas domiciliárias, consultas na comunidade, atividades individuais e em grupo. O objetivo da UIC é garantir uma transição segura e eficaz do utente para o seu contexto de vida habitual, preservando rotinas, vínculos sociais, profissionais e familiares.

O guia de acolhimento reúne informação essencial para o utente e sua família, nomeadamente:

- A missão, visão e valores da UIC;
- A composição da equipa multidisciplinar (médicos psiquiatras, enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais);
- A organização dos serviços disponíveis, horários de funcionamento e contactos úteis;

- As etapas do acompanhamento (primeiro contacto, elaboração do plano de cuidados, acompanhamento regular e avaliação contínua);
- O papel ativo do utente e família no processo terapêutico;
- A articulação da UIC com outras instituições e recursos da comunidade, promovendo inclusão social e reabilitação psicossocial.

Com este guia, a ULS pretende reduzir a ansiedade e insegurança associadas ao primeiro contacto com os serviços de saúde mental, promover a participação ativa do utente e família no seu percurso de tratamento, e reforçar a corresponsabilização no plano terapêutico individual, numa lógica de escuta, apoio e respeito pelo ritmo de cada pessoa.

### **Responsabilidades**

A responsabilidade pela entrega deste guia é partilhada por toda a equipa multidisciplinar, que atua de forma integrada na prevenção da descompensação clínica e na promoção da reintegração do utente no seio familiar, social e profissional.



## Apêndice XV- Psicoeducação Familiar sobre PB

**Psicoeducação Familiar**

**Perturbação Bipolar – Rede de Apoio da Utente**

Elab. P. Helena Espírito Santo  
 Direção de Serviços de Saúde Mental e Desenvolvimento de Saúde do Centro de Saúde de Sagres

**Enquadramento da Intervenção**

- O que é a Perturbação Bipolar
- Sintomas principais a observar
- Papel da família/rede de apoio
- Importância da comunicação rápida com a equipa
- Estratégias na rotina da família

**Psicoeducação Familiar**

**Objetivos**

- Promover conhecimento sobre a doença mental
- Incentivar a colaboração familiar para o cumprimento da medicação e manutenção das consultas
- Capacitar familiares para identificar sinais precoces de descompensação e agir rapidamente, comunicando a equipa clínica
- Ajudar os familiares a compreender e aceitar a doença
- Desenvolver habilidades de comunicação positiva e resolução de conflitos
- Encorajar o envolvimento ativo dos familiares no processo de tratamento, promovendo um espírito de cooperação e co-responsabilidade entre pacientes, famílias e equipa clínica.

**O que é a Perturbação Bipolar**

A **Perturbação Bipolar (PB)** é uma doença psiquiátrica crónica caracterizada por episódios de alterações intensas do humor, alternando entre:

- Episódios de depressão:
  - Tristeza;
  - Desmotivação;
  - Alterações do sono;
  - Alteração do apetite;
- Episódios de mania/hipomania:
  - Euforia;
  - Impulsividade;
  - Agitação;
  - Insónia.

**Pode afetar relações familiares, trabalho e vida diária.**

**Benefícios do Envolvimento Familiar**

- Melhora da adesão terapêutica e diminuição de recaídas.
- Fortalecimento do apoio à utente e redução da sobrecarga familiar.
- Promoção de um ambiente de confiança e cooperação entre família e equipa clínica.

**Como Promover a Cooperação e Co-responsabilidade**

- Incentivar o diálogo aberto com a equipa de saúde.
- Participar em sessões de psicoeducação e grupos de apoio.
- Estabelecer responsabilidades claras, respeitando as limitações de cada membro.
- Reforçar o compromisso com o plano terapêutico.

**Importância do cumprimento terapêutico**

**Prevenção de crises e recaídas**  
 A adesão regular ao tratamento reduz significativamente a probabilidade de novos episódios de mania ou depressão.

**Controle da evolução da doença**  
 O tratamento contínuo reduz a intensidade e frequência das mudanças de humor, preservando o funcionamento cognitivo e social e evitando hospitalizações repetidas.

**Melhoria da qualidade de vida e funcionalidade**  
 Manter a terapêutica prescrita favorece a reinserção social, estabilidade familiar e desempenho além de restaurar o equilíbrio emocional.

**Prevenção de efeitos negativos do uso irregular de fármacos**  
 A interrupção ou uso incorreto da medicação pode provocar descompensações abruptas, resistência a fármacos e necessidade de doses mais altas posteriormente.

**Integração com suporte psicossocial**  
 O cumprimento terapêutico é maximizado quando associado à psicoeducação e apoio familiar

**Papel da família e da equipa de saúde**

- A família tem um papel crucial na vigilância de sinais de descompensação e na motivação para a adesão
  - Devem comunicar de imediato à equipa caso o doente demonstre resistência à terapêutica ou alterações no comportamento
- Garantir o cumprimento terapêutico é fundamental para:
  - Manter a estabilidade emocional,
  - Evitar recaídas
  - Promover uma vida plena e funcional para o paciente e seus familiares.

## Sinais de alerta

- **Alterações no sono**
  - Redução da necessidade de sono, insónia ou hipersónia são sinais frequentes de que a fase maníaca ou depressiva pode estar a aproximar.
- **Mudanças no humor e comportamento:**
  - Aumento da irritabilidade;
  - Euforia excessiva;
  - Agitação psicomotora;
  - Tristeza profunda;
  - Apatia (falta de motivação, interesse ou emoção em relação a atividades ou situações que normalmente despertava interesse);
  - Isolamento social.
- **Fala acelerada e dispersa:**
  - Fala excessiva;
  - Fuga de ideias (salto rápido de um tema para outro).

## Sinais de alerta cont.

- **Comportamento impulsivo:**
  - Gastos excessivos;
  - Aumento da sociabilidade sem limite ou comportamentos sexuais desinibidos.
- **Dificuldade de concentração e alterações cognitivas:**
  - A concentração e a tomada de decisões ficam comprometidas.
- **Alterações no apetite e energia:**
  - Perda ou ganho de peso;
  - Fadiga intensa;
  - Agitação psicomotora.
- **Sintomas emocionais:**
  - Sentimentos de inutilidade;
  - Culpa excessiva;
  - Desânimo;
  - Pensamentos recorrentes de morte.

## Importância da Comunicação Positiva na PB

- A comunicação positiva fortalece o vínculo familiar, reduz tensões e favorece o apoio emocional à utente;
- Evita mal-entendidos que podem intensificar o stress e desencadear crises;
- Comunicação aberta e empática promove compreensão mútua.

## Estratégias para Comunicação Positiva

- Ouvir atentamente sem interromper, mostrando interesse genuíno;
- Expressar sentimentos com respeito, usando "eu sinto..." em vez de acusações;
- Evitar críticas destrutivas e sarcasmo;
- Confirmar o entendimento para evitar interpretações erradas;
- Encorajar expressões claras de necessidades e limites.

## Resolução de Conflitos na Família

- Conflitos são normais, mas a forma de lidar interfere no bem-estar da utente;
- Técnicas úteis
  - Identificar o problema claramente;
  - Focar no comportamento, não na pessoa;
  - Buscar soluções colaborativas que atendam às necessidades de todos;
  - Praticar a paciência e o respeito mesmo em desacordos.

Juntos, como família, transformamos desafios em forças. O amor, a atenção e a união são as maiores ferramentas para garantir a estabilidade e o bem-estar de quem amamos.

## Apêndice XVI- Promoção da saúde, sessão temática sobre Depressão e Ansiedade na Gravidez



### Sumário

- 1 - Transformações no período da gravidez;
- 2 - Organização psíquica da grávida;
- 3 - O envolvimento do pai na relação mãe-bebê;
- 4 - Necessidades emocionais e relacionais do recém-nascido;
- 5 - Fatores que influenciam o desenvolvimento da relação pais-bebê;
- 6 - Vinculação e comportamentos de vinculação por parte do bebê;
- 7 - Como se desenvolve a relação pais-criança ao longo dos primeiros anos de vida;
- 8 - Fatores protetores parentais, comunitários e sociais;

Bibliografia

### Transformações no período da gravidez

Quando nasce um bebê, nascem também uma mãe e um pai...

A gravidez desencadeia na mãe uma autêntica "revolução" psicossomática: tanto o corpo como o seu funcionamento psíquico sofrem profundas modificações e adaptações necessárias para receber o bebê...

A mãe adquire uma nova identidade... Passa de mulher e filha para ser mãe do seu bebê...

O pai nasce em paralelo com o seu primeiro filho. Também ele percorre todo o caminho de filho, homem, para adquirir o estatuto e o papel de pai. Papel que poderá desencadear receios, inseguranças e inquietações.

### Organização psíquica da grávida

<p><b>Preocupação maternal primária (Winnicott)</b></p> <p>Estado de sensibilidade particular da mãe, focada nas necessidades e vivências do bebê.</p>	<p><b>Constelação da maternidade (Sigmund Freud)</b></p> <p>Preocupação com a proteção do bebê.</p> <p>Necessidade de dar e receber afeto, estabelecendo uma ligação profunda com o bebê.</p> <p>Criação de redes de apoio com outras mães e pais mais experientes.</p>
--	---

Para que este estado psíquico particular se desenvolva é importante: Que a mãe disponha de um ambiente protetor e de suporte afetivo. De ser escutada e compreendida por alguém disponível e atento: o seu companheiro, outro familiar ou o migo ou um técnico próximo com quem possa estabelecer uma relação de confiança.

### O envolvimento do pai na relação mãe-bebê

- Ao pai é solicitado que **apole emocionalmente a companheira** e se envolva **diretamente** na gravidez e pós parto.
- São reconhecidos os **efeitos benéficos** deste suporte afetivo para a mãe e para o bebê, como o aumento da aceitação da gravidez e do bebê, vivências mais positivas do parto e maior disponibilidade para o aleitamento materno.
- O pai deverá estar presente nas consultas pré e pós natais.

O bebê vai reorganizar o funcionamento familiar em geral e do casal em particular...ele exige a criação de um lugar para si na sua família...

### Vídeos

- [A vinculação pré-natal - YouTube](#)

### Necessidades emocionais e relacionais do recém-nascido

- O bebê nasce imaturo, frágil e totalmente dependente de um cuidador. Sem este, o bebê não sobrevive fisicamente e não sobreviverá psiquicamente se ele não lhe proporcionar um envolvimento relacional afetivo, empático, estimulante, estável e adequado às suas necessidades.
- O recém-nascido, com a sua fragilidade, tem a competência de exercer sobre todos, mas em particular sobre os pais, um fascínio e uma atração que comove, abala e mobiliza para a sua proteção.

### Necessidades emocionais e relacionais do recém-nascido

- A formação do vínculo afetivo entre o bebê, a mãe e o pai são a base do desenvolvimento psíquico futuro do bebê.
- O **contacto precoce pais-bebê**, desde as primeiras horas de vida e durante a estadia na maternidade, e o estabelecimento de um **ambiente calmo, íntimo e protetor**, são propícios ao desenvolvimento da relação precoce pais-bebê.

## Fatores que influenciam o desenvolvimento da relação pais-bebê

As características do temperamento do bebê:

- Nivel e ritmo de atividade
- Reação à aproximação (estranhos)
- Capacidade de adaptação (rotinas)
- Limiar da resposta aos estímulos (hora da bruxa)
- Intensidade das reações
- Humor predominante (sorridentes, etc)
- Tempo de atenção (distraídos a brincar tempo a sós)
- "Consolabilidade" (choro...)



Face aos comportamentos do bebê, os pais ou cuidadores aprendem a compreender e a prever as suas reações, descobrem os seus pontos fortes e as suas fragilidades, reconhecem o seu temperamento e o seu tipo de sensibilidade aos estímulos. E respondem progressivamente de modo cada vez mais adaptado, sensível, contingente e sincronizado ao seu bebê.

## Vinculação e comportamentos de vinculação por parte do bebê

A consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o ciclo vital.

O contato precoce pais-bebê são mutuamente compensadores, permitem que o bebê se desenvolva a nível cognitivo, emocional e relacional e que cresça com: sentimento de segurança interna; confiança na relação com os outros e curiosidade e desejo de explorar o mundo...

