



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Sintomatologia Depressiva: Treino Metacognitivo *Acute*

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

Carina Sofia da Costa Freitas

março de 2026

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Sintomatologia Depressiva: Treino Metacognitivo Acute

Carina Sofia da Costa Freitas

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

2º edição do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho realizado sob a orientação de
Professora Doutora Tânia Correia

março, 2026

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Tânia Correia, expresso o meu profundo agradecimento pela orientação, disponibilidade, rigor científico e incentivo constante ao longo de todo este percurso. O seu apoio foi determinante para a concretização deste trabalho.

Aos enfermeiros e instituições onde realizei os estágios, agradeço a disponibilidade, o acolhimento, a partilha de conhecimentos e a experiência profissional transmitida, fundamentais para o meu crescimento académico e pessoal. Um agradecimento especial às enfermeiras tutoras.

À minha amiga Rita, agradeço não apenas a colaboração académica e dedicação, mas sobretudo a amizade, as palavras de conforto e motivação, a presença constante e o apoio incondicional nos momentos de maior exigência. O seu companheirismo e resiliência tornou este caminho mais leve e significativo. Obrigado por tudo!

À minha família, expresso a minha gratidão profunda pelo apoio incansável, pela compreensão das ausências e pelo encorajamento permanente, mesmo nos momentos de maior cansaço e incerteza.

Ao meu marido, agradeço a paciência e o apoio incondicional, pilares fundamentais que me permitiram manter o equilíbrio e a motivação ao longo deste percurso. Ao meu filho, a minha maior inspiração, agradeço a compreensão, os sorrisos e o amor genuíno que deram sentido a cada esforço realizado.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu sincero obrigado.

RESUMO

Breve fundamentação: A depressão constitui uma das principais causas de morbidade em saúde mental, apresentando uma expressão crescente na população adulta e nos diversos contextos de cuidados de saúde, com impacto significativo na funcionalidade e na qualidade de vida. Caracteriza-se por humor deprimido persistente, sentimentos de inutilidade e, nas situações de maior gravidade, pela presença de ideação suicida. **Objetivos:** O presente relatório tem como objetivo evidenciar a aquisição de competências comuns, específicas e de mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, desenvolvidas nos estágios de saúde mental na comunidade e em contexto de internamento de doentes agudos. **Metodologia:** Os estágios foram desenvolvidos com base num raciocínio clínico sistemático e no processo de cuidados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, contemplando as fases de avaliação diagnóstica, planeamento dos cuidados, implementação das intervenções e avaliação dos resultados. Optou-se pela realização de dois casos clínicos, com os cuidados de enfermagem centrados na pessoa com depressão e na respetiva família, recorrendo à intervenção psicoterapêutica baseada no treino metacognitivo. **Resultados:** Com a implementação das intervenções, verificaram-se ganhos em saúde, com melhoria ao nível do humor depressivo, da ansiedade, do bem-estar e da autoestima. **Conclusão:** Este relatório reflete o percurso de aprendizagem construído e consolidado ao longo deste mestrado, bem como a aquisição das competências inerentes do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com enfoque nos cuidados centrados na pessoa com depressão.

Palavras-chave: Saúde mental; Depressão; Enfermagem; cuidados centrados na pessoa; treino metacognitivo

ABSTRACT

Brief Rationale: Depression is one of the main causes of morbidity in mental health, presenting an increasing expression in the adult population and in different health care contexts, with a significant impact on functionality and quality of life. It is characterized by persistent depressed mood, feelings of worthlessness and, in more serious situations, the presence of suicidal ideation. **Objectives:** This report aims to highlight the acquisition of common, specific and master's skills of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, developed in mental health internships in the community and in the context of hospitalization of acute patients. **Methodology:** The internships were developed based on systematic clinical reasoning and the mental health and psychiatric nursing care process, covering the phases of diagnostic assessment, care planning, implementation of interventions and evaluation of results. It was decided to carry out two clinical cases, with nursing care centered on the person with depression and their family, using psychotherapeutic intervention based on metacognitive training. **Results:** With the implementation of the interventions, there were health gains, with improvements in depressive mood, anxiety, well-being and self-esteem. **Conclusion:** This report reflects the learning path built and consolidated throughout this master's degree, as well as the acquisition of the inherent skills of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, with a focus on care centered on people with depression.

Keywords: Mental Health; Depression; Nursing; Person-centered care; Metacognitive Training

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE SIGLAS

INTRODUÇÃO	21
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
1.1. A Pessoa com Depressão.....	25
1.2. Impacto da doença mental na pessoa e família	29
1.3. Cuidados especializados à pessoa - Contributo da Teoria das Relações interpessoais.....	30
1.4. Treino Metacognitivo na Depressão (D-MCT).....	32
1.4.1 Treino Metacognitivo em contextos agudos (MCT - <i>Acute</i>).....	34
2. CONTEXTOS DE ESTÁGIO	37
2.1. Estágio no contexto de saúde mental na comunidade	37
2.1.1. Atividades desenvolvidas no contexto de saúde mental na comunidade	38
2.2. Estágio em contexto de internamento de doentes agudos.....	43
2.2.1. Atividades desenvolvidas em contexto de internamento.....	44
3. REFLEXÃO SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EEESMP.....	49
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	50
3.2. Competências específicas do EEESMP	55
4. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	61
4.1. Metodologia	63
4.1.1 Avaliação Inicial.....	63
4.1.2. Planeamento dos cuidados.....	64
4.1.3. Implementação das intervenções especializadas	65
4.1.4. Avaliação dos resultados	66

4.2. Caso Clínico I – Contexto de Saúde Mental na Comunidade.....	66
4.2.1. Avaliação Diagnóstica	66
4.2.2 Planeamento e implementação das intervenções	72
4.2.3. Avaliação de Resultados	74
4.3. Caso Clínico II – Contexto de Internamento	77
4.3.1. Avaliação Diagnóstica	77
4.3.2. Planeamento e implementação das intervenções	79
4.3.3. Avaliação de Resultados	80
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
Apêndices	
Apêndice I - Planos de Sessões: <i>“Tás a par do que é amar”</i>	103
Apêndice II - Cartaz informativo <i>“Tás a par do que é amar”</i>	113
Apêndice III - Projeto <i>Física “Mente”</i>	115
Apêndice IV - Plano de Formação: <i>“Comunicação Assertiva e Gestão de Conflitos”</i>	121
Apêndice V - Dia da Saúde Mental.....	125
Apêndice VI - Procedimento <i>“Saúde Mental na gravidez: Promoção do Autocuidado e Prevenção da DPP</i>	129
Apêndice VII - Planos de Sessões: <i>Intervenção baseada em MCT- Acute de Steffen Moritz</i>	147
Apêndice VIII - Plano de Sessões: Técnica de Mediadores expressivos.....	151
Apêndice IX - Plano de Sessões da Respiração Diafragmática	153
Apêndice X - Instrumento de avaliação da satisfação: <i>Escala de Faces</i>	155
Apêndice XI - Plano de Formação: <i>“Intervenção baseada em MCT- Acute de Steffen Moritz”</i>	157
Apêndice XII - Planos de Sessões: <i>“Mente Positiva”</i>	161
Apêndice XIII - Plano de Sessão <i>“Bons Gestores”</i>	163
Apêndice XIV - Plano de Sessões da intervenção de <i>Mindfulness</i>	165
Apêndice XV - Consentimento Informado.....	167
Apêndice XVI - Questionário Sociodemográfico.....	169
Anexos	

Anexo 1 - Certificados de Participação em congressos, Seminários e Jornadas, publicações em formato de póster e comunicações livres; formação profissional ...	175
Anexo 2 - MMSE	183
Anexo 3 – RSES	185
Anexo 4 - WHO-5.....	187
Anexo 5 - BDI – II.....	191
Anexo 6 - HAM-A	193
Anexo 7 - MCQ-30	195
Anexo 8 - APGAR Familiar.....	197
Anexo 9 - Autorização de Steffen Moritz para a utilização do material do MCT	199

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Intervenção MCT – <i>Acute</i> (módulos e objetivos)
Tabela 2	Medicação Prescrita da Sr. ^a P.
Tabela 3	Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção
Tabela 4	Plano de Cuidados Individualizado da Sr. ^a P.
Tabela 5	Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Baixa Autoestima
Tabela 6	Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Bem-estar comprometido
Tabela 7	Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Humor Depressivo
Tabela 8	Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Processo Familiar Comprometido
Tabela 9	Medicação Prescrita da Sr. ^a C.
Tabela 10	Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção
Tabela 11	Plano de Cuidados Individualizado da Sr. ^a C.
Tabela 12	Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Baixa Autoestima
Tabela 13	Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Bem-estar comprometido
Tabela 14	Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Humor Depressivo
Tabela 15	Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Ansiedade Presente

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Genograma familiar da Sr.^a P.

Figura 2 Ecomapa familiar da Sr.^a P.

Figura 3 Genograma familiar da Sr.^a C.

Figura 4 Ecomapa familiar da Sr.^a C.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Representação Gráfica dos instrumentos de avaliação pré e pós intervenção da Sr.^a P.

Gráfico 2 Representação Gráfica dos instrumentos de avaliação pré e pós intervenção da Sr.^a C.

LISTA DE SIGLAS

CIPE	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
DM	Depressão <i>major</i>
D-MCT	Treino Metacognitivo para a Depressão
DPSM	Departamento de Psiquiatria e de Saúde Mental
ECT	Eletroconvulsoterapia
EEESMP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
ELSE	Equipa Local de Saúde Escolar
ESMP	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
MCT	Treino Metacognitivo
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
PES	Plano Estratégico de Saúde
PNSE	Plano Nacional de Saúde Escolar
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental

RTA	Residência Treino de Autonomia
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
UCC	Unidade de Cuidados à comunidade
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório insere-se no processo de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Este trabalho resulta da formação académica desenvolvida no âmbito da unidade curricular “*Estágio com Relatório Final em Contexto de Internamento de Doentes Agudos e Saúde Mental na Comunidade*”, integrada na segunda edição do Mestrado em Enfermagem, promovido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu em colaboração com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

O relatório fundamenta-se nas competências comuns do enfermeiro especialista, conforme o Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019), nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), estabelecidas no Regulamento n.º 515/2018 (OE, 2018) e nas competências para aquisição de grau de mestre, segundo, artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).

Desta forma, pretende-se descrever e refletir sobre a aquisição das competências e intervenções desenvolvidas nos estágios. Ambos os contextos tiveram como base o raciocínio clínico, a tomada de decisão fundamentada e o processo de cuidados de enfermagem, integrando de forma sistemática as suas diferentes fases: avaliação diagnóstica, planeamento, implementação de intervenções e avaliação de resultados.

O estágio em saúde mental na comunidade decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), enquanto o estágio em contexto de internamento de agudos teve lugar num Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) de uma Unidade Local de Saúde (ULS). Nos contextos mencionados, foram realizados dois estudos de caso representativos, centrados na pessoa com depressão, nos quais foi implementada a intervenção baseada no Treino Metacognitivo (MCT), adaptada a contextos de agudos (MCT - *Acute*). Para além desta intervenção, foram igualmente desenvolvidas outras intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, que serão descritas e analisadas ao longo do relatório.

Sendo a enfermagem de saúde mental sustentada na evidência científica e em teorias de enfermagem, tornou-se imprescindível fundamentar a prática clínica num modelo teórico que sustente e oriente o processo de cuidar. Neste sentido, optou-se pela Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, por evidenciar a relação terapêutica no centro da intervenção, conceptualizando o enfermeiro e a pessoa como parceiros ativos num processo de mudança, e não como sujeito técnico e objeto passivo de cuidados (Peplau, 1991). A

escolha deste modelo revelou-se particularmente pertinente no contexto da enfermagem de saúde mental, uma vez que valoriza a comunicação, a empatia e a construção de uma relação terapêutica.

A depressão constitui um problema de saúde mental com elevado impacto na qualidade de vida, na funcionalidade e no bem-estar das pessoas, sendo uma das principais causas de incapacidade a nível mundial (*World Health Organization* [WHO], 2022). A intervenção do enfermeiro especialista assume um papel fundamental na identificação precoce, na avaliação contínua e na implementação de cuidados especializados, centrados na pessoa e no seu contexto biopsicossocial.

Segundo o Regulamento n.º 515/2018, o EEESMP “*desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação*” (OE, 2018)

Neste enquadramento, o MCT assume-se como uma ferramenta relevante, passível de integração nas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas dirigidas à pessoa com depressão. A sua aplicação contribui para uma prática clínica baseada na evidência, centrada na pessoa e orientada para a recuperação.

O MCT para depressão (D-MCT) é enquadrada na terapia cognitivo-comportamental (TCC) que adota uma perspetiva metacognitiva para focar na modificação de vieses cognitivos e crenças disfuncionais (Dietrichkeit *et al.*, 2021).

O MCT- *Acute* corresponde a uma adaptação do MCT e caracteriza-se por ser mais breve, flexível e focada, permitindo a sua aplicação mesmo em situações em que a pessoa apresenta menor capacidade de concentração, elevado sofrimento emocional ou instabilidade clínica (Fischer *et al.*, 2023).

Deste modo, o EEESMP, pela sua proximidade relacional, continuidade de cuidados e competências específicas, encontra-se numa posição privilegiada para a implementação eficaz desta intervenção, promovendo ganhos em saúde mental e contribuindo para a melhoria dos resultados terapêuticos da pessoa com depressão.

O objetivo principal da elaboração deste relatório é documentar reflexivamente o desenvolvimento, a aquisição e a mobilização de competências comuns e específicas do EEESMP, ao longo do percurso formativo e da prática clínica. Neste contexto, definiu-se como objetivos específicos:

- Enquadrar o conceito de Depressão, MCT com base na evidência e Teoria das Relações interpessoais de Peplau;

- Caracterizar os contextos de estágio e atividades desenvolvidas;
- Refletir sobre o desenvolvimento das competências específicas e comuns do EEESMP;
- Descrever e analisar criticamente as competências desenvolvidas no âmbito da aplicação do processo de cuidados especializados de ESMP à pessoa, família e comunidade, bem como os resultados alcançados nos diferentes contextos de estágio.
- Refletir de forma crítica sobre a prática clínica, integrando evidência científica, princípios éticos, as competências específicas do EEESMP e Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros.
- Desenvolvimento de uma componente de investigação com elaboração de dois estudos de caso.

O presente relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo é realizado o enquadramento conceptual, onde são abordados os principais conceitos teóricos, nomeadamente a depressão, o impacto da doença na pessoa e no sistema familiar, a Teoria das Relações interpessoais de Peplau, bem como, o enquadramento do MCT e o MCT - *Acute* na pessoa com depressão e a sua aplicação enquanto intervenção psicoterapêutica. No segundo capítulo introduz os contextos de estágio e as atividades desenvolvidas em cada um deles. O terceiro capítulo apresenta uma reflexão crítica sobre o contributo dos estágios para a aquisição de competências de EEESMP. O quarto capítulo corresponde à componente de investigação, especificando a metodologia, enquadrando as fases do processo de enfermagem e as intervenções elaboradas, o desenvolvimento de competências e o raciocínio clínico, através da aplicação do processo de enfermagem e da elaboração de dois estudos de caso nos quais foi aplicado o MCT- *Acute* à pessoa com sintomatologia depressiva.

Importa salientar que o presente relatório respeita os princípios éticos inerentes à prática de investigação e de cuidados em enfermagem, assegurando o anonimato dos participantes e das instituições onde os estágios foram realizados.

O documento encontra-se redigido de acordo com as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição, e em conformidade com as diretrizes do novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Atualmente, a saúde mental é reconhecida como uma componente indissociável da saúde global, influenciando a capacidade da pessoa para estabelecer relações, trabalhar, aprender e participar na vida comunitária. A WHO tem sublinhado que não existe saúde sem saúde mental, salientando o impacto das perturbações mentais na morbilidade, incapacidade e qualidade de vida da pessoa. (WHO, 2025).

A depressão é uma das perturbações mentais com maior prevalência no mundo e constitui um problema de saúde pública de elevada magnitude tanto pela sua frequência como pelo seu impacto funcional, social e económico. A depressão está, de facto, associada a elevados níveis de incapacidade, sendo considerada a principal causa de anos vividos com incapacidade a nível global (WHO, 2017).

O reconhecimento da enorme carga epidemiológica e económica da depressão impulsionou a formulação de políticas e estratégias a nível internacional e europeu que procuram responder de forma integrada aos desafios apresentados por esta doença. A necessidade de fortalecer os sistemas de saúde mental, de promover a intervenção precoce e de assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade, baseados na evidência, constitui um imperativo para reduzir tanto a incapacidade como os custos sociais e económicos associados à depressão (Caldas -de- Almeida *et al.*, 2017)

1.1. A Pessoa com Depressão

A Depressão é considerada como a principal causa de incapacidade a nível mundial, afetando cerca de 332 milhões de pessoas (WHO, 2017).

Estima-se que 5,7% dos adultos a nível mundial, tenham depressão, sendo, cerca de 1,5 vezes mais comum em mulheres do que em homens. A depressão é o fator de risco mais associado ao suicídio. Em 2021, estima-se que 727.000 pessoas perderam a vida por suicídio, sendo a terceira principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (WHO, 2021).

Na União Europeia (UE), dados recentes mostram que cerca de 46% da população reportou ter experienciado problemas emocionais ou psicossociais, como sentir-se deprimido ou ansioso nos 12 meses precedentes à pesquisa, refletindo a elevada carga de sofrimento mental (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OECD], 2023).

Em 2019, Portugal apresentou uma prevalência de depressão superior à média europeia, com cerca de 12 % da população afetada, sendo este um dos valores mais elevados entre os Estados-Membros da UE, e com uma disparidade de género significativa: 16,3% das

mulheres em comparação com 7,5% dos homens relataram sintomas depressivos (OECD, 2023).

A depressão afeta cerca de 8% da população portuguesa, sendo a segunda maior causa de incapacidade no país e uma das doenças mais prevalentes na UE. Portugal ocupa a 5^a posição entre os países com mais casos de depressão na Europa (OCDE, 2023). Estes números ilustram não só a prevalência elevada como também a necessidade de respostas clínicas e políticas eficazes no contexto nacional.

A perturbação depressiva, bem como todas as perturbações mentais obedecem a critérios de diagnósticos, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-11) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM V).

De acordo com o DSM V (*American Psychiatric Association [APA], 2022*), para o diagnóstico de DM é necessário que estejam presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas, durante o mesmo período de duas semanas e representem uma mudança em relação ao funcionamento anterior, sendo pelo menos um deles, o Humor deprimido ou perda de interesse ou prazer:

- 1) Humor deprimido na maior parte do dia;
- 2) Diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades na maior parte do dia;
- 3) Perda ou ganho de peso (sem estar a fazer dieta e alteração de 5% do peso corporal em um mês), redução ou aumento do apetite;
- 4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- 5) Agitação ou lentificação psicomotora;
- 6) Fadiga ou perda de energia;
- 7) Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva;
- 8) Diminuição na capacidade de pensar e de concentração;
- 9) Pensamentos recorrentes de morte.

Os sintomas causam sofrimento significativo à pessoa, com prejuízo no seu funcionamento social, profissional e pessoal e, deve ser feito uma avaliação criteriosa clínica para que o episódio não seja atribuído a efeitos fisiológicos de substâncias ou outra condição médica.

As ideias de morte e a ideação suicida são frequentemente observadas em pessoas com DM podendo, em alguns casos, ocorrer tentativas de suicídio (APA, 2022).

Para o diagnóstico de DM, é necessário que nunca tenha havido um episódio maníaco

ou hipomaníaco.

O curso da DM é bastante variável, de modo que algumas pessoas raramente experimentem remissão (um período de dois meses ou mais sem sintomas ou apenas um ou dois sintomas em grau leve). A cronicidade dos sintomas depressivos aumenta a probabilidade de perturbações da personalidade, ansiedade e abuso de substâncias (APA, 2022).

Segundo Townsend (2011), a DM pode ser classificada de forma complementar por:

1. Episódio único ou recorrente;
2. Ligeiro, moderado ou grave;
3. Com características psicóticas;
4. Com características catatónicas;
5. Com características melancólicas;
6. Crónico;
7. Com padrão sazonal;
8. Com início no Pós-Parto.

Segundo a APA (2022), os fatores de risco para o desenvolvimento da DM ou que podem contribuir para o prognóstico desta perturbação podem ser divididos em três grupos: os fatores temperamentais, ambientais, fisiológicos ou genéticos.

Relativamente aos fatores temperamentais, o neuroticismo é descrito como um fator de risco, uma vez que a pessoa que apresenta este traço revela maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da perturbação em resposta a eventos stressantes (APA, 2022).

No que concerne aos fatores ambientais, os acontecimentos de vida stressantes são amplamente reconhecidos como fatores precipitantes de episódios de DM. As experiências adversas na infância, nomeadamente perdas precoces, negligência, ou situações de abuso físico e/ou sexual, poderão constituir fatores de risco para o desenvolvimento desta perturbação (APA, 2022.)

Os fatores genéticos ou fisiológicos englobam a presença de membros da família em primeiro grau com diagnóstico de DM. Nestes casos, o risco de desenvolvimento desta perturbação é aproximadamente quatro vezes superior ao da população em geral, estimando-se que a hereditariedade represente cerca de 40% (APA, 2022).

A presença de condições médicas crónicas ou incapacitantes, como a diabetes, a obesidade mórbida e as doenças cardiovasculares, estão associadas a um aumento do risco

de desenvolvimento de DM (APA, 2022).

Segundo a APA (2022), o diagnóstico diferencial é essencial na avaliação de perturbações mentais, pois permite distinguir entre condições com sintomas sobrepostos, evitando erros que comprometam o tratamento. A DSM-V salienta algumas perturbações das quais se deve fazer um diagnóstico diferencial:

- Episódios maníacos com humor irritável ou episódios mistos: DM com humor irritável podem ser difíceis de distinguir de episódios maníacos com humor irritável ou de episódios mistos. Requer uma criteriosa avaliação de presença de sintomas maníacos.
- Perturbação do Humor devido a outra condição médica: Deve considerar-se a hipótese de uma condição médica específica, por exemplo, AVC, Esclerose Múltipla.
- Perturbação depressiva ou bipolar induzido por substâncias /medicamentos: O fator etiológico da perturbação do humor ser uma substância ou um medicamento.
- Perturbação do Déficit de Atenção/Hiperatividade (PHDA): A distratibilidade e a baixa tolerância à frustração podem ocorrer tanto na PHDA como um episódio de DM. Caso haja critérios de diagnóstico para ambas, a PHDA pode ser diagnosticada em conjunto com a DM. De ter atenção que na PHDA a perturbação do humor caracteriza-se mais por irritabilidade.
- Perturbação de adaptação com humor deprimido: Quando o episódio ocorre em resposta a uma situação de stress psicossocial.
- Tristeza: Períodos de tristeza são aspetos inerente à experiência humana. Não deve ser diagnosticado como DM, a menos que sejam preenchidos todos os critérios de gravidade, duração e sofrimento ou prejuízo.

O tratamento da DM visa a redução dos sintomas, a recuperação funcional e a prevenção de recaídas. Entre as principais abordagens estão o tratamento farmacológico, as intervenções psicoterapêuticas e as estratégias de reabilitação psicossocial, que, quando combinadas, apresentam melhores resultados clínicos (WHO, 2023):

- Tratamento farmacológico - Os antidepressivos constituem a base do tratamento farmacológico, sendo os inibidores seletivos da recaptação da Serotonina (ISRS), como Sertralina e Escitalopram, as opções mais utilizadas devido ao perfil de eficácia e segurança (Stahl, 2017). O uso racional da farmacoterapia exige monitorização contínua dos efeitos terapêuticos e colaterais, bem como adesão ao tratamento, aspetos nos quais o enfermeiro desempenha papel essencial de orientação e vigilância.

- Intervenções psicoterapêuticas - As psicoterapias baseadas em evidências, como TCC têm eficácia comprovada no tratamento da DM (Beck, 2008). A TCC, em particular, auxilia o indivíduo a identificar e reestruturar crenças negativas sobre si mesmo, o mundo e o futuro, favorecendo a recuperação e reduzindo o risco de recaídas.
- Técnicas como *Mindfulness*, yoga, respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo são intervenções complementares que promovem na regulação emocional e a redução do stress fisiológico.

Além das terapias individuais, o tratamento da DM deve incluir estratégias de apoio psicossocial, educação em saúde e reintegração social. O fortalecimento das redes de apoio, o incentivar o autocuidado, a prática de atividade física e hábitos saudáveis têm demonstrado impacto positivo no humor e na qualidade de vida.

1.2. Impacto da doença mental na pessoa e família

A DM representa um problema de saúde pública de grande prevalência, com impacto na funcionalidade da pessoa e estende-se à família e à sociedade. Esta exerce um impacto profundo e multifacetado no funcionamento global da pessoa, comprometendo não só domínios emocionais e cognitivos, mas também a capacidade laboral, social e de autonomia, sendo uma das principais causas de incapacidade no mundo (WHO, 2025.)

A pessoa com DM experimenta um sofrimento diário intenso que compromete significativamente o seu funcionamento pessoal, social e profissional em todas as dimensões relevantes da vida (Sousa, 2012).

No episódio depressivo leve, o funcionamento quotidiano aparenta decorrer de forma normal, embora o esforço despendido para o manter seja desproporcionalmente elevado, resultando em exaustão progressiva (Sousa 2012).