O que são os comportamentos de vinculação?

São os comportamentos do bebê que favorecem a proximidade física com a pessoa que dele cuida. Por exemplo: o choro, o sorriso, o olhar, que vão conduzir a mãe a entrar em relação com ele.

## Vinculação e comportamentos de vinculação por parte do bebê

Para que o bebê se sinta seguro, a figura de vinculação deve funcionar como:

### Base segura

- A partir do qual explora o mundo

### Refúgio de segurança

- A quem pode recorrer em situações de perigo/ameaça

A forma como esta relação se estabelece e a sua qualidade permite criar um sistema comportamental acerca das relações de vinculação que influencia a percepção do bebê acerca do meio e do que dele pode esperar ao longo da vida:

*Posso acreditar e confiar nos outros; Sou digno de ser amado; Tenho valor;  
O meu mundo é seguro...*

## Como se desenvolve a relação pais-criança ao longo dos primeiros anos de vida

### 0-2 meses

- É menos visível uma relação preferencial do bebê com um cuidador específico (mas resposta diferenciada ao cheiro e voz).
- As respostas calorosas, sensíveis, fáceis e seguras da mãe ou cuidador vão desencadear o desenvolvimento da relação vinculativa.

### 2-4 meses

- O bebê tende a interagir de forma diferente com o principal cuidador e com estranhos e vai mostrando a sua preferência pelo primeiro.

## Como se desenvolve a relação pais-criança ao longo dos primeiros anos de vida

### 4-7 meses

- O bebê desenvolve expectativas quanto à resposta da mãe ou cuidador em situações de mal-estar e tensão. Estas expectativas baseiam-se nas experiências relacionais repetidas que o bebê vive com o cuidador.

### 7-12 meses

- O bebê mostra uma clara preferência por um pequeno número de figuras de vinculação, que são os seus principais cuidadores. Intensifica a angústia do estranho (reação de medo e angústia da criança face a uma pessoa estranha) e surge a ansiedade de separação.

## Como se desenvolve a relação pais-criança ao longo dos primeiros anos de vida

### 12-18 meses

- Com o início do gatunhar e da marcha autónoma, o bebê tende a usar a figura de vinculação como uma "base estável", a partir da qual se aventura para explorar o mundo e como um "porto seguro" onde regressa quando está assustado, cansado ou de alguma forma perturbado.

### 18-4 anos

- A relação segura é agora caracterizada por uma progressiva tolerância à separação, pela aprendizagem da cooperação e pela regulação do equilíbrio entre a necessidade de autonomia/autocontrolo/exploração e a continuação da necessidade de afeto/amor/proteção.

## Fatores protetores parentais, comunitários e sociais



### Fatores parentais

- Capacidade parental para responder de forma empática e sensível à criança;
- Capacidade parental para ajudar a criança a expressar sentimentos e a refletir nas situações interpessoais.

### Fatores comunitários

- Relações de familiares e vizinhança amigas para a criança;
- Serviços de saúde e sociais de apoio à família;
- Promoção da saúde mental, nos jardins de infância e nas escolas;
- Redes de intervenção e suporte aos pais.

### Fatores Sociais

- Atuais e creches familiares supervisionadas;
- Acesso à educação pré-escolar de qualidade;
- Programas de apoio às famílias;
- Situação económica e habitacional digna das famílias.

## Videos

- [Cuidados: como construir vínculos com o bebê? - YouTube](#)





"É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança."  
(Provérbio Africano)

**Bibliografia:**

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. Proteção da Saúde Materna Gestante e Primeira Infância. Manual de orientação para profissionais de saúde. - Lisboa: DGS, 2006. - 65 p. ISBN: 978975-1217



## Apêndice XVII – Consentimento para o estudo caso

### 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:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Apêndice XVIII - Projeto de Estágio de internamento de doentes agudos



# Projeto de Estágio

## Estágio de internamento de doentes agudos

André Ricardo do Couto Martins, nº3978

### Projeto Individual

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professora Doutora Tânia Correia

Enfermeira Ana Cristina - Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Enfermeira Mónica Azeredo - Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Viseu, novembro de 2025

**Lista de quadros**

Quadro 1 – Objetivos específicos e atividades a desenvolver

Quadro 2 - Cronograma de atividades



## Lista de siglas

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

DPSM - Departamento Psiquiatria e Saúde Mental

EEESMP - Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu

OMS - Organização Mundial de Saúde

## Introdução

O presente Projeto de Estágio integra-se na Unidade Curricular Opção 8 – Estágio com Relatório Final em Contexto de Internamento de Doentes Agudos e Saúde Mental na Comunidade, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (CMESMP) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), referente ao ano letivo 2024/2025. O estágio, com a duração total de 180 horas, decorrerá entre novembro de 2024 e janeiro de 2025 no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde da Região Centro. Será realizado sob coordenação da Professora Doutora Tânia Correia e com a tutoria das Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) Ana Cristina e Mónica Azeredo, ambas em exercício no Internamento de Homens.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica constitui uma área de intervenção especializada, centrada na promoção, proteção e recuperação da saúde mental, reconhecendo a complexidade das necessidades biopsicossociais associadas às perturbações mentais. Esta especialidade exige uma prática holística que articule avaliação clínica rigorosa, intervenções terapêuticas individualizadas e suporte psicossocial contínuo, de modo a garantir respostas eficazes e integradas.

O contexto de internamento em psiquiatria representa um cenário privilegiado para o desenvolvimento de competências avançadas, uma vez que permite o contacto direto com pessoas em crise psicológica e emocional. A natureza aguda destas situações exige do enfermeiro uma prática simultaneamente técnica, reflexiva e humanizada. Neste âmbito, o EEESMP desempenha um papel essencial na estabilização clínica, na gestão de crises e na implementação de intervenções orientadas para a segurança, a promoção da comunicação terapêutica e a recuperação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A colaboração estreita com a equipa multidisciplinar proporciona uma compreensão global do percurso de

doença, facilitando a definição de estratégias terapêuticas ajustadas à complexidade das necessidades apresentadas.

No Internamento de Homens, onde decorrerá o estágio, o EEESMP assume responsabilidades centrais na avaliação contínua do estado mental, no acompanhamento psicoterapêutico, na gestão emocional durante períodos de crise, na monitorização da adesão terapêutica e na implementação de intervenções de reabilitação orientadas para a recuperação e reintegração social. A presença permanente deste profissional contribui de forma determinante para a segurança, a estabilidade e a qualidade dos cuidados, sustentando relações terapêuticas consistentes e promotoras de empowerment.

A prática avançada do EEESMP encontra-se enquadrada por referenciais legais e normativos que garantem a ética, a qualidade e a segurança dos cuidados. Os Regulamentos n.º 356/2015 e n.º 515/2018 orientam a intervenção especializada, reforçando a necessidade de práticas baseadas na evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, 2015; 2018). A recente Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023) vem consolidar este enquadramento, promovendo cuidados centrados na pessoa, protegendo juridicamente situações de internamento involuntário e incentivando estratégias de reintegração social (Assembleia da República, 2023).

A enfermagem em saúde mental enfatiza ainda a reflexão crítica e a supervisão clínica como pilares do desenvolvimento profissional contínuo, permitindo ao enfermeiro responder de forma ética e eficaz à complexidade dos casos (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Contudo, persistem desafios relevantes, como a necessidade de reforço de recursos humanos especializados, a redução do estigma associado à doença mental e o desenvolvimento de programas de reabilitação ajustados às exigências sociais contemporâneas. Assim, este estágio representa uma oportunidade fundamental para consolidar competências clínicas, relacionais e éticas indispensáveis à prática avançada, contribuindo para o meu crescimento enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

A estrutura deste projeto segue as orientações metodológicas da ESSV e contempla a definição das competências a desenvolver, os objetivos específicos, o plano de atividades, o cronograma, as considerações finais e a bibliografia de suporte. Trata-se de um documento dinâmico e flexível, suscetível de ajustamentos ao longo do percurso de ensino clínico, garantindo uma resposta adequada às necessidades identificadas no contexto real de prática.

A elaboração deste projeto constitui, assim, o primeiro passo de um percurso formativo que visa consolidar competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, promovendo simultaneamente reflexão crítica, integração de

conhecimentos avançados e prestação de cuidados de elevada qualidade, sustentados em princípios éticos, científicos e humanistas.

### **Objetivo Geral**

- Desenvolver e consolidar competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através da prestação de cuidados avançados, éticos e baseados na evidência a pessoas em situação de crise psicológica no contexto do internamento psiquiátrico, promovendo a estabilização clínica, a segurança, a recuperação e a continuidade de cuidados.

## Competências a desenvolver

O EEESMP, segundo a Ordem dos Enfermeiros, é o profissional dotado de competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados no seu domínio de atuação. Ao longo deste ensino clínico, procura-se promover o desenvolvimento dessas competências específicas, conforme previsto no Artigo 4.º do Regulamento n.º 512/2018 da Ordem dos Enfermeiros, sendo elas:

1. Deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
2. Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
3. Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
4. Prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Assim, em conformidade com os objetivos da unidade curricular do ensino clínico em questão, pretende-se adquirir e treinar as seguintes competências específicas:

- Realizar avaliação clínica especializada, incluindo avaliação do estado mental
- Implementar intervenções terapêuticas de enfermagem orientadas para a estabilização da crise;
- Utilizar estratégias de comunicação terapêutica adequadas às necessidades da pessoa;
- Promover a adesão ao regime terapêutico e a capacitação para a recuperação;
- Realizar intervenções de preparação para a alta;
- Assegurar uma prática ética, respeitadora da dignidade e dos direitos da pessoa;
- Refletir criticamente sobre a prática clínica, integrando evidência científica na tomada de decisão;
- Consolidar a identidade profissional como EEESMP, fortalecendo autonomia, responsabilidade e capacidade de intervenção em contextos de elevada complexidade.

### Atividades planeadas (cronograma)

Com o objetivo de consolidar competências técnicas, científicas e relacionais em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no contexto do internamento, este estágio visa contribuir para a promoção da saúde mental, do bem-estar e da inclusão social, potenciando simultaneamente a capacidade crítica da pessoa face à sua condição de doença e a realização de intervenções psicoterapêuticas direcionadas. Para tal, foram definidos objetivos específicos acompanhados de atividades práticas que permitem a aplicação sistemática do Processo de Enfermagem, assegurando cuidados individualizados, centrados na pessoa e fundamentados em evidência científica. Todas as intervenções propostas articulam-se diretamente com as competências do EEESMP estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros, garantindo que cada ação contribua efetivamente para o desenvolvimento de competências avançadas de natureza científica, técnica e relacional.

A metodologia adotada assenta na Metodologia de Projeto, orientada para a resolução de problemas reais em contexto clínico, associada ao Processo de Enfermagem enquanto instrumento estruturante para planear, implementar e avaliar intervenções individualizadas. Esta abordagem integrada sustenta um percurso formativo consistente, promovendo o desenvolvimento pleno das competências especializadas necessárias à prática avançada no internamento de agudos em saúde mental.

#### Quadro 1 – Objetivos específicos e atividades a desenvolver

<b>Competência específica do EEESMP</b>	
1	<p><b>Objetivo:</b> Realizar observação e análise da estrutura física, dinâmica organizacional e funcionamento do DPSM</p> <p><b>Atividades e estratégias planeadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação informal à equipa do DPSM;</li> <li>• Visita às instalações do DPSM, incluindo áreas de internamento e serviços de saúde mental;</li> <li>• Consulta de instrumentos, protocolos e documentação oficial</li> </ul>

<p>2 4</p>	<p>relacionada com os cuidados de saúde mental;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da dinâmica e organização do serviço de internamento masculino;</li> <li>• Participação e observação do funcionamento da equipa multidisciplinar;</li> <li>• Entrevistas informais com a chefe do serviço, Enfermeiras Orientadoras e outros profissionais para compreensão da organização e prestação dos cuidados especializados;</li> <li>• Participação ativa nas reuniões da equipa multidisciplinar;</li> <li>• Estabelecimento e manutenção de relações construtivas com enfermeiros e equipa de saúde.</li> <li>• Consulta de processos clínicos e documentação existente, incluindo legislação relevante como a Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, sobre internamento involuntário;</li> </ul>
<p>1 4</p>	<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Planear atividades e definir metas de aprendizagem para o Ensino Clínico, em consonância com os objetivos da Unidade Curricular.</p> <p><b>Atividades e estratégias planeadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião conjunta com as Orientadoras e a Tutora para alinhamento de expectativas, objetivos e metodologia;</li> <li>• Planeamento da execução e implementação de projetos, programas, protocolos, intervenções psicoterapêuticas;</li> <li>• Elaboração detalhada do projeto de estágio com definição dos objetivos, metodologia, atividades e cronograma;</li> <li>• Análise crítica da evidência científica e normativa para fundamentar o plano de intervenção;</li> <li>• Organização e coordenação de recursos para qualidade e viabilidade;</li> <li>• Avaliação contínua e ajustamento do plano com base em feedback e necessidades;</li> <li>• Registo sistemático das atividades, observações e reflexões para o relatório final;</li> <li>• Participação em formações, seminários e reuniões clínicas enriquecedoras</li> </ul>

1	<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Promover o desenvolvimento do autoconhecimento e da autorreflexão sobre a prática clínica.</p> <p><b>Atividades e estratégias planeadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexões críticas sobre situações que provocaram reações físicas, emocionais e comportamentais na relação terapêutica;</li> <li>• Tomada de consciência das respostas pessoais durante o cuidar;</li> <li>• Aplicação de pensamento crítico e resolução de problemas derivados do autoconhecimento;</li> <li>• Reconhecimento de crenças, valores e atitudes pessoais e seu impacto na prestação de cuidados;</li> <li>• Participação em supervisão e feedback para crescimento pessoal e profissional;</li> <li>• Utilização de diários reflexivos para monitorização do autoconceito e autorregulação emocional;</li> <li>• Desenvolvimento de estratégias para gestão do stress e fortalecimento da autoconfiança.</li> </ul>
4	<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Psicoeducação dirigidas aos utentes do internamento de Psiquiatria do DPSM</p> <p><b>Atividades e estratégias planeadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica para fundamentação;</li> <li>• Psicoeducação sobre “Higiene do Sono”;</li> <li>• Psicoeducação e panfleto sobre “Adesão ao Regime Medicamentoso”;</li> <li>• Psicoeducação sobre “Prevenção de Recaídas”;</li> <li>• Psicoeducação sobre “Gestão de stress e controlo emocional”;</li> <li>• Distribuição do folheto “Guia de relaxamento e respiração”;</li> <li>• Atividade prática com quadro das emoções;</li> <li>• Atividades práticas de estimulação cognitiva.</li> </ul>

4	<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Implementar intervenção psicoterapêutica baseada na técnica de Reestruturação Cognitiva, promovendo a reestruturação de pensamentos disfuncionais.</p> <p><b>Atividades e estratégias planeadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Recolha de dados e avaliação diagnóstica inicial;</li> <li>• Desenvolvimento do plano terapêutico e elaboração das sessões;</li> <li>• Implementação das sessões durante o ensino clínico;</li> <li>• Avaliação contínua e ajuste da intervenção;</li> <li>• Observação dos ganhos em saúde de acordo com os resultados de enfermagem.</li> </ul>
3 4	<p><b>Obejtivo:</b></p> <p>Desenvolver intervenções de reabilitação psicossocial com vista ao aumento da autonomia, funcionalidade e integração social.</p> <p><b>Atividades e estratégias planeadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar os utentes sobre o Programa de Consciencialização;</li> <li>• Estimular a participação dos utentes com critérios de inclusão no Progama de Consciencialização;</li> <li>• Prestar cuidados no âmbito psicoterapêutico;</li> <li>• Aplicar técnicas psicoeducativas para aumentar o insight e facilitar a consciencialização da doença mental;</li> <li>• Promover adesão ao regime terapêutico;</li> <li>• Fomentar o empoderamento e reduzir reinternamentos.</li> </ul>

1	<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Refletir criticamente sobre o processo de aprendizagem e consolidação das competências específicas do EEESMP.</p> <p><b>Atividades e estratégias planejadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Realização de reuniões informais com o E EESMP Tutor e com a Orientadora do ensino clínico;</li><li>• Realização de reunião intercalar com a Orientadora e o Tutor do ensino clínico;</li><li>• Realização da reunião de auto e heteroavaliação;</li><li>• Elaboração do Relatório de Estágio.</li></ul>
---	--



Estudo de Caso (observação sistematizada, exame do estado mental, antecedentes médicos, sociofamiliares e pessoais, estilo de vida, rede de suporte, ecomapa e genograma) – Intervenção psicoterapêutica baseada na Terapia Reestruturação cognitiva											
Elaboração de Relatório do Ensino Clínico											

## **Considerações finais**

As considerações finais deste projeto de estágio refletem a importância do planejamento estruturado para a consolidação da experiência prática no âmbito da saúde mental em contexto de internamento de agudos. A definição detalhada das atividades, dos objetivos e das competências a adquirir contribuiu para clarificar o percurso formativo, preparando-me adequadamente para enfrentar os desafios inerentes à intervenção com utentes, famílias e grupos, tanto em contexto hospitalar como comunitário.

A prática de enfermagem em saúde mental num serviço de internamento exige não só o domínio de saberes técnicos e científicos, mas também o desenvolvimento de competências relacionais como a comunicação eficaz, a empatia e a capacidade de adaptação a diferentes diagnósticos e necessidades individuais. O planeamento criterioso das intervenções, incluindo a seleção adequada de utentes para cada atividade psicoeducativa específica, revela-se fundamental para o efeito da intervenção terapêutica e para a promoção da autonomia e do bem-estar dos utentes.

Em síntese, este estágio representa um marco essencial no meu percurso formativo enquanto EEESMP, proporcionando as ferramentas necessárias para uma prática clínica autónoma, reflexiva e centrada na pessoa. Estou convicto de que as aprendizagens aqui adquiridas contribuirão para a prestação contínua de cuidados especializados e de elevada qualidade no contexto de internamento de agudos, respondendo eficazmente às necessidades individuais dos utentes e reforçando o meu desempenho profissional enquanto EEESMP.

## Bibliografia

- Assembleia da República. (2023). Lei n.º 35/2023, de 21 de julho: Regime jurídico dos internamentos involuntários em hospitais psiquiátricos e nas unidades de saúde mental. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/-215980339-216053272>
- Guia da unidade curricular estágio de Opção 8 - Estágio com Relatório Final em contexto de internamento de doentes agudos e saúde mental na comunidade
- Guia Orientador de trabalhos escritos (2024). Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>



### Apêndice XIX - Estimulação Cognitiva em Saúde Mental e Psiquiatria

<b>Atividade:</b> Estimulação Cognitiva	<b>30 minutos</b>
<b>Enquadramento</b>	
<p>A estimulação cognitiva (EC) no programa de 30 minutos para a Unidade de Internamento de Homens do DPSM alinha-se com intervenções não farmacológicas que promovem funções neurocognitivas, como atenção sustentada e seletiva, memória semântica e operacional, linguagem verbal e funções executivas (planeamento, organização e resolução de problemas), conforme descrito nos objetivos gerais e específicos do programa. Fundamenta-se no princípio da plasticidade neural, que permite a reestruturação sináptica através de estímulos repetidos, fortalecendo domínios cognitivos frequentemente afetados em perturbações como esquizofrenia, transtorno bipolar ou depressão maior (Keshavan et al., 2014; Wykes et al., 2011). Alinha com competências EEESMP (Regulamento nº 356/2015 OE).</p> <p>Aplicada a utentes com perturbação mental estável, capacidade de compreender instruções simples e consentimento informado, esta abordagem grupal e lúdica (sopa de letras, palavras cruzadas, discussão e partilha) favorece respostas adaptativas, reduz ansiedade através de atividades estruturadas e promove interação social e autoestima. A EC distingue-se de programas de reabilitação mais tradicionais por enfatizar a compensação de défices e a potencialização de competências preservadas, em vez de focar exclusivamente na recuperação de funções perdidas (Cicerone et al., 2011; Medalia &amp; Choi, 2009). Evidências portuguesas suportam eficácia em internamento (Apóstolo et al., 2011).</p> <p>O programa tem como base evidências de que intervenções cognitivas estruturadas podem melhorar atenção, memória de trabalho, velocidade psicomotora e fluência verbal em indivíduos com doença mental (Fiszdon et al., 2006; McGurk et al., 2007; Fisher et al., 2009). Revisão integrativa confirma ganhos significativos mantidos em follow-up 1-3 meses (Silva &amp; Seabra, 2020). O procedimento da sessão inclui acolhimento com reorientação temporal e espacial, aquecimento cognitivo com nomeação de objetos e frutas, atividades principais e conclusão com reforço positivo. Esta organização segue protocolos validados de EC, adaptando sessões de 60 minutos realizadas 2-3 vezes por semana para sessões de 30 minutos, mantendo o efeito e a motivação dos participantes.</p> <p>Além disso, a EC atua como intervenção complementar à farmacoterapia, potencializando os efeitos do tratamento em fases estáveis e proporcionando ganhos</p>	

funcionais e sociais que contribuem para a qualidade de vida dos utentes (Keshavan et al., 2014; Wykes et al., 2011). Práticas locais ULS Viseu confirmam aplicabilidade em internamento (ECSM-DL, 2022). Os critérios de inclusão excluem agitação aguda ou défices sensoriais graves, assegurando que a intervenção seja segura e adaptada às capacidades cognitivas dos participantes.

### **Objetivos Gerais**

- Estimular funções cognitivas (atenção, memória, linguagem, funções executivas) em utentes com perturbações mentais.
- Promover interação social, participação em grupo e autoestima.
- Reduzir ansiedade através de atividades estruturadas e orientadas.

### **Objetivos Específicos**

- Melhorar atenção e concentração.
- Estimular a memória semântica e operacional.
- Incentivar a linguagem verbal, evocação e vocabulário.
- Reforçar perceção visual e discriminação de padrões.
- Promover interação social.

### **Destinatário**

Utentes internados no Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica de uma Unidade Local de Saúde da região Centro.

### **Critérios de Inclusão**

- Utentes com diagnóstico de perturbação mental estável ou em fase de reabilitação cognitiva.
- Capacidade de compreender instruções simples e participar em atividades em grupo.
- Interesse ou disponibilidade para participar em atividades cognitivas estruturadas.

### **Critérios de Exclusão**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações agudas do estado mental (por exemplo, episódios psicóticos ou agitação intensa).</li> <li>• Défices sensoriais graves não compensados (como cegueira ou surdez não assistida).</li> <li>• Incapacidade física que impeça a participação mínima (por exemplo, incapacidade de segurar um lápis).</li> <li>• Reações emocionais intensas a determinados temas ou atividades cognitivas.</li> </ul>
<b>Tempo de realização</b>
30 minutos
<b>Procedimento</b>
<p><b>Introdução</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Breve acolhimento de cada utente, chamando pelo nome e promovendo orientação para a realidade (dia, mês, local).</li> <li>• Explicação simples dos benefícios da sessão: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estimular memória, atenção e linguagem.</li> <li>○ Promover interação social e autoestima.</li> <li>○ Reduzir ansiedade e melhorar sensação de bem-estar.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Desenvolvimento</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolhimento e Explicação Breve sobre Benefícios <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cumprimentar cada utente e fazer perguntas simples de orientação temporal e espacial.</li> <li>○ Explicar brevemente as atividades planeadas, destacando os benefícios de cada uma.</li> </ul> </li> <li>2. Estimulação Cognitiva – Atividades Principais (ANEXOS) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aquecimento Cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nomeação de objetos e frutas.</li> <li>▪ Perguntas simples sobre o dia ou atividades recentes.</li> </ul> </li> <li>○ Atividade 1 – Sopa de Letras: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estimular atenção, memória de trabalho e perceção visual.</li> <li>▪ Circulação pelo grupo para reforço positivo.</li> </ul> </li> <li>○ Atividade 2 – Palavras Cruzadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estimular linguagem, memória semântica e funções executivas.</li> <li>▪ Possibilidade de trabalho em pares para promover interação social.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>

**3. Discussão e Partilha:**

- Perguntas orientadoras sobre dificuldades, palavras favoritas e concentração.
- Incentivar feedback espontâneo dos utentes.