A depressão afeta diretamente a capacidade de concentração, tomada de decisão e produtividade da pessoa. Cavalheiro & Tolfo (2011) destacam que a depressão é uma das principais causas de afastamento do trabalho, com impactos significativos na qualidade de vida da pessoa e nos custos organizacionais. Esta condição afeta ainda a participação ativa na comunidade e o envolvimento em atividades com significado, reforçando a sua relevância enquanto desafio coletivo que exige respostas integradas ao nível da saúde, da família e da sociedade.

A pessoa com doença mental enfrenta dois grandes desafios, os sintomas, que interferem com a sua autonomia, independência e qualidade de vida, e o estigma. O estigma associado à doença mental constitui um dos mais importantes e difíceis obstáculos à

recuperação e reabilitação do indivíduo. Este afeta negativamente o tratamento, nega oportunidades de trabalho, limita a autonomia e impede a concretização de objetivos de vida. Pode comprometer a qualidade de vida, não só da pessoa que vive com a doença, mas também da família e da própria equipa de saúde que lida com estas situações. A discriminação pode ser tão incapacitante quanto a própria doença. Além disso, viver num ambiente estigmatizante conduz frequentemente ao autoestigma, sendo ambos dois obstáculos fundamentais à integração social e à vivência plena em sociedade (Rocha *et al.*, 2015).

Desde sempre tem havido a consciência de que a família é uma estrutura social importante, que tem um impacto crucial no desenvolvimento e na saúde do indivíduo (WHO, 1998). A família desempenha um papel determinante no processo de saúde-doença da pessoa com perturbação mental, constituindo-se como um sistema dinâmico que influencia e é influenciado pela experiência da doença mental (Relvas, 1997).

As perturbações mentais exercem grande impacto sobre o equilíbrio das famílias, porque proporcionam não só apoio físico e emocional, mas suportam também o impacto negativo do estigma (WHO, 2002). Quando estas famílias não conseguem utilizar as suas estratégias de adaptação, necessitam de ajuda externa e especializada, bem como, fontes de suporte comunitário, que lhes permita recuperar o equilíbrio (Martins, 2003).

A falta de compreensão sobre a depressão e o estigma associado à doença mental podem agravar o sofrimento familiar e dificultar o suporte adequado ao doente (Corrigan & Watson, 2002). Por outro lado, famílias informadas, envolvidas e apoiadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente o EEESMP, tendem a contribuir positivamente para o processo terapêutico, promovendo um ambiente mais favorável à recuperação, uma abordagem mais contínua e humanizada do cuidado, alinhada aos princípios da enfermagem em saúde mental, que valorizam a relação terapêutica, a autonomia e o *recovery*.

1.3. Cuidados especializados à pessoa - Contributo da Teoria das Relações interpessoais

A fundamentação em modelos e teorias de enfermagem, orientam a prática clínica, promovem a tomada de decisão crítica e contribuem para a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa (Peplau, 1997). Assim, a especialização em Enfermagem assume um papel determinante na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, no fortalecimento da autonomia profissional e na otimização dos resultados em saúde.

Em Portugal, o EEESMP é reconhecido como profissional com competências especializadas no planeamento, implementação e avaliação de cuidados à pessoa, família e comunidade em situação de sofrimento psicológico, crise e em todos os níveis de prevenção. Este deve desenvolver competências específicas em saúde mental, desempenhando um

papel fundamental na implementação de estratégias de promoção da literacia e do autocuidado, avaliar e planear intervenções psicoterapêuticas, promovendo o bem-estar físico e mental da pessoa e família (OE, 2018).

Segundo Martins *et.al.* (2021), o EEESMP, além dos conhecimentos técnicos e científicos, deve possuir competências que os distinguem de outros enfermeiros especialistas, pois a construção de uma relação terapêutica eficaz exige competências comunicacionais, autoconsciência e autoconhecimento, permitindo uma prática reflexiva e ética. De acordo com Watson (2008), o cuidado centrado na pessoa e baseado na relação humana favorece a dignidade, a esperança e a recuperação, reforçando o carácter holístico da enfermagem. Deste modo, a relação terapêutica é reconhecida como um instrumento essencial da prática de enfermagem, contribuindo significativamente para a qualidade dos cuidados, a satisfação da pessoa cuidada e os resultados em saúde.

O exercício profissional do enfermeiro é centrado na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (quer seja família ou comunidades). Esta relação terapêutica que é promovida no âmbito do exercício profissional é caracterizado pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (OE,2001).

A Teoria das Relações Interpessoais, formulada por Hildegard Peplau na década de 50, constitui um referencial fundamental para a evolução da enfermagem psiquiátrica e da saúde mental, ao colocar a relação terapêutica no centro do cuidado. Para Peplau (1991), o vínculo estabelecido entre enfermeiro e utente é determinante para que os cuidados sejam efetivos e humanizados, devendo assentar numa postura de empatia, respeito, confiança mútua, comunicação clara e autêntica, bem como numa compreensão profunda das necessidades, experiências e significados atribuídos pela pessoa à sua situação de saúde/doença. Neste enquadramento, o enfermeiro assume um papel de facilitador do processo terapêutico, capacitando a pessoa na compreensão do seu estado de saúde e na construção de maior autoconhecimento e autonomia na tomada de decisões. Outros agentes importantes neste processo são a família, a cultura, a sociedade e o lugar onde essas mudanças ocorrem (Peplau, 1991).

Segundo a Teoria de Peplau, esta relação terapêutica desenvolve-se em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. A fase de orientação (avaliação inicial) caracteriza-se pelo início da relação entre enfermeiro/pessoa, sendo nesta fase em que são identificados os seus problemas e necessidades. A fase de identificação (diagnósticos de enfermagem), a pessoa começa a identificar-se com o enfermeiro, aceita ajuda profissional adequada, sente pertença e maior capacidade para lidar com o problema, e, em colaboração,

começam a delinear os objetivos de cuidados. Na fase de exploração (intervenções de enfermagem), a pessoa utiliza ativamente os recursos terapêuticos oferecidos (relação terapêutica, intervenções psicoterapêuticas e, psicoeducativas, treino de competências), explorando sentimentos, padrões de pensamento e comportamento, promovendo o empoderamento e reabilitação psicossocial. Na fase de resolução (avaliação dos resultados), caracteriza-se pela aquisição de maior autonomia e independência da pessoa, consolidando ganhos terapêuticos e a relação enfermeiro-pessoa é gradualmente terminada de forma planejada, garantindo continuidade de cuidados. De ressaltar que estas fases não são rígidas e podem ser sobreponíveis (Peplau, 1997). Assim, o processo de enfermagem deve ser dinâmico, contínuo e direcionado, tendo como foco a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Segundo Peplau, o enfermeiro assume múltiplos papéis dinâmicos ao longo das fases terapêuticas, atuando como facilitador do crescimento mútuo. Estes papéis evoluem consoante as fases, promovendo a "enfermagem psicodinâmica" centrada na relação terapêutica. Os seis papéis principais são: estranho, professor, recurso, conselheiro, substituto e líder (Peplau, 1997).

Sabendo que o enfermeiro só consegue prestar cuidados de excelência após estabelecer relação terapêutica com a pessoa, a Teoria das Relações Interpessoais constitui um referencial essencial para a prática de enfermagem em saúde mental e, sublinha a relevância do EEESMP, ao potenciar relações terapêuticas eficazes que promovem autonomia, o empoderamento, a reabilitação psicossocial e os cuidados centrados na pessoa, reforçando as competências especializadas para intervenções psicoterapêuticas dinâmicas e holísticas, elevando a qualidade assistencial, a adesão terapêutica e os ganhos em saúde mental.

Em 2015, a WHO, a importância da mudança do paradigma de prestação de cuidados para modelos centrados na pessoa, que integram as perspectivas dos indivíduos, famílias e comunidades. A prática centrada na pessoa tem na sua gênese aquilo que torna cada pessoa um ser único, exigindo, portanto, abertura para escutar e aprender com o outro e sobre o outro. O cuidar da pessoa com depressão exige uma abordagem humanizada e centrada na pessoa, priorizando a relação terapêutica, a escuta ativa, a empatia e a autonomia (WHO, 2015).

1.4. Treino Metacognitivo na Depressão (D-MCT)

A metacognição foi definida por John Flavell (Stanford University) nos anos 1970 como o conhecimento que as pessoas têm sobre os seus próprios processos cognitivos e a

habilidade de controlar esses processos, monitorando, organizando, e modificando-os para realizar objetivos concretos. Por outras palavras, a metacognição refere-se à capacidade de refletir sobre uma determinada tarefa (ler, calcular, pensar, tomar uma decisão) e sozinho selecionar e utilizar o melhor método para resolver essa tarefa. Assim, considerada que em qualquer tipo de operação cognitiva, existe uma monitorização ativa e consequente regulação e organização dos processos cognitivos envolvidos, isto é, a metacognição (Flavell, 1976).

O termo “metacognição” tem atraído crescente atenção, no que diz respeito tanto à pesquisa como ao desenvolvimento de métodos psicoterapêuticos e pode ser definido como “pensar sobre o pensar” ou “pensar sobre o pensamento”, do grego: *meta* = “além” e latim: *cogitare* = “pensar” (Moritz *et al.*, 2018),

Através da metacognição, o MCT é uma abordagem terapêutica que estimula o “pensar sobre o pensamento”, tendo como objetivos principais o de instruir o reconhecimento de distorções cognitivas e treinar formas alternativas de pensamento, de forma que a pessoa fique capacitada para melhor gerir a sintomatologia, o que já é um ganho muito positivo (Moritz *et al.*, 2011 citado por Pinho *et al.*, 2020).

Em 2007, Steffen Moritz e colaboradores desenvolveram o MCT como uma intervenção destinada a pessoas com psicose. Com a sua aplicação clínica e o desenvolvimento de diversos estudos subsequentes, o programa foi atualizado e adaptado para outras patologias do foro mental (Moritz & Woodward, 2007). Em 2009, foi elaborado o manual de intervenção D-MCT (*Metacognitive Training for Depression*), direcionado a adultos entre os 18 e os 60 anos. Posteriormente, em 2016, foi desenvolvido o MCT-Silver, uma versão adaptada para pessoas com idade superior a 60 anos e com diagnóstico de depressão (Jelinek *et al.*, 2019).

Em Portugal, a implementação do MCT tem ganhado relevo como intervenção psicoterapêutica baseada na evidência, com foco especial na saúde mental de doentes com esquizofrenia e, mais recentemente, um protocolo português para o MCT-Silver em implementação. A Universidade de Évora, através da investigadora Professora Doutora Lara Pinho, tem sido um dos principais motores na adaptação cultural e implementação destes programas no país. (Pinho *et al.*, 2023)

O D-MCT é uma intervenção grupal de baixa intensidade, combinando psicoeducação, exercícios interativos e tarefas em casa para fomentar consciência de vieses e estratégias alternativas, sem confronto direto. Baseia-se numa perspetiva metacognitiva dentro da TCC, visando corrigir crenças disfuncionais sobre processos mentais e *coping* mal adaptativos como isolamento social e ruminação). O objetivo da D-MCT é analisar criticamente os próprios processos mentais, identificar possibilidades e praticar estratégias para modificar

positivamente esses processos e utilizá-los eficazmente para superar a depressão (Dietrichkeit *et al.*, 2021; Miegel *et al.*, 2024).

Embora pensamentos suicidas ou ideias de morte, sejam comuns entre a pessoa com depressão, aqueles que têm planos ativos de suicídio não devem participar nesta intervenção.

A intervenção de D-MCT e o MCT-Silver estão divididos em oito módulos com duração aproximada de 60 minutos. Em contextos de ambulatório, as sessões podem ser prolongadas até 90 minutos, de modo a permitir tempo adequado no início e no final da sessão, por exemplo, para a integração interpessoal entre os participantes. Em contrapartida, para pessoas idosas com limitações cognitivas ou fadiga acentuada, a realização de sessões de 30 minutos, nas quais cada módulo é distribuído ao longo de duas sessões, pode revelar-se mais apropriada. (Jelinek *et al.*, 2019).

A frequência de aplicação deve variar entre um e dois módulos por semana, consoante as indicações clínicas e o contexto terapêutico. Quando são realizados dois módulos semanais, recomenda-se um intervalo suficiente entre as sessões para possibilitar que os participantes pratiquem e consolidem os conteúdos abordados. Recomenda-se a constituição de grupos compostos por três a dez participantes, de forma a otimizar a interação grupal e a eficácia do processo terapêutico. (Jelinek *et al.*, 2023).

O conteúdo e a estrutura dos slides da apresentação foram concebidos para um formato de grupo aberto, ou seja, permite a entrada de novos participantes em qualquer sessão. Os módulos são, portanto, independentes entre si e as informações importantes são repetidas em cada módulo (por exemplo, a explicação do termo metacognição). No entanto, dependendo do contexto específico do tratamento, a intervenção pode ser aplicada em um ambiente de grupo fechado ou em sessões individuais. (Jelinek *et al.*, 2023).