**Conclusão**

- Reforçar a participação, esforço e conquistas da sessão.
- Realizar reorientação temporal e espacial antes do encerramento.
- Pausa para feedback espontâneo dos utentes, promovendo reflexão sobre as atividades e sentimentos durante a sessão.

**Bibliografia**

- Apóstolo, J., et al. (2011). Eficácia programas estimulação cognitiva. [riis.essnortecvp](http://riis.essnortecvp)
- Keshavan, M. S., et al. (2014). Cognitive training schizophrenia. Schizophrenia Bulletin.
- Ordem Enfermeiros. (2015). Regulamento nº 356/2015. <https://diariodarepublica.pt/diariodarepublica>
- Silva, V. A. H., & Seabra, P. R. C. (2020). Revista Brasileira Enfermagem, 73(supl. 1). [repositorio.ipbeja](http://repositorio.ipbeja)
- Wykes, T., et al. (2011). American Journal Psychiatry.



NOME: \_\_\_\_\_



Completa o crucigrama com o nome das imagens alusivas ao Natal



NOME: \_\_\_\_\_



Procura as 15 palavras relacionadas com o Natal.

T	I	F	A	F	M	A	M	A	R	V	O	R	E
E	I	E	S	H	R	D	P	G	F	I	E	F	L
P	P	S	D	U	O	V	L	R	A	S	S	I	S
A	R	T	C	A	A	E	O	R	M	A	T	E	A
O	E	I	O	H	C	N	N	S	I	O	R	I	D
R	S	V	N	L	A	T	C	O	L	R	E	C	A
I	E	I	S	A	R	O	P	G	I	D	L	S	N
E	N	D	O	C	O	L	O	A	A	C	A	C	A
H	T	A	A	A	C	S	M	M	A	C	S	O	B
N	E	D	D	B	E	L	S	S	V	H	O	R	A
I	S	E	A	N	D	B	N	I	O	R	V	O	R
P	N	T	L	A	D	A	T	E	T	H	O	A	A
E	F	B	O	L	A	S	V	R	A	I	C	I	S
T	B	O	L	O	R	E	I	V	A	H	E	O	F

- |           |             |           |
|-----------|-------------|-----------|
| COROA     | REIS MAGOS  | PRESENTES |
| DECORAÇÃO | RABANADAS   | ESTRELAS  |
| BOLO REI  | FESTIVIDADE | BOLAS     |
| ADVENTO   | ÁRVORE      | CONSOADA  |
| FAMÍLIA   | BACALHAU    | PINHEIRO  |



## Apêndice XX – Psicoeducação sobre Prevenção de recaídas

**Recaídas**  
Compreender e prevenir  
MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICIÁTRICA

Aluna de Mestrado: D'Elly Adrie Neris; D'Elly Vitor Romagnolo Neris; D'Elly Neuza Rocha  
Setembro de 2025

### Plano

♦ **OBJETIVO GERAL:** Promover o conhecimento e a reflexão sobre o fenômeno da recaída

♦ **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

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

ETAPA	CONTEÚDO	MÉTODO	MATERIAIS/RECURSOS	TEMPO
introdução	Objetivos e plano da sessão; Conceitos gerais da temática.	Expositivo oral		15 minutos
desenvolvimento	1. Definição e conceito de recaída; 2. Prevenção de recaídas; 3. Sinais de alerta de recaídas; 4. Como evitar recaídas.	Expositivo oral Interativo	Computador Videoprojetor Quadro branco Textos de apoio Sillografia	
conclusão	Resumo da reflexão temática abordada Estabelecimento de dúvidas	Interativo		

### O que é uma Recaída?

Retorno na saúde de uma pessoa com uma doença específica ou com um comportamento inadequado.

É um processo gradual, não um evento súbito.

### 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;
- Valtar ao caminho da recuperação com apoio e motivação.

### 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", "Isso não tem solução" – empurram para recaída

### 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

### 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

### Como Prevenir?

- Evitar Situações**  
Pessoas, lugares e situações de risco
- Reconhecer**  
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.
- Tomar Cuidados**  
Sono adequado, alimentação saudável e atividade física
- Apoio**  
Falar com quem entende o problema ajuda a manter o foco



**Apêndice XXI – Questionário de avaliação anterior e posterior à psicoeducação sobre recaídas**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – ESCOLHA MÚLTIPLA**

**1. A recaída é:**

- A) Um fracasso pessoal
- B) Um processo gradual
- C) Sempre imprevisível
- D) Um evento súbito

**2. Um fator de risco para recaída é:**

- A) Motivação elevada
- B) Stress e ansiedade
- C) Aumento da energia
- D) Bom suporte familiar

**3. Um gatilho corresponde a:**

- A) Uma situação que desencadeia reações emocionais intensas
- B) Uma estratégia de coping
- C) Um sintoma físico
- D) Uma solução para evitar recaídas

**4. Um sinal precoce emocional é:**

- A) Irritabilidade
- B) Aumento da calma
- C) Melhora da concentração
- D) Alegria intensa

**5. O craving emocional é:**

- A) Um impulso forte para aliviar sofrimento
- B) Uma emoção neutra
- C) Um pensamento positivo
- D) Uma estratégia eficaz de prevenção

**6. Uma estratégia importante de prevenção é:**

- A) Evitar situações de risco
- B) Parar medicação sem indicação
- C) Isolar-se
- D) Ignorar sinais de alerta

**7. Em caso de risco de recaída, devo:**

- A) Falar com a equipa de saúde ou pedir apoio
- B) Guardar tudo para mim
- C) Ignorar o que estou a sentir
- D) Aumentar comportamentos de risco

**8. Uma recaída significa:**

- A) Falta de força de vontade
- B) Um ponto sem retorno
- C) Uma oportunidade de aprendizagem
- D) Uma perda total de controlo

**9. Um sinal cognitivo de alerta pode ser:**

- A) Pensamentos negativos e ruminação
- B) Aumento da clareza mental
- C) Planear atividades prazerosas
- D) Sentir-se mais confiante

**10. Após uma recaída, o primeiro passo recomendado é:**

- A) Fingir que nada aconteceu
- B) Procurar ajuda rapidamente
- C) Evitar falar com profissionais
- D) Aumentar comportamentos de risco

**Respostas corretas:** B) B) A) A) A) A) A) C) A) B)

## Apêndice XXII – Plano de Sessão sobre: Psicoeducação sobre Recaídas no Processo de Mudança

### Unidade de Internamento Homens

#### RECAÍDAS NO PROCESSO DE MUDANÇA

**Atividade:** PPT RECAÍDAS NO PROCESSO DE MUDANÇA

#### Enquadramento

A recaída é entendida na literatura como um retrocesso temporário no processo de recuperação ou de mudança comportamental, sendo parte natural do ciclo de mudança e não um evento isolado ou definitivo. Trata-se de um processo gradual, marcado por sinais emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais que precedem o comportamento-problema. Esta perspetiva afasta-se de uma visão moralizante de fracasso, aproximando-se de uma abordagem de aprendizagem e reajuste do plano terapêutico, reconhecendo que o percurso de recuperação é frequentemente não linear.

Modelos de mudança comportamental, como o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente, conceptualizam a recaída como uma fase em que a pessoa pode regressar a padrões anteriores e posteriormente reentrar no ciclo de mudança (contemplação, preparação, ação, manutenção). No âmbito dos modelos cognitivo-comportamentais de prevenção de recaída, como o de Marlatt e Gordon, a recaída é descrita como um processo que envolve determinantes imediatos (situações de alto risco, competências de coping, expectativas de resultado e “efeito de violação da abstinência”) e antecedentes encobertos (padrões de vida desequilibrados, stresse crónico, distorções cognitivas).

A sequência estímulo, pensamento automático, craving/desejo, comportamento e consequência emocional permite compreender como gatilhos internos (emoções, pensamentos) e externos (contextos, pessoas, substâncias) podem conduzir gradualmente ao comportamento-problema, caso não existam estratégias de coping eficazes.

No contexto do internamento psiquiátrico, a prevenção de recaídas assume um papel central na intervenção de enfermagem, enfatizando a identificação precoce de sinais de risco, o treino de competências de autocontrolo e regulação emocional, a reestruturação cognitiva e a mobilização de suporte social. Intervenções psicoeducativas, grupos terapêuticos e técnicas cognitivo-comportamentais, conduzidas por enfermeiros especializados em saúde mental, podem reduzir a frequência e

<p>gravidade das recaídas, aumentar a autoeficácia dos utentes e promover estilos de vida mais equilibrados.</p> <p>Desta forma, a recaída deixa de ser interpretada como fracasso, tornando-se uma oportunidade clínica para rever fatores de vulnerabilidade, fortalecer fatores de proteção e ajustar o plano de cuidados individual, contribuindo para trajetórias de recuperação mais estáveis e seguras no contexto do internamento.</p>
<p><b>Objetivos Gerais</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o conhecimento e a reflexão dos participantes sobre o fenómeno da recaída no processo de mudança comportamental.</li> </ul>
<p><b>Objetivos Específicos</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarificar o conceito de recaída e sua natureza progressiva.</li> <li>• Identificar fatores de risco, gatilhos e sinais precoces de alerta.</li> <li>• Refletir sobre estratégias de prevenção e gestão pós-recaída.</li> <li>• Incentivar o desenvolvimento de um plano individual de prevenção.</li> <li>• Promover perceção de autoeficácia e redução do estigma associado à recaída.</li> </ul>
<p><b>Destinatário</b></p>
<p>Utentes internados no Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica da Unidade Local de Saúde de uma região Centro.</p>
<p><b>CrITÉrios de Inclusão</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoas com historial de dependência química e/ou comportamentos aditivos;</li> <li>• Utentes em acompanhamento terapêutico ou motivados para mudança;</li> <li>• Participantes com capacidade cognitiva para integrar dinâmica reflexiva;</li> <li>• Presença voluntária e consentimento informado.</li> </ul>
<p><b>CrITÉrios de Exclusão</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utentes sob efeito agudo de substâncias;</li> <li>• Episódios psicóticos ou desorganização significativa no momento;</li> <li>• Elevado risco de agitação/hetero-ou autoagressividade sem controlo;</li> <li>• Incapacidade de participação no grupo por défice cognitivo grave.</li> </ul>

<b>Tempo de realização</b>
45 minutos
<b>Procedimento</b>
<p>No início da intervenção psicoeducativa será aplicada um questionário composto por 10 questões, com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento, percepção e necessidades dos participantes relativamente ao tema abordado.</p> <p><b>Introdução</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentação da equipa e objetivos da sessão.</li> <li>2. Pergunta-geradora ao grupo: "O que entendem por recaída?"</li> <li>3. Breve exploração das percepções iniciais → reforçar que recaída ≠ falha.</li> <li>4. Enquadramento teórico no PPT (conceito, ciclo da recaída).</li> </ol> <p><b>Desenvolvimento</b></p> <p><b>Tema 1 – Ciclo da Recaída</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores de vulnerabilidade → stress, impulsividade, ansiedade.</li> <li>• Gatilhos → pessoas, contextos, emoções.</li> <li>• Pensamentos automáticos disfuncionais.</li> <li>• Craving e comportamento-problema.</li> <li>• Consequências emocionais e risco de repetição do ciclo.</li> </ul> <p>Dinâmica prática</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de 3 gatilhos pessoais</li> </ul> <p>Cada utente escreve os seus, partilha se confortável, com mediação da equipa.</p> <p><b>Tema 2 – Sinais Precoces de Alerta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emocionais, cognitivos, comportamentais e sociais.</li> <li>• Discussão em grupo: "Quais reconhecem em vocês?"</li> </ul> <p><b>Tema 3 – Prevenção e Plano de Ação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégias de coping e rede de suporte.</li> <li>• Importância de rotinas saudáveis e continuação do tratamento.</li> </ul>

- Construção colaborativa de um mini plano de prevenção.

#### **Tema 4 – Recaída e Recomeço**

- O que fazer quando acontece?
- Passos práticos: pedir ajuda, refletir, ajustar terapêutica.

#### **Conclusão**

- Reforço da ideia chave: recaída é um passo e não o fim do caminho.
- Recapitulação dos pontos trabalhados.
- Encerramento com mensagem motivacional: "Aprender, ajustar, continuar."
- No final da intervenção será novamente aplicado o mesmo questionário inicial de 10 questões, com a finalidade de verificar alterações de conhecimento, percepção e atitudes decorrentes da Psicoeducação. A comparação entre o questionário inicial e o final permitirá analisar os ganhos em saúde, nomeadamente evolução do conhecimento, aumentando assim a literacia em saúde.

#### **Bibliografia**

- Bandawar, M., Narasimha, V. L., Varghese, M., Benegal, V., & Murthy, P. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Suppl 4), S473–S478
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48
- Wurzweiler School of Social Work. (2021). *Prochaska and DiClemente's stages of change model for social workers*
- Karki, K., & Gurung, S. (2020). *Nursing interventions in relapse prevention* [Bachelor's thesis, Laurea University of Applied Sciences].

## Apêndice XXIII – Psicoeducação sobre Higiene do Sono



# HIGIENE DO SONO

Elaborado por: DUTRINHA, L. | 2017. Última revisão: Abril de 2018. Todos os direitos reservados. Dr. Ricardo Jorge

### 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 sonovigília 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 conceitos;
- Estimular a participação ativa e a reflexão crítica sobre o sono.

**PÚBLICO-ALVO:** Utes de 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, sestas longas, stress, uso de ecrãs antes de dormir

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

**SAÚDE MENTAL:** Ansiedade, depressão, psicose e transtornos 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



- Mantém horários regulares para dormir e acordar;
- Evitar sestas longas;
- 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**

Prática de respiração, alongamento (entrega à posterior)

**02**

**ACALMAR A MENTE**

Escrever preocupações, ouvir música calma

## MITOS E VERDADES

- Dormir muito compensa noites mal dormidas - **Mito**
- Alcool ajuda a dormir - **Mito**
- Dormir durante o dia é sempre mau - **Mito**
- O silêncio não atrapalha o sono - **Mito**

→ Dormir mais no dia seguinte não recupera totalmente a qualidade do sono perdido e desregula o relógio biológico

→ Pode adormecer mais rápido, mas fragmenta o sono e causa despertares

→ Soneas curtas, 10-20 minutos podem ajudar o problema não as soneas longas

- 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

- **SETTENCOURT, Inês** - Servidora da saúde, 2013. Disponível em: <http://www.compartilho.com.br/beneficios-da-sona/>
- Instituto do sono, (s.d). sono. Acesso em: <https://www.who.int/pt-br/sono/pt-br>

## OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO

**Apêndice XXIV– Questionário de avaliação anterior e posterior à psicoeducação sobre Higiene do sono**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO – ESCOLHA MÚLTIPLA**

**1. O que é o sono?**

- A. Um momento em que o corpo deixa de funcionar
- B. Um estado natural de descanso essencial para a saúde física e mental
- C. Um período em que o cérebro desliga completamente
- D. Um hábito sem grande importância para o bem-estar

**2. Qual dos seguintes NÃO é um benefício do sono adequado?**

- A. Fortalecimento do sistema imunitário
- B. Consolidação da memória
- C. Aumento da irritabilidade
- D. Regulação do humor

**3. Qual dos fatores abaixo pode prejudicar o sono?**

- A. Rotina regular
- B. Prática de exercício físico
- C. Consumo de cafeína à tarde
- D. Quarto silencioso

**4. O que é considerado um sinal de má higiene do sono?**

- A. Adormecer em menos de 15 minutos
- B. Manter horários fixos de sono
- C. Demorar mais de 30 minutos a adormecer
- D. Evitar ecrãs antes de dormir

**5. Qual das seguintes práticas ajuda a melhorar a higiene do sono?**

- A. Fazer sestas longas diariamente
- B. Jantar refeições pesadas tarde da noite
- C. Utilizar o telemóvel antes de dormir
- D. Reduzir luz e ruído no quarto

**6. A afirmação “Dormir muito no dia seguinte compensa uma noite mal dormida” é:**

- A. Verdadeira
- B. Mito
- C. Verdadeira apenas para adultos
- D. Verdadeira apenas para adolescentes

**7. A utilização de álcool para dormir é considerada:**

- A. Uma estratégia eficaz para melhorar o sono
- B. Útil apenas em pessoas com insónia
- C. Um mito, pois fragmenta o sono
- D. Segura se consumida antes de deitar

**8. Qual é a duração recomendada para uma sesta saudável?**

- A. 1 a 2 horas
- B. 10 a 20 minutos
- C. 45 minutos
- D. Mais de 2 horas

**9. Qual estratégia pode ajudar a acalmar a mente antes de dormir?**

- A. Ver televisão na cama
- B. Ouvir música calma ou escrever preocupações
- C. Fazer exercício intenso à noite
- D. Consumir bebidas energéticas

**10. Pessoas com problemas de saúde mental tendem a:**

- A. Ter maior facilidade em dormir
- B. Não apresentar alterações no padrão de sono
- C. Ter mais dificuldade em dormir
- D. Precisar de menos horas de sono que o habitual

**Respostas corretas** B) C) C) C) D) B) C) B) B) C)

**Apêndice XXV – Plano de Sessão sobre: Psicoeducação sobre Higiene do Sono****Unidade de Internamento Homens****HIGIENE DO SONO**

<b>Atividade:</b> PPT HIGIENE DO SONO
<b>Enquadramento</b>
<p>O sono é uma função biológica essencial e uma necessidade humana básica, com impacto direto no equilíbrio emocional, no funcionamento cognitivo e na estabilidade comportamental. Trata-se de um processo fisiológico ativo e organizado, regulado pelo ciclo circadiano — sincronizado com o ciclo claro–escuro — e pela pressão homeostática do sono, durante o qual ocorrem processos fundamentais como a consolidação da memória, a regulação do humor, a reorganização neuronal e a manutenção do equilíbrio neuroendócrino. No âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, estas funções assumem particular relevância, uma vez que a qualidade do sono se relaciona de forma bidirecional com a sintomatologia psiquiátrica e com o funcionamento global da pessoa.</p> <p>Na população com doença mental, as perturbações do sono são altamente prevalentes e clinicamente significativas, podendo constituir sintoma nuclear, fator de vulnerabilidade ou consequência das perturbações psiquiátricas. Estudos evidenciam uma associação consistente entre insónia, hipersonia, sono fragmentado e alterações do ritmo sono–vigília e perturbações depressivas, de ansiedade, psicóticas e do humor. Estas alterações contribuem para o agravamento da sintomatologia, aumento da irritabilidade e ansiedade, défices de atenção, maior risco de comportamentos auto e heteroagressivos e menor adesão ao tratamento. Alterações persistentes do sono estão ainda associadas a pior prognóstico, maior risco de recaída e diminuição da qualidade de vida em diferentes grupos diagnósticos.</p> <p>Em contexto de internamento psiquiátrico, o risco de comprometimento do sono é particularmente elevado, devido à rutura das rotinas habituais, ao ambiente hospitalar (ruído, luminosidade, interrupções noturnas), ao stress emocional inerente ao internamento e ao uso de medicação psicotrópica, como sedativos, antipsicóticos e estabilizadores do humor. Estes fatores podem interferir negativamente com a qualidade, a continuidade e a arquitetura do sono, dificultando o processo de recuperação, a participação em intervenções terapêuticas e o restabelecimento de um funcionamento ocupacional e social adequado.</p> <p>A higiene do sono corresponde a um conjunto de comportamentos, hábitos e</p>

condições ambientais que favorecem um sono reparador e regular, incluindo horários consistentes de deitar e acordar, redução de estimulantes, limitação de sestas, controlo de estímulos no quarto, rotinas relaxantes antes de dormir e otimização do ambiente físico. No contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a promoção da higiene do sono integra intervenções não farmacológicas recomendadas para a prevenção e gestão das perturbações do sono, sendo reconhecida como abordagem segura, eficaz e custo-efetiva, devendo ser utilizada em articulação com o tratamento farmacológico e psicoterapêutico. Evidências mostram que intervenções educativas estruturadas sobre higiene do sono, especialmente quando combinadas com estratégias cognitivo-comportamentais, podem melhorar a qualidade subjetiva do sono, reduzir sintomas de insónia e contribuir para a estabilização clínica em pessoas com perturbações mentais.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, enquanto elemento central da equipa interdisciplinar, assume um papel fundamental na avaliação sistemática do padrão de sono-vigília, na educação para a saúde, na promoção da literacia em sono e no desenvolvimento de competências de autocuidado. A implementação de um plano de intervenção focado na higiene do sono permite capacitar os utentes para a adoção de hábitos saudáveis, promover a autonomia, reforçar a autoeficácia e melhorar a qualidade do sono, com benefícios durante o internamento e no período pós-alta. Neste sentido, a intervenção proposta encontra-se alinhada com as competências do enfermeiro especialista, contribuindo para a promoção da saúde mental, a prevenção de recaídas e a melhoria da qualidade de vida dos utentes internados em Psiquiatria.

### **Objetivos Gerais**

- Promover a literacia em saúde sobre o sono e a higiene do sono nos utentes do internamento de Psiquiatria.
- Sensibilizar para a importância do sono na saúde mental e no processo de recuperação.
- Capacitar os utentes para a adoção de comportamentos que favoreçam um sono de melhor qualidade.

### **Objetivos Específicos**

- Explicar o que é o sono e a sua importância para a saúde física e mental.
- Identificar os principais benefícios de um sono adequado.
- Compreender, de forma simplificada, o funcionamento do sono e do ciclo circadiano.
- Reconhecer fatores internos e externos que influenciam negativamente o sono.
- Identificar sinais de má higiene do sono.
- Conhecer os princípios básicos de uma boa higiene do sono.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquirir estratégias práticas para melhorar a qualidade do sono durante e após o internamento.</li> <li>• Desmistificar crenças erradas associadas ao sono, distinguindo mitos de verdades.</li> </ul>
<b>Destinatário</b>
<p>Utentes internados no Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões.</p>
<b>Critérios de Inclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utentes internados no serviço de Psiquiatria de Viseu;</li> <li>• Estado clínico estável;</li> <li>• Capacidade de compreensão e comunicação adequadas à participação na sessão;</li> <li>• Interesse e consentimento em participar na intervenção educativa.</li> </ul>
<b>Critérios de Exclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utentes em fase aguda de descompensação psiquiátrica;</li> <li>• Presença de agitação psicomotora significativa;</li> <li>• Alterações graves do estado de consciência ou défices cognitivos severos;</li> <li>• Situações clínicas que inviabilizem a participação em grupo (isolamento, contraindicação médica).</li> </ul>
<b>Tempo de realização</b>
30 minutos
<b>Procedimento</b>
<p><b>Introdução</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos dinamizadores;</li> <li>• Enquadramento do tema e importância do sono na saúde mental;</li> <li>• Explicação dos objetivos da intervenção;</li> <li>• Exploração breve das experiências dos utentes relativamente ao sono.</li> </ul> <p><b>Desenvolvimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição dos conteúdos através do PowerPoint: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O que é o sono;</li> <li>○ Benefícios do sono;</li> </ul> </li> </ul>

- Funcionamento do sono e ciclo circadiano;
- Fatores que afetam o sono;
- Sinais de má higiene do sono;
- Princípios de boa higiene do sono;
- Estratégias práticas para melhorar o sono;
- Mitos e verdades.
- Promoção da participação ativa através de questões orientadoras;
- Adequação da linguagem às capacidades cognitivas dos utentes.