1.4.1 Treino Metacognitivo em contextos agudos (MCT - *Acute*)

Para enfrentar os desafios nos cuidados e contribuir para reduzir as lacunas dos tratamentos não farmacológicos para a pessoa com descompensação aguda da doença, especialmente, em unidades de internamento, foi desenvolvido o MCT para ambientes psiquiátricos agudos (MCT-*Acute*).

O internamento psiquiátrico caracteriza-se pela presença de sintomatologia intensa, instabilidade emocional e comprometimento significativo do funcionamento cognitivo e comportamental do indivíduo. Nestes contextos, os utentes apresentam frequentemente dificuldades na concentração, aumento da ruminação, pensamento negativos e reduzida capacidade de insight, o que exige intervenções psicoterapêuticas breves, estruturadas e

adaptadas ao seu estado clínico (APA, 2022).

O modelo MCT-*Acute* corresponde a uma adaptação do MCT tradicional, desenvolvida especificamente para contextos de agudização da psicopatologia e internamento psiquiátrico, tendo em conta as limitações cognitivas e emocionais dos utentes em. Uma característica central do MCT- *Acute* é a sua abordagem psicoeducativa e prática, recorrendo a exemplos, exercícios breves e linguagem acessível. Esta metodologia facilita o envolvimento do utente, promovendo gradualmente a consciência metacognitiva e a autorregulação emocional. (Fischer *et al.*, 2022)

Em contexto de internamento agudo, o MCT - *Acute* privilegia sessões de curta duração, com objetivos claros e conteúdos simplificados, focados no momento presente. Devido à alta carga sintomática dos utentes em ambientes psiquiátricos agudos recomenda-se formar grupos entre três a seis pessoas, com duração das sessões entre 30 e no máximo 45 minutos, com a dinamização de dois profissionais. Este programa é composto por sete módulos, incluindo seis adaptações de dez módulos originais do MCT (Empatia, Humor, Atribuição, Estigma, Tirar Conclusões e Autoestima), mais um módulo do D- MCT, estratégias de *coping* (Jelinek *et al.*, 2023). As intervenções incidem essencialmente na melhoria da consciência dos vieses cognitivos, na redução da ruminação e na flexibilização do pensamento, permitindo ao utente reconhecer que pensamentos não correspondem necessariamente a factos, mas a interpretações subjetivas da realidade (Moritz & Woodward, 2007).

Assim, o MCT-*Acute* pode ser aplicado como intervenção em doentes com psicose, com depressão, com perturbações afetivas, de personalidade (borderline) ou em dependência por uso de substâncias. (Fischer *et al.* 2022)

No âmbito da ESMP, a implementação do MCT- *Acute* constitui uma intervenção especializada alinhada com a promoção da autonomia, da capacidade reflexiva e do autocontrolo emocional. A sua aplicação em contexto de internamento agudo contribui para a redução do risco de recaídas, para o aumento da adesão ao tratamento e para o fortalecimento das competências metacognitivas essenciais à reabilitação psicossocial. Segundo Sequeira & Sampaio (2020), o MCT integra este tipo de intervenção, ao potenciar a compreensão do próprio pensamento, o controlo emocional e a melhoria da autoestima, favorecendo a recuperação e o *empowerment* da pessoa.

A implementação eficaz do MCT pressupõe continuidade terapêutica e tempo de internamento adequado. Contudo, a literatura sobre organização dos serviços de saúde mental aponta que sistemas com elevada rotatividade e recursos humanos limitados dificultam intervenções estruturadas e especializadas. (Fischer *et al.*, 2022) A eficácia de uma

intervenção depende não apenas do seu modelo teórico, mas também das condições de implementação e fidelidade ao protocolo. Assim, constrangimentos organizacionais podem comprometer os resultados do MCT no contexto português. (Kazdin, 2008)

A validação deste programa encontra-se em fase de investigação e está a ser desenvolvido, por uma enfermeira de uma ULS da região Norte, em parceria com uma universidade espanhola e com a Professora Doutora Lara Pinho, docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. O projeto foi apresentado no Congresso da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, realizado em 2025.

O MCT representa uma evolução conceptual nas intervenções psicoterapêuticas, contudo, no contexto português, persistem desafios estruturais, formativos e culturais que condicionam a sua aplicabilidade plena. A consolidação desta abordagem exige investimento em formação especializada, investigação nacional e integração estratégica nos serviços públicos de saúde mental.

2. CONTEXTOS DE ESTÁGIO

2.1. Estágio no contexto de saúde mental na comunidade

O estágio em contexto de comunidade teve duração de nove semanas (180 horas) e, foi realizado numa Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) da região centro.

A UCC tem como missão principal de contribuir para a melhoria da condição de saúde da população com a finalidade de obter ganhos em saúde. Assim presta cuidados de saúde, reabilitação, apoio social de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas, famílias e/ou grupos vulneráveis em risco de dependência física e funcional ou em situação de doença, assentando nos valores da cooperação profissional, autonomia, trabalho em equipa e articulação com outras unidades funcionais e em parceria com a comunidade.

As estratégias de intervenção e prestação de serviços da UCC foram definidas após diagnóstico das situações e necessidades do concelho, tendo como objetivo a promoção de cuidados de saúde específicos e em articulação com a Unidade de Saúde familiar (USF), a ULS, Equipa Coordenadora Local (ECL) e rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A UCC tem como valores a cooperação entre profissionais para atingir os objetivos da acessibilidade e da continuidade de cuidados; a autonomia assente na auto-organização funcional e técnica para a concretização do plano de ação; Articulação com as outras unidades funcionais da saúde; Promover trabalho em parceria com a comunidade local e a avaliação contínua, para cumprir objetivos e melhorar padrões de qualidade dos cuidados. Gestão participativa, com partilha e envolvimento de todos os profissionais. Relativamente à carteira de serviços que esta unidade dispõe de cuidados na comunidade no âmbito da promoção, prevenção e vigilância da saúde da população (Manual de Integração da UCC, 2025).

Os programas e projetos de intervenção da UCC são diversos:

- Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
- Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE);
- Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO);
- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância;
- Programa Nacional de Prevenção, Controle e Infecção por HIV/SIDA;

- Projeto de Prevenção Projeto “Intervenção na Vigilância da Gravidez”;
- Programas e Projetos de Intervenção Comunitária;
- Programa Nacional para Saúde Mental – Em articulação com a Equipa Comunitária de Saúde Mental (ECSM).

A população abrangida pela UCC engloba todos os residentes no concelho da área de influência, abrangendo entre 5500 e 6000 utentes. Analisando o registo nacional, podemos também verificar que índice de dependência varia entre os 70 e 75% e que mais de metade da população são idosos.

A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar, incluindo enfermeiros com especialização na área de médico-cirúrgica, comunitária e saúde mental e psiquiátrica, higienista oral, assistente social, delegado de saúde e psicólogo (Manual de Integração da UCC, 2025).

2.1.1. Atividades desenvolvidas no contexto de saúde mental na comunidade

Durante o período de estágio, foram desenvolvidas múltiplas atividades e intervenções que integraram a prática clínica, comunitária e educativa, em consonância com as competências comuns e específicas do EEESMP.

O estágio iniciou-se com reuniões estruturadas com os responsáveis da UCC e com a professora orientadora, as quais permitiram uma compreensão aprofundada da dinâmica organizacional da unidade, assim como dos projetos de intervenção em saúde mental em curso. Esta fase inicial revelou-se determinante para a elaboração do projeto de estágio, assegurando que as atividades subsequentes estivessem alinhadas com as necessidades da população e com os objetivos estratégicos definidos pela UCC.

No âmbito das competências comuns e específicas do EEESMP, participou-se ativamente na reunião de equipa multidisciplinar destinada à elaboração do Plano Estratégico de Saúde (PES) anual para 2025/2026, promovendo uma articulação entre a avaliação das necessidades da comunidade e o planeamento das intervenções de saúde mental. Paralelamente, foi realizada participação nas reuniões da Equipa Local de Saúde Escolar (ELSE) e do agrupamento de escolas da área de abrangência da UCC, proporcionando uma intervenção preventiva e promotora de saúde mental junto da população escolar.

Neste contexto de comunidade e após avaliação das necessidades escolares, foram implementadas intervenções psicoeducativas junto de turmas do 8º e 9º ano, enquadradas no projeto *“Tás a par sobre o que é amar”*, tendo sido realizadas três sessões com temáticas relacionadas com a sexualidade e os afetos em contexto escolar (Apêndice1).

Esta intervenção teve como objetivo promover a saúde mental e sexual dos adolescentes, a capacitação e promoção da literacia sobre autocuidado, violência no namoro e sexualidade.

Para avaliação desta intervenção e da aquisição de conhecimentos, foi realizado um questionário online antes e após a intervenção e afixado cartaz alusivo à temática em pontos estratégico da escola (Apêndice 2). Estas ações demonstram a capacidade do EEESMP intervir em diferentes níveis do cuidado em saúde mental, promovendo a literacia em saúde, a prevenção de comportamentos de risco e o desenvolvimento de competências socioemocionais entre os adolescentes, em consonância com recomendações nacionais e internacionais para a promoção da saúde mental em idade escolar (PNSE, 2015; PNSM, 2017).

De acordo com as competências do EEESMP (OE,2018) e, no âmbito do Plano de Melhoria para “Promover o Bem-estar global dos profissionais de enfermagem” da UCC e de acordo, com as orientações do Grupo institucional da Prevenção das Lesões Musculo Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT), identificamos a importância de reestruturar e implementar o projeto, “Física (Mente)”, que não estava a ser colocado em prática, devido a dinâmicas de trabalho e absentismo de funcionários.

O projeto consistiu na realização de momentos de pausas ativas, alongamentos e relaxamento, com duração de cerca de 5 a 10 minutos, com o objetivo de promover o bem-estar e a saúde mental dos profissionais. Foi lembrado aos profissionais, de forma individual, a importância destas pausas ativas para promoção da saúde mental e do autocuidado e, realizado um panfleto e um poster, afixados em locais visíveis, gabinetes de enfermagem e corredores. (Apêndice 3)

Ainda enquadrado no plano de melhoria da UCC e após avaliação do plano de formação interna foram identificadas necessidades formativas sobre assertividade e gestão de conflitos.

A comunicação eficaz é um pilar fundamental no trabalho em equipa, especialmente em contextos de elevada exigência como os que caracterizam as unidades de saúde. No entanto, desafios como sobrecarga de trabalho, pressão emocional, diferenças interpessoais ou dificuldades na partilha de informação podem gerar conflitos que comprometem a coesão da equipa, a segurança do utente e a qualidade dos cuidados prestados.

Após esta avaliação foi planeada e implementada uma sessão de psicoeducação dirigidas aos profissionais de saúde, abordando o tema: “Comunicação assertiva e Gestão de conflitos”, após a sessão foi avaliada a satisfação dos participantes com um questionário. (Apêndice 4).

Tivemos também a oportunidade de dinamizar o Dia Internacional da Saúde Mental, com a atividade “*Cultivar o Cuidado: A Árvore da Saúde Mental*” com objetivo de promover a reflexão e valorização da saúde mental através de uma atividade participativa, criativa e simbólica que uniu expressão individual e sentido coletivo. Na atividade participaram utentes e profissionais que se encontravam no centro de saúde, onde foram convidados a escolher Photo Booth alusivos à Saúde Mental e autocuidado, com autorização prévia, os momentos foram registados em fotos e posteriormente, construída “A árvore da saúde mental”, um mural coletivo de bem-estar, empatia e autocuidado. (Apêndice 5)

Na UCC, são realizadas consultas de vigilância de gravidez de baixo risco e, após algumas consultas, verificou-se a ausência da abordagem sistemática da saúde mental durante a gravidez e no pós-parto.

O acompanhamento da grávida em consultas de enfermagem na comunidade é crucial para a prevenção da Depressão Pós-Parto (DPP), pois possibilita a deteção precoce dos fatores de risco, o suporte emocional à mulher grávida e puérpera, a promoção da saúde mental materna e a intervenção antecipada, prevenindo o agravamento dos sintomas.

O enfermeiro, ao estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e num cuidado humanizado e contínuo, atua de forma educativa e empática, monitorizando sinais de alerta, planeando intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas e, quando necessário, articulando com outros profissionais e instituições (OE, 2023).

De acordo com as competências do EEESMP e com o *Manual de Orientação para Profissionais sobre Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância* (DGS, 2005), foram desenvolvidas iniciativas de promoção da saúde mental na gravidez e de parentalidade positiva.

Assim, propôs-se a elaboração de um procedimento específico para a atuação do EEESMP nesta consulta. O procedimento, intitulado “Saúde Mental na Gravidez: Promoção do Autocuidado e Prevenção da DPP”, integra os objetivos, fluxogramas de atuação para a primeira consulta e acompanhamento subsequente, impressos de registo, folhetos informativos e planos de ação para prevenção e intervenção precoce na DPP (Apêndice 6).

No decorrer do estágio, foi solicitado, à equipa multidisciplinar da UCC, a intervenção do EEESMP numa associação destinada a adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, com diagnóstico de deficiência mental e/ou doença mental. Esta solicitação surgiu na sequência da descompensação clínica em três utentes, com agravamento do quadro depressivo, com impacto significativo no funcionamento pessoal, social e ocupacional, e com aumento do risco de reinternamento psiquiátrico.

Foi efetuada uma visita à instituição, acompanhada pela Enfermeira tutora, para um contacto prévio com os utentes referenciados. Posteriormente, iniciou-se a avaliação com a realização de entrevista e observação dos utentes, colheita de dados e informação nos processos clínicos e com os funcionários da instituição. Após a identificação das necessidades e dos diagnósticos de Enfermagem, a informação foi validada com os utentes e iniciou-se a implementação da intervenção baseada em MCT – *Acute*.

No âmbito das avaliações e das intervenções propostas, foi selecionado um utente para a realização do estudo de caso, o qual se encontra descrito e analisado no capítulo referente à metodologia e investigação.

Foram realizadas as sete sessões previstas, duas vezes por semana, com duração média de 40 minutos cada, abordando os seguintes temas centrais: Empatia, Atribuição, Humor, Estigma, Tirar Conclusões, Estratégias de *Coping* e Autoestima. (Apêndice 7)

As sessões decorreram numa sala acolhedora, com ambiente calmo, estando os participantes dispostos em semicírculo, de forma a favorecer a interação, o contacto visual e a participação ativa.

A primeira sessão teve como objetivo a apresentação do grupo e do programa, bem como a explicitação das regras de funcionamento, com especial destaque para o respeito pela palavra do outro e para a regra de deixar os colegas terminarem de falar. Foi também clarificado que, caso algum utente necessitasse de sair, deveria fazê-lo de forma o mais silenciosa e discreta possível, de modo a não interromper o trabalho do grupo.

Paralelamente, foram desenvolvidas intervenções complementares com recurso a mediadores expressivos (Apêndice 8) e sessões de respiração diafragmática (Apêndice 9), visando a promoção da expressão emocional, autorregulação e bem-estar psicológico dos utentes.

Nos cuidados especializados à pessoa com depressão, tornou-se fundamental complementar a intervenção baseada no MCT-*Acute* com outras abordagens psicoterapêuticas de natureza integrativa, como a técnica mediação artístico- expressiva (Apêndice 8) e sessões de relaxamento através da Respiração diafragmática (Apêndice 9). Esta complementaridade permitiu promover uma resposta mais abrangente aos diferentes domínios afetivos e cognitivos da pessoa, potenciando a eficácia da intervenção, o envolvimento ativo do utente no processo terapêutico e o fortalecimento da capacidade de autorreflexão e autocontrolo emocional

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de intervenções psicoterapêuticas, a Técnica de mediação expressiva ou “Terapia pela Arte” implica um uso intencional e estruturado dos mediadores com indicações e finalidades terapêuticas. Esta intervenção

psicoterapêutica apresenta múltiplas indicações terapêuticas, destacando-se a sua utilização perante diagnósticos de enfermagem como Ansiedade, Autoconceito comprometido e Humor depressivo, na medida em que decorre da identificação de focos de atenção no âmbito da saúde mental e visa a promoção do insight, o desenvolvimento de estratégias adaptativas, a expressão emocional e a prevenção da incapacidade psicossocial (OE, 2023).

Através da utilização de mediadores artísticos é possível tornar a vida da pessoa visível mediante a criação de uma imagem interna promovendo, assim, o conhecimento da pessoa e da sua própria condição (Blomdahl *et. al.*, 2018). Através da utilização de técnicas expressivas como a expressão plástica, nas quais se recorre por exemplo à pintura e ao desenho, o acesso ao simbólico traduz-se num processo essencial à identificação e à clarificação de processos internos, permitindo a descodificação emocional e o desenvolvimento pessoal (Martins, 2012; Blomdahl *et. al.*, 2018).

A respiração diafragmática, também conhecida como respiração abdominal ou respiração profunda, é uma técnica que enfatiza o uso do diafragma para promover uma ventilação pulmonar mais eficiente e uma maior oxigenação do organismo. Diferente da respiração torácica superficial, que envolve predominantemente os músculos intercostais superiores, a respiração diafragmática favorece uma expansão abdominal durante a inspiração e um relaxamento natural na expiração (Jerath *et al.*, 2006).

Do ponto de vista fisiológico, esta forma de respiração estimula o sistema nervoso parassimpático, responsável pela resposta de “descanso e digestão” do corpo, em oposição ao sistema simpático, que regula a resposta ao stress. Essa ativação parassimpática está associada à diminuição da frequência cardíaca e respiratória e ao relaxamento muscular (Brown & Gerbarg, 2005). Assim, mesmo em indivíduos que não apresentam sintomas de ansiedade, a prática regular da respiração diafragmática pode contribuir para o equilíbrio corporal e para a manutenção de um estado fisiológico de calma e estabilidade.

Além dos benefícios fisiológicos, a respiração diafragmática está relacionada a melhorias subjetivas de bem-estar, como maior sensação de vitalidade, clareza mental e regulação emocional. Isto ocorre porque a atenção dirigida à respiração promove um estado de consciência corporal e Mindfulness, o que reduz a ruminação mental e aumenta a percepção do momento presente. Dessa forma, a técnica pode ser vista não apenas como um recurso terapêutico para controlo de sintomas de ansiedade, mas também como uma estratégia preventiva e promotora de saúde mental e emocional.

No contexto da saúde mental positiva e das práticas integrativas, a respiração diafragmática é compreendida como uma ferramenta de autocuidado que fortalece a autorregulação e o bem-estar geral (Ryan & Deci, 2001).

De salientar, que após todas as sessões, os utentes preencheram uma escala de faces para avaliação da satisfação. No contexto da satisfação, as escalas de faces ajudam a medir a experiência do utente de forma rápida e menos exaustiva (Apêndice 10).

O EEESMP, no exercício das suas competências específicas (OE, 2018), promove a saúde mental, previne a doença mental e intervém no tratamento e recuperação, guiado pelos princípios de proximidade, capacitação, participação e respeito pelos direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível. A sua presença nas UCC é essencial para esta articulação, como defendido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019).

Ao longo deste ensino clínico, desenvolveram-se atividades de articulação com a USF, ECSM e estruturas comunitárias (ex.: agrupamento de escolas e instituições), garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados em saúde mental. O contacto e a observação de utentes e familiares, em consultas de enfermagem ou situações informais, permitiu estabelecer a relação terapêutica, utilizando a comunicação terapêutica, a relação de ajuda e a escuta ativa como estratégias chave para a recuperação.

Em síntese, o estágio permitiu integrar avaliação clínica, intervenção psicoterapêutica, psicoeducação, promoção de saúde mental e atuação comunitária, refletindo a prática holística, centrada na pessoa e baseada na evidência que caracteriza o EESMP. Estas intervenções contribuíram para a melhoria do bem-estar dos utentes, capacitação das equipas e sensibilização comunitária para a saúde mental.

2.2. Estágio em contexto de internamento de doentes agudos

O estágio em contexto de internamento de doentes agudos foi realizado num DPSM da região centro e que presta cuidados de saúde à população dos vários concelhos, com uma área de influência com cerca de 400.000 habitantes e tem como principal missão a promoção da saúde mental, a prevenção e o tratamento das doenças mentais, a reabilitação e a reinserção social das pessoas com problemas de saúde mental.

Os cuidados de saúde prestados são definidos considerando o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde Mental e centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre os programas em desenvolvimento. O DPSM disponibiliza aos seus utentes os serviços de internamento e urgência, hospital de dia, consulta externa, intervenção comunitária e psiquiatria Forense. O departamento disponibiliza ainda apoios clínicos como unidade de Psicologia, valência de Intervenção Social e de Terapia Ocupacional.

O serviço de internamento tem uma lotação de 30 camas, assegurando o internamento de utentes com doença aguda de foro psiquiátrico ou que sofram agudização da sua patologia clínica de base e, utentes cujo tratamentos sejam involuntários ao abrigo da lei de saúde mental. Neste são oferecidas as seguintes intervenções: psicoterapias individuais; programas de psicoeducação familiares e individuais; intervenções psicoeducativas: individuais, em grupo; com utentes e com famílias/cuidadores informais; Eletroconvulsivoterapia (ECT); programas de relaxamento; discussão sistemática de casos clínicos e projetos de investigação; e supervisão de formação pré e pós-graduada médica e de enfermagem.

O DPSM disponibiliza consultas de psiquiatria, pedopsiquiatria e psicologia. A consulta de psiquiatria disponibiliza ainda as seguintes consultas de subespecialidade: gerontopsiquiatria, comportamento alimentar, intervenção em crise e distúrbio de stress pós-traumático e perturbações obsessivo-compulsiva

A Unidade de Saúde Mental Comunitária realiza consultas multidisciplinares na instituição, na comunidade e ainda trabalho de consultadoria nos Agrupamentos de Centros de Saúde. O hospital de dia destina-se ao tratamento de utentes psiquiátricos adultos em regime de internamento parcial e constitui-se como uma valência de transição, destinada ao tratamento e reabilitação de doentes psiquiátricos estabilizados. Faz parte desta unidade a denominada “área de dia” destina-se a crianças e adolescentes e suas famílias, complementando a atividade clínica da consulta externa de pedopsiquiatria.

2.2.1. Atividades desenvolvidas em contexto de internamento

Durante o estágio em contexto de internamento de agudos, foram desenvolvidas diversas intervenções de enfermagem especializadas, centradas na promoção da saúde mental, estabilização clínica, reabilitação psicossocial e prevenção de recaídas. Estas ações foram sustentadas numa abordagem psicoterapêutica e relacional, ajustada às necessidades individuais dos utentes e ao contexto institucional, em conformidade com as competências específicas do EEESMP (OE, 2018).

O estágio iniciou-se com uma reunião de integração no serviço de internamento do DPSM, que contou com a presença da enfermeira gestora e das enfermeiras tutoras. Este momento foi determinante para delinear o projeto de estágio, de forma articulada com os objetivos e necessidades do serviço, garantindo a pertinência e aplicabilidade das intervenções propostas.

Durante esta reunião foi apresentada a intenção de dar continuidade à implementação da intervenção psicoterapêutica baseada no MCT– *Acute*. Esta proposta foi bem acolhida, sendo posteriormente organizada uma sessão formativa, dirigida à equipa de enfermagem do

DPSM, intitulada “Intervenção Psicoterapêutica baseada em MCT-*Acute* de Steffen Moritz”, promovendo a atualização de conhecimentos e a integração de práticas baseadas na evidência. (Apêndice 11)

A participação nas reuniões multidisciplinares diárias possibilitou um envolvimento ativo nos processos de tomada de decisão clínica, através da partilha de informação sobre o estado clínico dos utentes, revisões terapêuticas e planeamento de intervenções individualizadas. Às sextas-feiras, a apresentação de todos os casos clínicos constituiu um momento privilegiado de reflexão, troca de conhecimentos interprofissionais e aprofundamento da avaliação psicopatológica, favorecendo a continuidade e coerência dos cuidados.

O serviço de internamento do DPSM caracteriza-se pela sua complexidade, decorrente da diversidade de diagnósticos psiquiátricos, oferecendo simultaneamente múltiplas oportunidades para a implementação de cuidados e intervenções especializadas dirigidos aos utentes e famílias. O principal obstáculo à implementação de programas ou intervenções psicoterapêuticas prendeu-se com os curtos tempos de internamento, geralmente de uma a três semanas.

Neste serviço existe uma unidade onde são realizados tratamentos por ECT, que seguem um protocolo rigoroso para garantir segurança, eficácia e conforto do utente. A ECT é um tratamento indolor e que cumpre critérios específicos de prescrição por um psiquiatra e após exclusão de patologia orgânica. As *guidelines* recomendam que durante o procedimento, devem estar presentes EEESMP com formação em ECT, atualizada anualmente e com competências em emergência. (Queensland Health, 2022).

Este tratamento é utilizado em situações clínicas com alguma gravidade e resistentes a outras abordagens terapêuticas. Como por exemplo, quadros graves de depressão ou mania com sintomas psicóticos, agressividade grave, ideação suicida ou quadros de catatonia. Enquanto as intervenções psicoterapêuticas e psicofarmacológicas são intervenções de primeira linha, a ECT emerge como opção em casos graves e resistentes ao tratamento (Araújo *et al.*, 2025)

Atualmente, o princípio fundamental consiste na estimulação elétrica cerebral, induzida de modo controlado, com o objetivo de obter uma crise convulsiva tónico-clónica generalizada com duração mínima de 20 seg. Esta crise é controlada com máquina de eletroencefalografia.