### **Conclusão**

- Síntese dos principais pontos abordados;
- Reforço da importância da higiene do sono;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Incentivo à aplicação das estratégias apresentadas no quotidiano;
- Avaliação informal da sessão através do feedback dos participantes.

### **Bibliografia**

- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). APA Publishing.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2019). *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. APE.
- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3.<sup>a</sup> ed.). Artmed.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. WHO.
- Silva, A., & Paiva, T. (2018). *O sono na prática clínica*. Lidel.
- Trindade, I., & Teixeira, J. (2020). Intervenções de enfermagem na promoção da higiene do sono em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 45–52.

## Apêndice XXVI - Psicoeducação Gestão de stress e controlo emocional

# Gestão de Stress e Controlo Emocional

Estratégias para o Bem-estar

Masterat em Saúde Mental e Psiquiatria  
 Dr.º André Martins | Dr.º Vítor Henriques | Dezembro 2025

### Objetivos da Sessão

- 1 Compreender**  
O que é o stress e como afeta a saúde
- 2 Identificar**  
Stress e fatores geradores de stress
- 3 Dominar**  
Técnicas práticas de controlo emocional

### O que é o Stress?

Stress é a **resposta do corpo e mente** a uma pressão ou ameaça percebida.

É uma **resposta natural**, mas quando prolongado ou excessivo, **prejudica a saúde mental e física**.

### O Ciclo do Stress

- [1] Estímulo Estressante**  
Situação desafiante, mudança, conflito ou ameaça percebida
- [2] Resposta Fisiológica**  
Aceleração cardíaca, tensão muscular, libertação de cortisol e adrenalina
- [3] Resposta Emocional**  
Ansiedade, irritabilidade, medo, preocupação ou sensação de perda de controlo
- [4] Impacto Comportamental**  
Isolamento, agressividade, comportamentos de risco ou incapacidade de agir

### Sinais de Stress - Reconheça-os

Físicos:	Emocionais:	Comportamentais:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor de cabeça</li> <li>Tensão muscular</li> <li>Fadiga</li> <li>Irritabilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansiedade</li> <li>Irritabilidade</li> <li>Melancolia</li> <li>Sentimentos desoladores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldade de concentração</li> <li>Esquecimento</li> <li>Isolamento social</li> <li>Impulsividade</li> </ul>

### Fatores Geradores de Stress

**Estressores Externos:**  
Conflitos, mudanças de vida, pressão social, ambiente caótico

**Estressores Internos:**  
Pensamentos negativos, perfeccionismo, baixa autoestima, autoexigência

**Fatores Físicos:**  
Falta de sono, má alimentação, sedentarismo, uso de substâncias

**Fatores Clínicos:**  
Sintomas de doença mental, efeitos secundários de medicação

### Técnicas de Respiração (1/2)

**Respiração Diafragmática**

- Inspire lentamente pelo nariz (4 tempos)
- Retenha o ar (4 tempos)
- Expire lentamente pela boca (6-8 tempos)

**Respiração 4-7-8 (Calmantra)**

- Inspire pelo nariz contando até 4
- Retenha contando até 7
- Expire contando até 8 - Repetir 4 vezes

### Técnicas de Relaxamento (2/2)

**Relaxamento Progressivo Muscular**  
Contrai cada grupo muscular por 5 segundos, depois relaxa. Do pé à cabeça.

**Visualização Positiva**  
Imagine um lugar calmo e seguro. Use todos os sentidos (sons, cheiros, sensações).

**Meditação Mindfulness**  
Observe o presente sem julgamentos. Foca na respiração e sensações corporais.

### Atividades que Reduzem Stress

- Exercício Físico**  
30 min caminhada, dança, yoga ou desporto
- Práticas Relaxantes**  
Meditação, yoga, Tai chi
- Criatividade**  
Fotografia, música, escrita, artesanato
- Conexão social**  
Passar tempo com amigos e família
- Natureza**  
Passar ao ar livre, contemplação

### Exercício Prático

#### Identifique os Seus Estressores

1. Quais são os seus fatores de stress principais?
2. Como o stress o afeta fisicamente?
3. Como o stress influencia o seu comportamento?
4. Que técnicas poderia experimentar?

### Estratégias de Controlo Emocional

- Reconhecer as Emoções:**  
Identificar e nomear o que sente sem negar ou suprimir
- Parar Antes de Agir:**  
Respire fundo, conte até 10, espere antes de reagir impulsivamente
- Repensar Pensamentos:**  
Questionar pensamentos catastróficos, procure perspetivas alternativas
- Expressar Sentimentos:**  
Fale com alguém de confiança, escreva ou crie arte

### O que Evitar para Controlar o Stress

- Lamento prolongado e fuga dos problemas
- Uso de álcool, drogas ou automedicação
- Agressão verbalmente ou fisicamente
- Negação das emoções ou suprimir sentimentos
- Autocrítica severa e pensamentos de culpa
- Evitar profissionalismo e ajuda profissional

### Ferramentas de Suporte

- Diário Emocional**  
Escreva as suas emoções e reflecta diariamente
- Apps de Meditação**  
Insight Timer, Calm, Positify
- Musioterapia**  
Músicas relaxantes ou energéticas
- Grupos de Apoio**  
Consultado com experiências semelhantes
- Psicoterapia**  
TCC, terapia de aceitação e compromisso

### Crie o Seu Plano

Defina um plano personalizado:

- 1 técnica de respiração para praticar diariamente
- 1 atividade relaxante para a semana
- 1 pessoa ou recurso para procurar quando precisar

## Controle é Possível!

O stress é uma reação normal, mas pode aprender a gerir as suas emoções e respostas.

Consegue mesmo, paciência e apoio, consegue!

## Obrigada pela Atenção!

Dúvidas?

Unidade de Intervenção de Psicologia | UPISM  
Fim do Programa de 4 Sessões de Personalização ✓

## **Apêndice XXVII- Questionário anterior e posterior à Psicoeducação sobre Gestão de stress e controlo emocional**

### **1. O que é o stress?**

- A) Uma doença mental
- B) Uma reação natural do corpo e da mente a uma pressão ou ameaça percebida
- C) Um sinal de fraqueza pessoal
- D) Um problema que só afeta a saúde física

### **2. Quando é que o stress se torna prejudicial?**

- A) Quando acontece raramente
- B) Quando ajuda a resolver problemas
- C) Quando é prolongado ou excessivo
- D) Quando sentimos medo

### **3. Qual das seguintes opções faz parte do ciclo do stress?**

- A) Estímulo stressante → resposta fisiológica → reação emocional → impacto comportamental
- B) Pensamento positivo → relaxamento → controlo emocional
- C) Medicação → terapia → recuperação
- D) Stress → doença → internamento

### **4. Qual é um sinal físico de stress?**

- A) Isolamento social
- B) Irritabilidade
- C) Dores de cabeça
- D) Esquecimentos

### **5. Qual dos seguintes é um fator gerador de stress interno?**

- A) Pensamentos negativos e autocrítica
- B) Ambiente caótico
- C) Conflitos familiares
- D) Falta de sono

**6. Para que serve a respiração diafragmática?**

- A) Aumentar a tensão muscular
- B) Acelerar os batimentos cardíacos
- C) Ajudar a acalmar o corpo e a mente
- D) Evitar emoções

**7. Na respiração 4-7-8, o que significa o número 8?**

- A) O número de vezes que se inspira
- B) O tempo de expiração
- C) O tempo de retenção da respiração
- D) O número total de respirações

**8. Qual das seguintes técnicas pertence ao relaxamento progressivo muscular?**

- A) Imaginar um local calmo
- B) Observar pensamentos sem julgar
- C) Contrair e relaxar grupos musculares
- D) Escrever num diário emocional

**9. Qual é um comportamento que deve ser evitado para controlar o stress?**

- A) Procurar apoio profissional
- B) Falar com alguém de confiança
- C) Praticar atividades relaxantes
- D) Uso de álcool ou drogas

**10. No plano pessoal de gestão do stress, o que deve estar incluído?**

- A) Apenas uma técnica de respiração
- B) Uma medicação específica
- C) Uma técnica de respiração, uma atividade relaxante e um recurso de apoio
- D) Só atividades físicas

**Respostas corretas:** B; C; A; C; A; C; B; C; D; C

**Apêndice XXVIII - Plano de Sessão sobre: Psicoeducação Gestão de stress e controlo emocional**

**Unidade de Internamento Homens**

**GESTÃO DO STRESS E CONTROLO EMOCIONAL**

<b>Atividade:</b> PPT GESTÃO DO STRESS E CONTROLO EMOCIONAL	<p align="center"><b>30 minutos</b></p>
<b>Enquadramento</b>	
<p>O stress corresponde a uma resposta psicofisiológica do indivíduo perante estímulos internos ou externos percecionados como desafiantes ou ameaçadores, envolvendo reações cognitivas, emocionais, fisiológicas e comportamentais. Trata-se de um mecanismo adaptativo essencial à sobrevivência, associado à ativação do sistema nervoso autónomo e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que prepara o organismo para a resposta de luta ou fuga e permite a manutenção da homeostase. No entanto, quando os fatores de stress são intensos, frequentes ou prolongados, a resposta deixa de ser protetiva e assume um papel determinante no desenvolvimento, agravamento e manutenção das perturbações mentais, interferindo significativamente com o equilíbrio emocional, o funcionamento cognitivo, o comportamento e o funcionamento psicossocial do indivíduo.</p> <p>Na população com doença mental, a exposição a fatores geradores de stress tende a ser mais intensa e contínua, encontrando-se frequentemente associada a défices nos mecanismos de coping, dificuldades na regulação emocional e menor flexibilidade adaptativa. O stress crónico relaciona-se com aumento da ansiedade, instabilidade do humor, irritabilidade, exacerbação de sintomas psicóticos, alterações do sono, dificuldades de concentração e maior vulnerabilidade à recaída, traduzindo-se igualmente num maior risco de reinternamento e numa menor adesão aos planos terapêuticos. Neste sentido, a gestão inadequada do stress constitui um fator de risco significativo para a descompensação clínica, interferindo na capacidade da pessoa para lidar com as exigências do quotidiano e para manter a estabilidade psicopatológica.</p> <p>Em contexto de internamento psiquiátrico, os utentes estão sujeitos a fatores adicionais de stress, como a rutura com o meio habitual, a perda de autonomia e de papéis sociais, a incerteza face à evolução clínica, o stigmata associado à doença mental e as características do ambiente institucional. A presença concomitante de sintomatologia psiquiátrica, experiências prévias negativas com serviços de saúde e eventos de vida adversos pode tornar a experiência de internamento particularmente desafiante. A compreensão do ciclo do stress e o reconhecimento precoce dos seus sinais físicos,</p>	

emocionais, cognitivos e comportamentais assumem, assim, particular relevância no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitindo a implementação atempada de intervenções preventivas e terapêuticas ajustadas às necessidades individuais e favorecendo a adaptação ao internamento e a participação ativa nos cuidados.

A evidência científica demonstra o efeito de diversas intervenções não farmacológicas na gestão do stress e no controlo emocional, destacando-se técnicas de respiração, relaxamento, mindfulness e outras estratégias de regulação emocional. Estas intervenções atuam através da ativação do sistema nervoso parassimpático e da redução da hiperatividade simpática, diminuindo a resposta fisiológica associada ao stress, como taquicardia, tensão muscular e sensação subjetiva de tensão. Paralelamente, promovem a autoconsciência, o autocontrolo emocional e a capacidade de responder de forma mais adaptativa a pensamentos e emoções difíceis, fortalecendo estratégias de coping eficazes e reduzindo o risco de recaída.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica desempenha um papel central na capacitação dos utentes para o desenvolvimento de competências de autorregulação emocional e gestão do stress, através da educação para a saúde, treino estruturado de técnicas específicas e apoio terapêutico contínuo. No internamento, este profissional encontra-se numa posição privilegiada para avaliar fatores de stress internos e externos, identificar padrões de resposta desadaptativos, estabelecer uma relação terapêutica segura e colaborativa e facilitar a aprendizagem de estratégias individualizadas de autocontrolo emocional. A construção conjunta de um plano pessoal de gestão do stress, incluindo o reconhecimento de sinais de alerta, seleção de técnicas de relaxamento e respiração, identificação de recursos de suporte e definição de estratégias para situações de maior vulnerabilidade, potencia o empowerment, a autonomia e a adaptação ao processo de internamento.