No DPSM, os ECT são programados para o turno da manhã e, de acordo com a disponibilidade do médico anestesista do serviço de urgência. No turno da Noite, o enfermeiro deve confirmar e cumprir o procedimento pré-tratamento que implica a avaliação dos sinais

vitais, jejum de 6/8h, a remoção de objetos metálicos/próteses, providenciar acesso venoso periférico e providenciar vestuário adequado.

No período de estágio colaborei em três sessões de ECT, onde estavam presentes o médico psiquiatra, o médico anestesista e o enfermeiro. O procedimento iniciou-se com a confirmação da identificação do utente, colocação da braçadeira para avaliar sinais vitais e dos elétrodos para monitorização do ECG, posteriormente foram aplicados os elétrodos cranianos com gel condutor. Após confirmação da prescrição dos fármacos e doses prescrita, preparei e administrei a medicação endovenosa: miorrelaxante e fármaco anestésico. Após verificação do estado de consciência da utente, colocou-se a proteção bucal, garantiu-se o afastamento e foi administrada a descarga elétrica. Neste procedimento é fundamental garantir a oxigenação da utente, procedimento realizado pelo anestesista. Após procedimento, foi necessário manter a monitorização até estabilidade hemodinâmica, avaliar a recuperação da consciência, períodos de confusão temporária, náuseas ou cefaleias.

Foi também possível integrar o Projeto de Melhoria Contínua do DPSM “Mente Positiva”, dirigido a utentes com diagnóstico de perturbação depressiva e aos seus familiares. Este programa é composto por três sessões, sobre a Perturbação depressiva, Sintomatologia e Gestão do regime terapêutico. Estas sessões tiveram como objetivo incentivar aceitação do estado de saúde e adesão ao regime terapêutico, promover o apoio emocional, a literacia em saúde mental e a coesão familiar, reconhecendo o papel do suporte social no processo de recuperação (Apêndice 12).

No âmbito do plano semanal de intervenções especializadas, foram dinamizadas sessões de psicoeducação centradas na Gestão do Regime Terapêutico, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde mental, otimizar a adesão ao tratamento farmacológico e potenciar a autonomia na gestão da doença. Foram abordados temas como a compreensão da patologia, os efeitos terapêuticos e adversos da medicação, bem como estratégias de prevenção da recaída após a alta clínica (Apêndice 13).

Ao longo do estágio, realizaram-se acolhimentos e admissões de utentes, entrevistas iniciais e avaliações do exame do estado mental, identificando necessidades e diagnósticos de enfermagem. Os registos foram efetuados no SClínico (*sistema nacional de informação clínica partilhada*), em conformidade com as diretrizes institucionais.

Os registos de enfermagem constituem o testemunho escrito da prática profissional, conferindo visibilidade, autonomia e responsabilidade ao enfermeiro e, e que garantem a qualidade e continuidade dos cuidados (Sequeira & Sampaio, 2020). Estes registos rigorosos documentam relações terapêuticas, ganhos em saúde e intervenções especializadas. De

reforçar, que servem como prova legal irrefutável das ações realizadas, protegendo o profissional em processos ético-jurídicos e a segurança do utente (Pestana *et al.*, 2024)

Adicionalmente, após consentimento informado, procedeu-se às colheitas de dados, entrevista inicial e preenchimento de instrumentos de avaliação, sendo possível a avaliação diagnóstica de três utentes com sintomatologia depressiva. Com os resultados desta avaliação foram planeadas intervenções psicoterapêuticas com os utentes, tendo sido a intervenção MCT-*Acute*, a principal intervenção, integrando conteúdos das sete sessões programadas (Apêndice 7).

No decorrer desta avaliação foi realizado um estudo de caso de um dos utentes e apresentado no capítulo da metodologia e investigação.

A implementação dos mediadores expressivos (como moldagem, colagem e escrita terapêutica) enquanto ferramentas facilitadoras da comunicação e expressão emocional, promoveu a exteriorização simbólica de vivências internas difíceis de verbalizar, favorecendo processos de insight e adaptação emocional (Apêndice 8).

Nos últimos anos, a aplicação do *Mindfulness* tem registado um crescimento exponencial no âmbito clínico e da investigação científica, com evidências robustas da sua utilidade e eficácia no tratamento de doenças físicas crónicas e perturbações mentais. De acordo com a literatura atual, os programas baseados em *Mindfulness* demonstram resultados positivos e clinicamente significativos em diversas perturbações mentais de alta prevalência, incluindo, a DM e perturbações de ansiedade (Gotink et al., 2015; Hervás et al., 2016 citado por Sequeira & Sampaio, 2020).

A prática de mindfulness apresenta múltiplos benefícios, nomeadamente, a melhoria na concentração e atenção, aumenta a tolerância à frustração e impulsividade, facilita a identificação de sentimentos, emoções e pensamentos, promove a regulação emocional e o bem-estar psicológico, reduz o stress e melhora a qualidade de vida (García-Campyo, 2018).

Foram implementadas sessões de *Mindfulness*, focadas na atenção plena, respiração consciente e prática de *BodyScan*, a utentes com diagnóstico de enfermagem de Humor Depressivo, Ansiedade presente e bem-estar psicológico comprometido (Apêndice 14).

De forma integrada, todas estas intervenções contribuíram significativamente para a estabilização clínica, a aquisição de competências de autorregulação emocional e o fortalecimento da autonomia dos utentes, assumindo-se como pilares essenciais no processo de reabilitação psicossocial em contexto de internamento psiquiátrico. A prática reflexiva e fundamentada permitiu consolidar o papel do EEESMP enquanto agente facilitador de mudança, promotor do bem-estar e da integração social da pessoa com doença mental.

3. REFLEXÃO SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EEESMP

Segundo o Regulamento nº 140/2019, o enfermeiro especialista “... é *aquele a quem e reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista*” (OE, 2019).

A aquisição e o desenvolvimento de competências no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica representam um percurso formativo exigente, orientado para a consolidação de uma prática profissional avançada, autónoma e sustentada na melhor evidência científica disponível. Este processo formativo encontra-se alinhado com os referenciais de competências definidas pela OE, que preconiza o desenvolvimento de competências clínicas especializadas, competências de natureza científica, ética e relacional, bem como competências no domínio da investigação, da análise crítica, da tomada de decisão fundamentada e da produção de conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A reflexão constitui um elemento central neste processo de desenvolvimento profissional, permitindo a integração entre a teoria e a prática, a análise crítica das experiências vivenciadas e a consolidação de competências especializadas e de mestre. Através da reflexão crítica e fundamentada, torna-se possível atribuir significado às experiências clínicas, identificar áreas de desenvolvimento e promover uma prática mais consciente, intencional e sustentada.

Neste sentido, o presente capítulo tem como objetivo refletir sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e de EEESMP, no percurso pessoal e formativo e, nos dos diferentes contextos de estágio. Pretende-se evidenciar as competências desenvolvidas, os contributos das experiências formativas e clínicas, os desafios encontrados e o seu impacto no desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspetiva de construção de uma identidade profissional especializada, crítica e reflexiva, orientada para a excelência dos cuidados.

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Segundo o Regulamento nº 140/2019, as competências comuns do enfermeiro especialista constituem um conjunto de domínios transversais que sustentam uma prática profissional avançada, autónoma, responsável e eticamente orientada, independentemente da área de especialização. Estas competências encontram-se definidas pela Ordem dos Enfermeiros e representam referenciais fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados, centrados na pessoa e baseados na evidência científica (OE, 2019).

As competências comuns do enfermeiro especialista organizam-se em quatro domínios fundamentais, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente ao **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, considera-se que o desenvolvimento desta competência constituiu um eixo estruturante ao longo de todo o percurso formativo, assumindo-se como um referencial permanente na prestação de cuidados. No percurso de 20 anos, como enfermeira em contexto de psiquiatria sempre procurei sustentar a prática nos princípios deontológicos da profissão, orientando as intervenções pelo respeito incondicional pela dignidade humana, pela autonomia e pelos direitos fundamentais da pessoa em situação de doença mental, reconhecendo-a sempre como sujeito ativo no seu processo de cuidados.

A mobilização desta competência revelou-se particularmente significativa em contextos de maior complexidade clínica, nomeadamente em situações em que a vulnerabilidade da pessoa poderia comprometer a sua capacidade de decisão autónoma. Nestes momentos, tornou-se essencial desenvolver uma tomada de decisão ponderada, baseada na reflexão ética, no respeito pela individualidade e singularidade da pessoa e na salvaguarda do seu superior interesse. Esta vivência contribuiu para o desenvolvimento de uma maior consciência ética, permitindo-me compreender que o exercício profissional do enfermeiro especialista não se limita à execução de intervenções técnicas, mas implica uma constante reflexão sobre o impacto das decisões tomadas na vida, dignidade e direitos da pessoa.

Neste âmbito, procurou-se assegurar, de forma rigorosa, o cumprimento do dever de sigilo profissional e da confidencialidade, tanto no presente documento como em todo o processo de cuidados, garantindo a proteção da identidade e da privacidade da pessoa e da sua família. Esta preocupação refletiu o reconhecimento de que a confidencialidade constitui

um pilar fundamental da relação terapêutica, promovendo a confiança, a segurança e o respeito mútuo, elementos indispensáveis à prestação de cuidados em saúde mental.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista “*garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*”, o que reforça a importância de uma prática profissional assente em princípios éticos sólidos. Assim, o respeito pelos direitos humanos, pela liberdade e pela dignidade da pessoa constituiu não só uma orientação normativa, mas também um compromisso pessoal e profissional. A reflexão sobre este princípio permitiu-me reconhecer que qualquer desrespeito pela dignidade da pessoa é incompatível com o exercício ético da enfermagem, sendo responsabilidade do enfermeiro especialista assumir uma postura ativa na sua defesa.

Este percurso contribuiu, deste modo, para o desenvolvimento de uma prática mais consciente, crítica e humanizada, consolidando a minha identidade profissional enquanto futura EEESMP, capaz de integrar os princípios éticos, legais e deontológicos na prestação de cuidados, mesmo perante situações de elevada complexidade e exigência.

O Domínio da melhoria contínua da qualidade, integra a capacidade de contribuir ativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da utilização da evidência científica, da implementação de práticas seguras e da participação em processos de avaliação e melhoria contínua.

O desenvolvimento desta competência implicou a adoção de uma postura crítica face às práticas clínicas observadas, promovendo a reflexão sobre a adequação das intervenções e a importância da prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa. Este processo contribuiu para a consolidação de uma prática mais consciente, fundamentada e orientada para a excelência.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, em todas as atividades e intervenções desenvolvidas, foi garantido um ambiente terapêutico e seguro, com a mobilização de conhecimentos teóricos, científicos e relacionais, encontrando-se alinhadas com os objetivos definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2015).

No âmbito da orientação de projetos institucionais e de melhoria contínua da qualidade, ambos os estágios permitiram desenvolver e dar continuidade à implementação de intervenções e ações formativas alinhadas com os objetivos estratégicos das instituições. Na UCC, destacou-se o projeto “Física (Mente)”, integrado no Grupo Institucional da ULS para a prevenção das LMERT), enquanto no DPSM foi possível contribuir ativamente para o projeto de melhoria contínua “Mente Positiva”. Estas experiências permitiram articular a prática clínica

com iniciativas de promoção da saúde e de capacitação de profissionais e utentes, evidenciando a capacidade do enfermeiro especialista de integrar intervenções individualizadas com estratégias institucionais de melhoria da qualidade.

A aplicação de inquéritos de satisfação tanto aos utentes como aos profissionais de saúde permitiu consolidar esta competência, uma vez que o enfermeiro especialista reconhece que a excelência da prática exige a sua avaliação sistemática, com revisão e implementação de iniciativas de melhoria contínua nos cuidados de enfermagem.

Deste modo, a satisfação expressa pelos utentes constituiu um indicador direto da qualidade percetiva das intervenções e cuidados prestados, enquanto a satisfação dos enfermeiros com as formações em serviço refletiu a pertinência e eficácia da intervenção para a prática clínica.

Reconheço que este percurso contribuiu significativamente para o desenvolvimento da minha capacidade de análise e reflexão sobre a prática, permitindo-me evoluir de uma postura mais centrada na execução de intervenções para uma prática mais reflexiva, fundamentada e orientada para a melhoria contínua. Este processo permitiu-me compreender que a qualidade dos cuidados depende do compromisso do enfermeiro especialista com a atualização científica, a reflexão crítica e a procura permanente da excelência.

O desenvolvimento de competências no **Domínio da Gestão dos Cuidados** constituiu um aspeto fundamental ao longo do percurso de estágio, que permitiu compreender, de forma progressiva, o papel do enfermeiro especialista enquanto elemento central na organização, coordenação e continuidade dos cuidados, assegurando a sua qualidade, segurança e adequação às necessidades da pessoa, família e comunidade.