Deste modo, a implementação de um plano de intervenção estruturado em gestão do stress e controlo emocional enquadra-se nas competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, constituindo uma intervenção fundamental para a promoção da saúde mental, estabilização emocional e melhoria da qualidade de vida dos utentes internados em Psiquiatria. Ao favorecer a aquisição de competências de autorregulação, esta intervenção contribui para a redução do sofrimento psíquico durante o internamento, para a prevenção de recaídas e para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, reforçando o papel da enfermagem na promoção da recuperação e na prevenção da cronificação da doença mental.

### **Objetivos Gerais**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a gestão eficaz do stress nos utentes internados em Psiquiatria.</li> <li>• Desenvolver competências de controlo emocional e autorregulação.</li> <li>• Capacitar os utentes para a utilização de estratégias adaptativas de coping.</li> </ul>
<p><b>Objetivos Específicos</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir o conceito de stress e compreender o seu papel adaptativo.</li> <li>• Identificar o ciclo do stress e os seus sinais físicos, emocionais e comportamentais.</li> <li>• Reconhecer fatores internos e externos geradores de stress.</li> <li>• Experimentar técnicas de respiração (respiração diafragmática e 4-7-8).</li> <li>• Conhecer e praticar técnicas de relaxamento (relaxamento progressivo muscular, visualização positiva e mindfulness).</li> <li>• Identificar atividades promotoras de redução do stress.</li> <li>• Refletir sobre os principais fatores de stress individuais e o impacto no comportamento.</li> <li>• Desenvolver estratégias de controlo emocional adaptadas ao contexto pessoal.</li> <li>• Identificar comportamentos a evitar na gestão do stress.</li> <li>• Conhecer ferramentas de suporte disponíveis.</li> <li>• Elaborar um plano individualizado de gestão do stress.</li> </ul>
<p><b>Destinatário</b></p>
<p>Utentes internados no Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica da Unidade Local de Saúde de uma região Centro.</p>
<p><b>Critérios de Inclusão</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utentes internados no serviço de Psiquiatria;</li> <li>• Estado clínico e emocional estável;</li> <li>• Capacidade de compreensão e participação ativa;</li> <li>• Consentimento informado para participação.</li> </ul>
<p><b>Critérios de Exclusão</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utentes em fase aguda de descompensação psiquiátrica;</li> <li>• Agitação psicomotora significativa;</li> <li>• Alterações graves do estado de consciência;</li> <li>• Défices cognitivos severos que comprometam a participação na sessão.</li> </ul>
<p><b>Tempo de realização</b></p>

30 minutos
<b>Procedimento</b>
<b>Introdução</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação dos dinamizadores;</li><li>• Enquadramento do tema e relevância da gestão do stress na saúde mental;</li><li>• Apresentação dos objetivos da sessão;</li><li>• Exploração inicial das perceções dos utentes sobre o stress.</li></ul>
<b>Desenvolvimento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação dos conteúdos do PowerPoint:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Conceito de stress;</li><li>○ Ciclo do stress;</li><li>○ Sinais de stress;</li><li>○ Fatores geradores de stress;</li><li>○ Técnicas de respiração (diafragmática e 4-7-8);</li><li>○ Técnicas de relaxamento (relaxamento progressivo muscular, visualização positiva e mindfulness);</li><li>○ Atividades redutoras de stress;</li><li>○ Estratégias de controlo emocional;</li><li>○ Comportamentos a evitar;</li><li>○ Ferramentas de suporte (diário emocional, apps de meditação, musicoterapia, grupos de apoio, Intervenção psicoterapêutica baseada na TCC e Intervenção Psicoterapêutica de Aceitação e Compromisso).</li></ul></li><li>• Realização de exercícios práticos:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Identificação dos principais fatores de stress;</li><li>○ Análise do impacto do stress no comportamento;</li><li>○ Exploração de técnicas potencialmente úteis para cada utente.</li></ul></li><li>• Criação do plano individual de gestão do stress, contemplando:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Uma técnica de respiração para prática diária;</li><li>○ Uma atividade relaxante semanal;</li><li>○ Uma pessoa ou recurso de apoio a contactar em situações de maior stress.</li></ul></li></ul>
<b>Conclusão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Síntese dos conteúdos abordados;</li><li>• Reforço da importância da prática regular das técnicas;</li></ul>

- Esclarecimento de dúvidas;
- Incentivo à continuidade das estratégias após a alta;
- Avaliação informal da sessão através do feedback dos participantes.

### **Bibliografia**

- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). APA Publishing.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Mindfulness para principiantes*. Sinais de Fogo.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. OE.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2021). *Psychiatric mental health nursing* (10th ed.). F.A. Davis.



### Apêndice XXIX – Atividade Prática: TELA DAS EMOÇÕES

<b>Atividade:</b> Atividade Prática: TELA DAS EMOÇÕES	<b>30 minutos</b>
<b>Enquadramento</b>	
<p>A expressão emocional é essencial para a saúde mental, permitindo ao indivíduo reconhecer, compreender e gerir os seus estados internos, favorecendo adaptação, redução do sofrimento psíquico e desenvolvimento de estratégias de coping. Em contextos de internamento psiquiátrico, muitos utentes enfrentam barreiras à comunicação verbal — devido a défices cognitivos, sintomatologia psicótica, retraimento ou vergonha — o que pode conduzir a isolamento, frustração e agravamento sintomático. Nesse sentido, intervenções criativas e não verbais constituem ferramentas importantes para promover expressão emocional, comunicação simbólica e vínculo terapêutico.</p> <p>A intervenção psicoterapêutica com a arte é uma intervenção estruturada que utiliza processos artísticos — como desenho, pintura, colagem, modelagem e escrita simbólica — com objetivos terapêuticos claros: expressão e regulação emocional, reorganização cognitiva e fortalecimento de recursos internos. Ao projetar simbolicamente conteúdos internos difíceis de verbalizar, o utente transforma emoções difusas em imagens e formas observáveis, favorecendo reflexão, mentalização e ressignificação da experiência pessoal. A arte funciona como uma “segunda língua”, permitindo expressar o indizível e facilitando a partilha em contexto grupal, promovendo pertença, validação e reconhecimento mútuo.</p> <p>O efeito desta intervenção psicoterapêutica é apoiada por evidências científicas. Estudos e revisões sistemáticas indicam que esta intervenção contribui para a redução de sintomas de ansiedade, depressão e stress, além de melhorar regulação emocional, autoestima, autoconsciência e competências de coping em diferentes grupos clínicos. A sua natureza não verbal é especialmente vantajosa para utentes com défices linguísticos ou dificuldades na verbalização direta.</p> <p>No âmbito da enfermagem em saúde mental, o enfermeiro desempenha papel central como facilitador do processo criativo, assegurando um ambiente seguro, não julgador e de escuta empática. A integração de atividades expressivas nos planos de cuidados reforça a autonomia, a resiliência e o bem-estar psicossocial do utente, promovendo humanização do cuidado e fortalecendo o vínculo terapêutico.</p> <p>A atividade “Tela das Emoções” enquadra-se como uma intervenção expressiva de enfermagem fundamentada teoricamente e empiricamente. Destina-se a promover a identificação e expressão das emoções, autorreflexão e partilha grupal, ampliando o leque de intervenções não farmacológicas e contribuindo para a regulação emocional,</p>	

autoestima, coping adaptativo e bem-estar durante o internamento psiquiátrico.
<b>Objetivos Gerais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a expressão e o reconhecimento das emoções dos utentes internados em saúde mental, facilitando a comunicação, a autorreflexão e o bem-estar psicológico.</li> </ul>
<b>Objetivos Específicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Incentivar a identificação das emoções sentidas no momento.</li> <li>Estimular a expressão artística como forma de comunicação emocional.</li> <li>Criar um espaço seguro e acolhedor para partilha emocional.</li> <li>Facilitar a intervenção terapêutica baseada na compreensão das emoções manifestadas.</li> <li>Promover a autoestima e a sensação de agência sobre as próprias emoções.</li> </ul>
<b>Destinatário</b>
Utentes internados no Departamento de Saúde Mental e Psiquiátrica da Unidade Local de Saúde de uma região Centro.
<b>Critérios de Inclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utentes internados no serviço de psiquiatria que tenham interesse em participar.</li> <li>Utentes com capacidade cognitiva mínima para compreender instruções e interagir com o material.</li> <li>Utentes capazes de segurar e utilizar as canetas ou outro material de escrita/pintura.</li> <li>Consentimento informado assinado ou verbal conforme as normas do serviço.</li> </ul>
<b>Critérios de Exclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utentes com alto risco de autoagressão ou heteroagressão no momento da atividade.</li> <li>Sintomas psicóticos ou comportamentais <b>intensos</b> que impeçam a compreensão ou participação.</li> <li>Incapacidade física grave de manipular o material (por ex.: tetraplegia sem adaptação).</li> <li>Recusa explícita em participar.</li> <li>Crises emocionais ou médicas agudas no momento da atividade.</li> </ul>

<b>Tempo de realização</b>
30 minutos
<b>Procedimento</b>
<p><b>a) Introdução</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Receber os utentes em um ambiente calmo e seguro, garantindo privacidade e conforto.</li><li>2. Explicar o objetivo da atividade: “Hoje vamos explorar as emoções que estamos a sentir, através de desenhos, cores ou palavras na tela.”</li><li>3. Apresentar o material disponível: telas, canetas próprias para telas (ou marcadores de quadro branco, dependendo do suporte), aventais ou proteção para roupas.</li><li>4. Garantir que todos compreendem que não há certo ou errado, e que a atividade é uma expressão pessoal e confidencial.</li></ol> <p><b>b) Desenvolvimento</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cada utente recebe uma tela individual (ou espaço coletivo, se desejado).</li><li>2. Solicitar que expressem a emoção que sentem agora, utilizando cores, formas, desenhos ou palavras, e que acrescentem uma justificação breve (opcional, pode ser escrita ou simbólica).</li><li>3. O profissional circula pelo espaço, oferecendo apoio, encorajamento e respeito pelo ritmo de cada utente, sem julgar ou corrigir.</li><li>4. Estimular reflexões discretas se o utente desejar partilhar: “O que este desenho diz sobre o que estás a sentir?”</li></ol> <p><b>c) Conclusão</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Agradecer a participação de todos, reforçando o valor da expressão emocional.</li><li>2. Proporcionar um espaço de partilha voluntária, permitindo que os utentes mostrem ou comentem suas telas, apenas se se sentirem confortáveis.</li><li>3. Registrar observações importantes sobre emoções recorrentes, padrões de cores ou formas, que poderão ser úteis para futuras intervenções terapêuticas.</li><li>4. Guardar ou exibir as telas de forma segura e ética, respeitando a confidencialidade.</li></ol>



## Apêndice XXX – Intervenção Psicoterapêutica de RC sessão 1

*Intervenção Psicoterapêutica de  
Reestruturação Cognitiva*

Transtorno Psicótico Induzido por Substância

Sessão 1: Avaliação e Psicoeducação  
Duração: 60 minutos

Objetivos da Sessão 1

- Avaliar o perfil neurocognitivo basal (*baseline*);
- Normalizar discussão sobre défices cognitivos em TPIS;
- Estabelecer metas colaborativas e SMART;
- Criar segurança e confiança na relação terapêutica.

Transtorno Psicótico Induzido por Substância

**Definição:** Manifestação de sintomas psicóticos (alucinações, delírios, desorganização) diretamente relacionada com o consumo de substâncias psicoativas.

- Pode ocorrer durante a intoxicação aguda;
- Pode advir na fase de abstinência;
- Inclui défices cognitivos secundários.

Défices Cognitivos em TPIS

- Diminuição da velocidade de processamento;
- Déficit de atenção sustentada;
- Déficit de memória de curto prazo;
- Dificuldades nas funções executivas;
- Déficit de flexibilidade cognitiva.