No contexto da UCC, a participação nas reuniões multidisciplinares, nomeadamente no âmbito da elaboração do PES e nas reuniões da ESLE, permitiu desenvolver competências ao nível do planeamento e articulação de cuidados. Estas experiências contribuíram para a compreensão da importância do trabalho em equipa multidisciplinar e da articulação entre diferentes intervenientes, com vista à implementação de intervenções integradas e centradas nas necessidades da população. A participação ativa nestes momentos possibilitou desenvolver uma visão mais abrangente da gestão dos cuidados, reconhecendo a importância da colaboração interprofissional na promoção da saúde mental e da literacia.

Ainda neste contexto, a implementação de intervenções psicoeducativas dirigidas a adolescentes, bem como a dinamização de sessões formativas dirigidas a profissionais de saúde, exigiram um processo prévio de planeamento, organização e adequação das intervenções ao público-alvo. Este processo implicou a definição de objetivos, a seleção de estratégias adequadas e a avaliação dos resultados obtidos, contribuindo para o

desenvolvimento de competências na gestão e coordenação de intervenções de enfermagem especializadas.

Em contexto de internamento no DPSM, a participação nas reuniões multidisciplinares diárias constituiu um momento privilegiado de desenvolvimento de competências na gestão dos cuidados, permitindo-me acompanhar o processo de tomada de decisão clínica, a definição de planos terapêuticos e a preparação da alta clínica. Estas reuniões evidenciaram a importância da comunicação eficaz entre os diferentes profissionais e da partilha de informação, garantindo a continuidade e a coerência dos cuidados prestados.

A implementação de intervenções psicoterapêuticas e de psicoeducação implicou igualmente a gestão do tempo, a organização das sessões e a articulação com a restante equipa, de forma a garantir a integração destas intervenções no plano global de cuidados do utente. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento da minha capacidade de organização e priorização, reconhecendo a importância de uma gestão eficiente dos cuidados num contexto clínico exigente e dinâmico.

Também a participação nos procedimentos de ECT constituiu uma oportunidade de desenvolvimento neste domínio, exigindo o cumprimento rigoroso de protocolos e a articulação com a equipa multidisciplinar, nomeadamente o médico psiquiatra e o médico anestesista, assegurando a segurança e o bem-estar do utente. Esta experiência permitiu-me compreender a complexidade inerente à gestão de cuidados em contextos especializados e a importância da atuação coordenada entre os diferentes profissionais.

A utilização do sistema *SClínico* revelou-se igualmente fundamental na gestão dos cuidados, permitindo a documentação sistemática das intervenções realizadas, a monitorização da evolução clínica e a garantia da continuidade dos cuidados. A realização de registos rigorosos contribuiu para a melhoria da comunicação entre os profissionais e para a tomada de decisão clínica fundamentada.

O Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais revelou-se um dos mais significativos ao longo do percurso de especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica. Esta competência permitiu transformar experiências práticas em oportunidades de crescimento, combinando a observação, a ação e a reflexão crítica, essenciais para consolidar uma prática avançada e centrada na pessoa.

Durante os estágios, diversas intervenções contribuíram para o desenvolvimento profissional. A participação em programas de psicoeducação escolar, como o projeto permitiu planear e dinamizar sessões com adolescentes, avaliar a eficácia através de questionários pré e pós-intervenção e refletir sobre estratégias pedagógicas que promovem a literacia em saúde mental. Este processo destacou a importância de adequar a comunicação e a

abordagem pedagógica às necessidades do grupo, reforçando competências de planeamento, avaliação e adaptação das intervenções.

No contexto clínico, a implementação do programa MCT-*Acute* a utentes com sintomatologia depressiva constituiu uma experiência de aprendizagem prática intensa. A condução das sessões, a observação dos progressos dos utentes e a reflexão sobre a aplicação das técnicas permitiram aprofundar o conhecimento sobre abordagens psicoterapêuticas em saúde mental. Paralelamente, o uso de mediadores expressivos e sessões de *Mindfulness*, evidenciou a importância de diversificar estratégias de intervenção, promovendo o bem-estar psicológico, a autorregulação emocional e o desenvolvimento de competências socioemocionais nos utentes.

A participação em procedimentos de ECT constituiu outro momento de grande aprendizagem. A aplicação rigorosa dos protocolos, a articulação com o médico psiquiatra e o anestesista, a monitorização da segurança do utente e a reflexão sobre os aspetos éticos e técnicos envolvidos reforçaram a importância da atenção aos detalhes, da segurança clínica e do trabalho em equipa. Estas experiências permitiram perceber que o conhecimento teórico só é consolidado através da prática, da observação crítica e da análise reflexiva.

Além disso, o envolvimento em projetos de promoção do bem-estar da equipa, mostrou que o desenvolvimento profissional também inclui a capacidade de promover aprendizagem e bem-estar nos colegas. Esta dimensão ampliou a minha compreensão sobre a liderança, o trabalho colaborativo e a responsabilidade do enfermeiro especialista na melhoria da prática da equipa.

A utilização sistemática do *SClínico* para registos e monitorização das intervenções demonstrou ainda que o desenvolvimento profissional exige rigor documental e reflexão contínua sobre os resultados das ações. A análise destes registos permitiu avaliar a evolução dos utentes, identificar necessidades de ajuste nas intervenções e consolidar o planeamento das ações futuras.

Em síntese, os estágios proporcionaram uma aprendizagem integral, articulando teoria, prática e reflexão. Cada intervenção, desde psicoeducação escolar, programas psicoterapêuticos, *mindfulness*, mediadores expressivos até procedimentos técnicos como ECT, constituíram uma oportunidade de desenvolvimento de competências técnicas e relacionais. Este processo reforçou que a aprendizagem pessoal e profissional é contínua, exige reflexão constante e atualização permanente, constituindo a base para uma prática segura, ética e centrada na pessoa.

Ao longo deste percurso académico, houve o desafio de participar em diversas ações formativas complementares, congressos, seminários e jornadas que promoveram o

desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura EEESMP. A publicação e apresentação de trabalhos científicos em formato de poster e comunicações orais livres, fomentaram a partilha de conhecimentos, consolidando competências científicas e integraram evidências recentes na prática clínica (Anexo I).

3.2. Competências específicas do EEESMP

O desenvolvimento das competências do EEESMP deve ser considerado um processo dinâmico, sustentado na articulação entre a prática clínica especializada, a reflexão crítica e a integração de fundamentos científicos e ético-deontológicos da profissão. De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, as competências do EEESMP incidem sobre a capacidade de intervir de forma autónoma nas dimensões de prevenção, reabilitação e promoção da saúde mental, bem como na implementação de intervenções psicoterapêuticas e psicossociais. (OE, 2018). Neste contexto, a construção das competências especializadas, emergem como resultado da mobilização intencional do conhecimento teórico, da análise crítica da prática e do desenvolvimento da identidade profissional enquanto enfermeira especialista.

Deste modo, inicia-se o processo reflexivo do desenvolvimento das quatro competências específicas do EEESMP, tal como definidas no Regulamento n.º 515/2018 da OE, analisando a forma como estas foram sendo mobilizadas, aprofundadas e evidenciadas ao longo dos diferentes contextos de estágio.

A primeira competência, salienta a importância do EEESMP desenvolver ***“...um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”***

Segundo Rogers (2010), apenas nos tornamos pessoas, quando nos aceitamos a nós próprios, sendo que é nesta aceitação do eu, que nos permitimos mostrar ao outro, no estabelecer de uma relação terapêutica.

Assim, podemos considerar o processo de autoconhecimento, um elemento central no desenvolvimento das competências do EEESMP e na qualidade da relação terapêutica em saúde mental. Ao conhecer as próprias emoções, valores, crenças, limites e padrões de resposta, o enfermeiro torna-se mais capaz de se implicar na relação de forma consciente, autêntica e eticamente responsável, reduzindo o risco de respostas automáticas ou reativas que possam comprometer o vínculo e a segurança da pessoa em sofrimento.

Ao longo dos estágios, fui confrontada com situações clínicas e emocionalmente exigentes que me obrigaram a reconhecer os meus próprios limites, vulnerabilidades e recursos internos, tomando consciência de como estes poderiam influenciar a relação

terapêutica e a qualidade dos cuidados prestados. À luz do que refere Peplau (1991), segundo a qual o enfermeiro que compreende o seu próprio comportamento tem maior capacidade para ajudar o outro, fui progressivamente integrando uma postura mais intencional na utilização de mim própria como instrumento terapêutico, procurando que a presença, a escuta e a comunicação se mantivessem coerentes com as necessidades da pessoa e com os objetivos de intervenção.

Este processo de autoconhecimento e de tomada de consciência deverá acompanhar o EEESMP ao longo de todo o seu percurso pessoal e profissional, constituindo-se como um compromisso contínuo com o próprio desenvolvimento e com a qualidade ética e terapêutica dos cuidados que presta.

Relativamente à segunda competência do EEESMP, “**Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.**” foi sendo consolidada através da prática de avaliação sistemática e holística, nos diferentes contextos de cuidados.

Durante os estágios, tive oportunidade de aprofundar a recolha de informação clínica, psicossocial e familiar, integrando fatores de risco e de proteção, recursos pessoais e rede de suporte, bem como o impacto do sofrimento psíquico na funcionalidade e qualidade de vida. Este olhar ampliado permitiu-me compreender a pessoa para além do diagnóstico, situando o seu sofrimento num contexto relacional e sociocultural específico. Devido à complexidade e individualidade da pessoa com doença mental, em qualquer contexto, é fundamental uma avaliação rigorosa e completa, da pessoa e do seu estado mental.

Esta competência foi especialmente desenvolvida no estágio em contexto comunitário, pela natureza preventiva, promotora e de articulação com outras instituições e comunidade. A participação na elaboração do PES, nas reuniões da ESLE e em projetos psicoeducativos nas escolas permitiu realizar avaliações sistemáticas das necessidades em saúde mental da população, identificar fatores de risco e proteção e implementar intervenções dirigidas à literacia em saúde, à prevenção de comportamentos de risco e ao reforço de competências socioemocionais em adolescentes. Ainda em comunidade, as iniciativas relacionadas com a saúde mental na gravidez e parentalidade positiva, como a elaboração de materiais informativos sobre depressão pós-parto, evidenciaram a capacidade de intervir junto de famílias em fases de transição, em consonância com orientações nacionais para a promoção da saúde mental perinatal.

Após a solicitação da intervenção da UCC, numa associação para adultos com doença mental (18–65 anos), devido a descompensação da sintomatologia depressiva de três utentes, foi realizada a visita à instituição e efetuada a avaliação sistemática (entrevistas,

análise de contexto psicossocial e funcional) dos utentes e, posteriormente, implementada a intervenção baseada no MCT-*Acute*. Complementarmente, foram integradas intervenções baseadas na terapia com mediadores artísticos e expressivos (pintura, colagem, escrita) e sessões de relaxamento.

O reforço do projeto “Física (Mente)” na UCC, com pausas ativas e sessões de relaxamento para profissionais de saúde e a formação sobre “Comunicação Assertiva e Gestão de conflitos” estendeu esta competência à promoção do bem-estar das equipas, reconhecendo o seu impacto na qualidade dos cuidados.

Em contexto de internamento, a avaliação das necessidades e identificação dos diagnósticos de enfermagem da pessoa com perturbação depressiva e família foram fundamentais para a elaboração dos processos de cuidados, bem como, para o planeamento das intervenções psicoterapêuticas como o MCT- *Acute*, *Mindfulness* e a Terapia com mediadores artísticos e expressivos e, os programas psicoeducativos (por exemplo, “Mente Positiva”).

Esta competência, desenvolvida nos dois contextos de estágio, consolidou a identidade do EEESMP, capaz de intervir em múltiplos níveis e contextos (individual, familiar, grupal e comunitário) e de contribuir para promoção e literacia na saúde mental, para a prevenção da doença e para a reabilitação da pessoa através de ações preventivas, promotoras de saúde e psicoterapêuticas inovadoras.

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, o **EEESMP “ajuda a pessoa, ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”**.

Nesta fase do processo, o EEESMP é responsável pela *“sistematização e análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com a pessoa e a equipa de saúde”* (OE, 2018).

A competência de ajudar a pessoa a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, revelou-se particularmente evidente na utilização do processo clínico de enfermagem e na articulação em rede, tanto em contexto comunitário como hospitalar.

Em contexto comunitário, a intervenção numa associação destinada a pessoas com deficiência e/ou doença mental, perante situações de descompensação da sintomatologia depressiva, implicou uma avaliação clínica sistemática, a identificação de fatores desencadeantes, a análise das condições institucionais e familiares e a consequente definição de um plano de intervenção terapêutica. Destaca-se o papel da relação terapêutica neste

processo, a qual favoreceu a negociação e implementação das intervenções, promovendo a adesão da pessoa no seu percurso de recuperação.