A Boa Notícia

O cérebro tem capacidade de recuperação

Com a prática estruturada e os exercícios adequados, as funções cognitivas melhoram significativamente.

É como um Músculo

Com exercício adequado, fica mais forte

Os défices são temporários e recuperáveis

Estrutura de Hoje

**Avaliação**  
Testes simples de atenção, memória e velocidade

**Metas**  
Definir objetivos personalizados para a intervenção

Avaliação Cognitiva Simplificada

- **Atenção:** Teste de dígitos
- **Velocidade:** *Trail Making Test*
- **Memória:** Teste de 5 palavras
- **Funções Executivas:** Fluência de categorias

**Metas Colaborativas (SMART)**

- Conseguir acompanhar uma conversa completa
- Organizar melhor o meu dia
- Lembrar nomes de pessoas que conheço
- Regressar ao trabalho ou estudo

*O que seria mais importante para si?*

**Próximas Sessões**

Sessão 2: Atenção e Velocidade

Sessão 3: Memória


Sessão 4: Funções Executivas

Sessão 5: Integração e Continuidade

**Estamos Prontos!**

Vamos começar a avaliação...

## Apêndice XXXI – Intervenção Psicoterapêutica de RC sessão 2



**Sessão 2: Atenção e Velocidade**

Intervenção Psicoterapêutica de  
Reestruturação Cognitiva

**Treino de Foco e Rapidez**

Duração: 50-60 minutos

**Revisão: O que aprendemos na Sessão 1?**

- O consumo de substâncias afeta a atenção, a memória e a organização;
- O cérebro tem capacidade de recuperação (neuroplasticidade);
- Défices cognitivos são temporários e recuperáveis;
- Definimos metas pessoais para a intervenção.

*Lembra-se das metas que definiu?*

**Como se sentiu esta semana?**

- Conseguiu concentrar-se em alguma conversa ou tarefa?
- Notou dificuldades de foco em situações específicas?
- Tentou usar alguma estratégia de concentração?

*Partilhe o que funcionou ou foi desafiante*

**O que é Atenção?**

Atenção é como um "farol mental" que ilumina o que é importante neste momento!

Em TPIS, este farol fica temporariamente fraco, mas conseguimos reforçá-lo com prática.

**Deficit de Atenção em TPIS**

- Dificuldade em manter foco numa tarefa;
- Distrair-se facilmente com ruído ou movimento;
- Perder o fio de uma conversa;
- Impulsividade ou lentidão excessiva;
- Esquecer o que estava a fazer.

**Objetivos de Hoje**

- 1. Melhorar Atenção**  
Aumentar capacidade de foco sustentado
- 2. Aumentar Velocidade**  
Processar informação mais rapidamente
- 3. Estratégias Práticas**  
Técnicas para usar no dia a dia

**Exercício 1: Teste de Dígitos**

**Como funciona:**  
Vou ler uma sequência de números. Tente repetir exatamente como ouviu.

**Exemplos (teste mentalmente):**

3 - 7 - 2  
5 - 1 - 9 - 4  
2 - 8 - 6 - 3 - 7

O objetivo é aumentar gradualmente o número de dígitos que consegue reter.

**Exercício 2: Cancelamento Visual**

**Como funciona:**  
Procure e risque todas as letras "A" no texto abaixo. Tempo: máximo 2 minutos.

DEARTSALOMANEDRTAPOLACARTADEPOLICIAESTAVAANTESD  
AAUTORIDADEALGUMASPALAVRASSAOIMPORTANTES

*Treina: atenção sustentada e velocidade de processamento*

### Exercício 3: Atenção Alternada

#### Instrução

Quando disser "PAR", bata palma. Quando disser "ÍMPAR", levante a mão. Vou dizer números rapidamente.

Exemplo: 4 (PAR - bater palma) → 7 (ÍMPAR - levantar mão) → 2 (PAR - bater palma)...

*Treina: flexibilidade mental e velocidade de resposta*

### Estratégias de Atenção - Vida Real

#### Estratégia 1: Respiração Focada

Antes de começar uma tarefa, faça 2-3 respirações profundas para "ligar o farol"

#### Estratégia 2: Eliminar Distrações

Desligue o telemóvel, escolha lugar calmo, comunique que precisa de foco

#### Estratégia 3: Reorientação

Se se distrair numa conversa: "Peço desculpa, pode repetir o que disse?"

### Tarefa até à próxima sessão

#### Exercício da Semana

Escolha uma tarefa que requer concentração (ler, escrever, organizar algo) e faça-a 3 vezes.

Acompanhe: quanto tempo conseguiu manter-se focado?

*Registe: "Conseguí manter-me focado \_\_\_ minutos"*

Na próxima sessão partilhámos resultados!




### Resumo de Hoje

Treinámos 3 exercícios de atenção

Aprendemos 3 estratégias práticas

Próxima: Sessão 3 - Memória

## Apêndice XXXII – Intervenção Psicoterapêutica de RC sessão 3



**Sessão 3: Memória**

Intervenção Psicoterapêutica de Reestruturação Cognitiva

**Treino de Retenção e Evocação**

Duração: 50-60 minutos

**Revisão: Atenção (Sessão 2)**

- Aprendemos que a atenção é um "farol mental" que se pode reforçar;
- Treinamos três exercícios: dígitos, cancelamento visual e atenção alternada;
- Três estratégias: respiração focada, eliminar distrações e reorientação;
- Como correram com os exercícios?

**Como se sentiu esta semana?**

- Conseguiu fazer os exercícios de atenção 3 vezes?
- Notou diferença na capacidade de foco?
- Usou alguma estratégia no dia a dia?

Partilhe progressos ou dificuldades

**O que é Memória?**

**Memória de Trabalho:** é como um "rasunho" – de curta duração, retém a informação imediata.

**Memória Episódica:** é semelhante a um "arquivo de fotos" – dura mais e permite recordar eventos.

Em TPIS, ambas as memórias ficam afetadas, mas com estratégias, melhoram!

**Déficit de Memória em TPIS**

- Esquecer compromissos ou tarefas imediatas;
- Dificuldade em recordar nomes ou conversas;
- Perder informação importante durante uma conversa;
- Não recordar pormenores de acontecimentos recentes;
- Dificuldade em organizar as sequências das ações.

**Objetivos de Hoje**

1. Memória de Trabalho  
Reter informação no momento
2. Memória Episódica  
Recordar eventos e detalhes
3. Técnicas  
Estratégias duradouras

**Exercício 1: N-Back Task**

**1-Back (mais fácil):**  
Responda "SIM" se a palavra AGORA é igual à ANTERIOR.  
Sequência: GATO - CÃO - GATO - PÁSSARO - GATO - GATO  
Respostas: NÃO - NÃO - NÃO - NÃO - SIM

**2-Back (mais difícil):**  
Responda "SIM" se a palavra AGORA é igual à de 2 posições atrás

**Exercício 2: Método de Rotas (Loc)**

**Como funciona:**

1. Escolha um percurso familiar (ex: casa → rua → parque → loja)
2. Imagine 5-7 objetos que precisa lembrar
3. Associe cada objeto a um local da rota (ex: "chave escondida na cama")
4. Depois, evoque o percurso mentalmente para recuperar as palavras

**Exemplo**  
Precisa lembrar: pão, leite, maçã, remédio, bilhete  
Casa (pão) → Rua (leite) → Parque (maçã) → Farmácia (remédio) → Bilheteira (bilhete)

**Exercício 3: Memória Episódica**

**Como funciona:**  
Vou contar um evento (3-4 frases). Você tenta recordar pormenores: quem, quê, quando, onde?

Técnica: Feche os olhos e veja a cena na sua mente. Visualize os detalhes.

**Aplicação:**  
Use esta técnica para recordar conversas importantes, compromissos, situações de risco

**Estratégias de Memória - Vida Real**

**Estratégia 1: Método de Rotas**  
Para listas importantes (medicação, tarefas, compromissos)

**Estratégia 2: Anotação Visível**  
Escreva num local visível (geladeira, telemóvel, mural) coisas que precisa lembrar

**Estratégia 3: Registo Posterior**  
Para conversa importante, tome notas a seguir (consolida a memória)

**Tarefa Exercício da Semana:**

Use o Método de Rotas para memorizar uma lista prática (compras, tarefas, contatos, medicação).

*Registe: "Consegi lembrar \_\_\_ de \_\_\_ itens"*

❖ **Objetivo:** Generalizar a técnica para situações reais do seu dia a dia

*Na próxima sessão, partilhamos como funcionou!*

**Resumo de Hoje**


Treinámos memória de trabalho e episódica  
Aprendemos 3 técnicas práticas

**Próxima: Sessão 4 - Funções Executivas**

**Bem Feito!**

Está a fazer um progresso extraordinário na sua recuperação cognitiva

## Apêndice XXXIII- Intervenção Psicoterapêutica de RC sessão 4



*Sessão 4: Funções Executivas*

Intervenção Psicoterapêutica de Reestruturação Cognitiva

**Planeamento e Resolução de Problemas**  
Duração: 50-60 minutos

Revisão: Atenção e Memória

- Sessão 2 (Atenção): Respiração focada, eliminar distrações, reorientação
- Sessão 3 (Memória): Método de rotas para listas, visualização, anotação
- Como correu com os exercícios destas duas semanas?

Progresso até agora

- Que melhorias notou na sua concentração?
- Conseguiu lembrar-se de compromissos com mais facilidade?
- Situações específicas em que sentiu progresso?

*Reforçar os ganhos conquistados é importante!*

O que são Funções Executivas?

São como o "CEO do seu cérebro"

- Planeia o que fazer
- Decide prioridades
- Organiza tarefas
- Resolve problemas

Défices em TPIS

- Dificuldade em planear o dia ou semana;
- Impulsividade ou indecisão;
- Dificuldade em dar prioridade às tarefas;
- Resolver problemas de forma desorganizada;
- Não antecipar consequências das ações.

Objetivos de Hoje

- 1. Planeamento**  
Estruturar ações complexas
- 2. Resolução**  
Gerir problemas passo a passo
- 3. Aplicação**  
Lidar com situações reais

Exercício 1: Planeamento SMART

**S (Específico):**  
"Quero voltar a estudar"

**M (Mensurável):**  
"Matricular-me e frequentar 3 semanas"

**A (Alcançável) \ R (Realista) \ T (Temporal):**  
"Tenho apoio, começo com online, depois presencial em 2 semanas"

Exercício 2: 5 Passos para Resolver

Problema: Acordou com compromisso, mas sente-se mal. O que faz?

- **Definir:** "Tenho compromisso mas não me sinto bem"
- **Brainstorm:** Contactar amigo, remarcar, ir mas com pausa
- **Avaliar:** Prós e contras de cada opção
- **Escolher:** A opção mais realista (ex: telefonar e remarcar)
- **Executar:** Como, quando, com quem

### Exercício 3: Ordenar Passos

Tarefa: Ordenar logicamente os passos para preparar uma refeição simples

- Comer e aproveitar
- Temperar a comida
- Comprar ingredientes
- Cozinhar
- Preparar o prato
- Lavar louça

Discussão: Por que essa ordem? Que passos são prioritários?

### Aplicação: Situação Real

#### *Desafio Pessoal*

Vamos identificar um desafio REAL seu (regressar à família, preparar saída, reorganizar vida, retomar trabalho).

Aplicamos os 5 passos e criamos um plano concreto!

Análise: Que obstáculos pode haver? Que estratégias de contingência?

### Exercício da Semana:

Escolha uma tarefa que quer organizar (arrumação, horário, atividade) e use os 5 passos que aprendemos.

Registe: "Consegui cumprir \_\_\_ de \_\_\_ passos"

Reflexão: "O que correu bem? O que foi difícil?"

### Resumo de Hoje

Aprendemos a planejar e resolver problemas  
Treinamos com situações reais e práticas

Próxima: Sessão 5 - Integração e Continuidade



### *Está no Caminho Certo!*

Tem desenvolvido capacidades valiosas para gerir a sua vida