Em contexto de internamento, esta competência foi aprofundada através da participação em reuniões multidisciplinares diárias, da elaboração e atualização de diagnósticos e planos de cuidados, da intervenção em situações de crise e da colaboração em procedimentos terapêuticos, nomeadamente, em ECT. Todo o trabalho desenvolvido manteve como foco a melhoria da saúde a recuperação funcional e a preparação para a alta.

A utilização sistemática dos registos clínicos no *SClínico* permitiu documentar os processos de mudança, os ganhos em saúde e as necessidades de continuidade de cuidados, reforçando o papel do EEESMP na gestão do caso e na coordenação entre os diferentes níveis de cuidados (internamento, hospital de dia, consulta externa e cuidados comunitários).

Em ambos os contextos, todo o processo de enfermagem, nomeadamente, a elaboração dos planos de cuidados, foi desenvolvido em colaboração com a pessoa e com a sua concordância, de modo a dar resposta às necessidades identificadas. Após a colheita de dados, a avaliação do estado mental e a aplicação de instrumentos psicométricos (para avaliar o humor e a ansiedade, o bem-estar e a autoestima, bem como o processo metacognitivo e a funcionalidade familiar), foram formulados diagnósticos em linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), identificados resultados esperados segundo a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e procedeu-se ao planeamento das intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas.

Entre as intervenções implementadas, destacam-se as intervenções baseadas no programa MCT-*Acute* de Steffen Moritz, o uso de técnicas expressivo-artísticas como mediadoras do processo terapêutico e as sessões de relaxamento e de *mindfulness*, estratégias que promoveram a autorregulação emocional, o reforço da autoestima e o desenvolvimento de competências metacognitivas, fundamentais para o restabelecimento da saúde mental e a prevenção de recaídas.

Todas as intervenções de enfermagem realizadas sustentam uma prática especializada em saúde mental, promovendo a aquisição e desenvolvimento do EEESMP 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.”***

Esta competência operacionaliza as fases anteriores do processo de enfermagem, avaliação, diagnóstico e planeamento, através da implementação direta de intervenções individualizadas, mobilizando as dinâmicas contextuais (individual, familiar, grupal e

comunitário) para promover a recuperação funcional, a reabilitação psicossocial e a reintegração plena da pessoa ao longo do ciclo vital.

A implementação de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais permitiu desenvolver na prática, a quarta competência específica do EEESMP, centrada na prestação de cuidados especializados. Este processo exigiu capacidade de avaliação clínica rigorosa, planeamento estruturado, adaptação contínua das intervenções às necessidades da pessoa e articulação com a equipa multidisciplinar, reforçando a importância da enfermagem de saúde mental enquanto disciplina autónoma e responsável por resultados em saúde.

Para otimizar o desenvolvimento desta competência, procedeu-se ao planeamento, execução e avaliação das intervenções.

Em ambos os estágios, foi implementado a intervenção baseada e, MCT – *Acute* à pessoa com diagnóstico de enfermagem, humor depressivo, bem-estar comprometido, baixa autoestima e ansiedade.

Aos utentes com critérios, foram implementadas as sete sessões como planeado inicialmente, duas vezes por semana e, realizadas também sessões de terapia por mediadores artístico - expressivos, relaxamento (estágio comunidade) e *Mindfulness* (estágio de internamento).

Após todas as sessões de MCT – *Acute*, todos os utentes demonstraram satisfação, as sessões têm muitos exercícios práticos e sentiram que houve respeito pela sua opinião. Os utentes referem que os módulos “Conclusões Precipitadas”, “Estigma” e “Autoestima”, proporcionaram um maior reconhecimento dos seus próprios pensamentos, que conclusões precipitadas levam a mal-entendidos ou conflitos, a importância de evitar o auto- estigma e a importância do autocuidado. Foram várias as expressões, tais como: *“Consigo perceber que exagarei em algumas situações porque tirei conclusões precipitadas”*; *“Já não sinto que tudo é 100% contra mim, vejo outras possibilidades.”*; *“Percebo melhor que o facto de pensar algo não o torna verdade.”*.

As sessões da Terapia por mediadores artísticos e expressivos facilitaram a expressão de emoções difíceis de verbalizar, permitindo ao doente exteriorizar algum sofrimento, medo, raiva ou tristeza de forma simbolizada e segura. Esta intervenção permitiu uma regulação emocional, reduzindo a tensão corporal, melhoria do humor e promoção da esperança. De salientar, a sessão da escrita, em que os utentes escreveram uma carta ao seu *“Eu no futuro”*, referindo que nunca tinham realizado nenhuma atividade idêntica, no final, as mensagens de cada um demonstraram sentimentos de medo e culpa, mas também de esperança e gratidão.

As sessões de respiração diafragmática e de *Mindfulness* foram implementadas com a finalidade de promover sensações de bem-estar e tranquilidade nos utentes. No pré e

pós-intervenção, procedeu-se à avaliação dos sinais vitais, verificando-se que, para além da verbalização de se sentirem “menos inquietos e ansiosos”, observou -se uma diminuição da frequência cardíaca após as sessões, evidenciando o impacto destas técnicas na redução da ativação fisiológica associada à ansiedade.

Ao nível da psicoeducação, foram dinamizadas sessões os com utentes, famílias e grupos, abordando temas como gestão do regime terapêutico e do regime medicamentoso, reconhecimento de sintomas e sinais de alerta, bem como questões de sexualidade e violência no namoro, em contexto escolar. Estas intervenções contribuíram para elevar a literacia em saúde mental, favorecer a compreensão da doença e capacitar o utente e família no seu processo de saúde/doença.

No estudo de caso em comunidade, não foi possível nenhuma intervenção familiar tal como planeado, por recusa e indisponibilidade da família. No estudo de caso em internamento, houve contacto com familiares, sogra, marido e filho, de uma forma informal e não estruturada. A família foi considerada apoiante e funcional, segundo o instrumento, APGAR familiar.

A concluir este capítulo, torna-se evidente que as competências específicas do EEESMP se concretizam através de um conjunto de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, dirigidas à pessoa, família, grupos e comunidade.

As sessões de MCT-*Acute*, as práticas de *Mindfulness* e respiração diafragmática, o uso de mediadores artístico-expressivos e as ações psicoeducacionais mostraram-se eficazes na promoção da autorregulação emocional, na flexibilização cognitiva, no aumento da literacia em saúde mental e na prevenção de recaídas, havendo ganhos evidentes em saúde.

Os resultados observados, quer ao nível da redução de sintomas ansiosos e depressivos, quer na melhoria da gestão do regime terapêutico e do autocuidado, evidenciam o contributo específico da ESMP para a manutenção, melhoria e recuperação da saúde. Deste modo, confirma-se que as competências não se baseiam apenas no planeamento de intervenções, mas sim em práticas concretas que geram ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, reforçando a relevância do enfermeiro especialista no contexto atual dos cuidados em saúde mental.

4. COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

A componente de investigação do presente relatório focou-se na elaboração de dois estudos de caso, em contexto de internamento e em comunidade, centrados na pessoa com depressão *major*, sustentados na Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e estruturados de acordo com as diferentes fases do processo de enfermagem, permitindo uma abordagem sistematizada, relacional e clinicamente fundamentada.

Na prática da enfermagem em saúde mental, o estudo de caso constitui um instrumento essencial para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, nomeadamente o pensamento crítico, a capacidade de avaliação clínica, a tomada de decisão ética e a intervenção terapêutica baseada em evidência. (Simões, 2017).

Atualmente, é inquestionável a valorização que o processo de enfermagem adquiriu no desenvolvimento da profissão. A resposta às necessidades de cuidados à pessoa implica uma abordagem sistemática e intencional, só possível de ser devidamente concretizada com recurso a uma metodologia científica, ou seja, com recurso ao processo de enfermagem. De facto, a aplicação deliberada e sistemática deste processo permite que estas necessidades sejam identificadas de forma específica e segura, acrescentando qualidade nos cuidados, bem como melhorar a visibilidade, a valorização e o reconhecimento profissional (Ribeiro *et al.*, 2018).

O estudo de caso possibilitou uma análise detalhada da pessoa e/ou família, respeitando a singularidade da história de vida, do percurso de doença e das respostas ao processo de cuidar, valorizando a individualidade, a subjetividade e a participação ativa da pessoa nas decisões sobre o seu tratamento. Esta metodologia permitiu integrar múltiplas fontes de informação (entrevista, observação, registos clínicos), produzindo uma visão rica e articulada do fenómeno em estudo.

No contexto deste relatório, tornou-se possível a implementação do MCT-*Acute*, descrevendo o processo terapêutico, as interações na relação enfermeiro – pessoa e os ganhos em saúde ao longo das sessões.

O MCT-*Acute* foi desenvolvido para responder às exigências do contexto de cuidados psiquiátricos agudos, caracterizado por internamentos de curta duração, elevada rotatividade e diversidade diagnóstica, mantendo o foco na correção de distorções cognitivas comuns, como conclusões precipitadas e estigma. (Fischer *et al.* 2022)) A sua estrutura modular, linguagem acessível e flexibilidade permite ao EEESMP adaptar o conteúdo às necessidades

e nível de funcionamento de cada indivíduo, tornando-o uma ferramenta especialmente adequada ao cuidado centrado na pessoa, mesmo em cenários de maior instabilidade clínica.

Este programa integra-se no processo terapêutico de enfermagem como intervenção especializada que visa aumentar o insight metacognitivo, reduzir pensamentos automáticos negativos, promover estratégias de coping mais eficazes e fortalecer a percepção da pessoa com depressão. Deste modo, a utilização do MCT-Acute neste estudo de caso constitui uma oportunidade de exploração, em profundidade, como uma intervenção estruturada e baseada em evidência que pode ser operacionalizada na prática clínica, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental.

O MCT-*Acute* é constituído por sete os módulos e direcionados a temas transversais como Empatia, Atribuição de Culpas, Humor, Estigma, Conclusões Precipitadas, Estratégias de *Coping* e Autoestima, com objetivos específicos como descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Intervenção MCT – Acute (módulos e objetivos)

	Módulos	Objetivos específicos
1	Empatia	Promover a capacidade de compreender e respeitar as perspectivas e sentimentos dos outros;
2	Atribuição de Culpa	Identificar tendências de atribuição interna, estável e global para eventos negativos, promover estilos de atribuição mais equilibrados e realistas.
3	Humor	Explorar a relação entre humor e interpretação da realidade, aumentar a consciência de que o humor depressivo influencia a forma como a pessoa pensa e avalia situações.
4	Estigma	Discutir o estigma externo e interno relativamente à doença mental e à depressão, reduzir o autoestigma, fomentar a autocompaixão.
5	Conclusões precipitadas	Questionar a tendência para chegar rapidamente a conclusões negativas com pouca evidência, demonstrar a importância da colheita de informação adicional e o pensamento alternativo.
6	Estratégias de <i>Coping</i>	Promover o conhecimento e o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> que facilitem a identificar, compreender e gerir pensamentos ruminantes.
7	Autoestima	Incentivar o autoconhecimento, a valorização pessoal e o desenvolvimento de estratégias positivas.

4.1. Metodologia

A metodologia constitui o alicerce estruturante deste relatório, garantindo rigor, coerência e validade científica ao percurso desenvolvido. Este capítulo descreve de forma detalhada o enquadramento metodológico adotado, clarificando as opções que orientaram a construção, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental. Através de uma abordagem sistemática e fundamentada, procura-se demonstrar a adequação das estratégias utilizadas aos objetivos definidos, assegurando a fiabilidade dos resultados e a sua relevância para a prática clínica e para a aquisição de competências de EEESMP.

O processo de enfermagem estrutura-se em cinco etapas fundamentais: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final, organizando de forma sistemática e científica a prestação de cuidados de enfermagem. Esta sequência permite uma abordagem centrada na pessoa, garantindo a recolha rigorosa de dados, a identificação precisa das necessidades em saúde, a definição de objetivos terapêuticos adequados, a execução de intervenções planeadas e a apreciação contínua dos resultados obtidos. No âmbito deste relatório, este referencial orienta o percurso dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, assegurando a coerência entre a avaliação clínica, a tomada de decisão e a validação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Gadelha *et al.*, 2024).

Após a seleção dos utentes para inclusão no estudo, procedeu-se à obtenção do consentimento informado (Apêndice 14), respeitando os princípios éticos de autonomia, confidencialidade e voluntariedade, observando-se uma colheita sistematizada de dados clínicos, pessoais e contextuais relevantes para a compreensão aprofundada da situação de saúde e para o subsequente planeamento dos cuidados especializados. Os dados colhidos que possam identificar a pessoa foram removidos ou alterados, garantindo a sua confidencialidade.

4.1.1 Avaliação Inicial

A avaliação inicial contempla não só a observação, a entrevista individual estruturada e a aplicação de instrumentos psicométricos, é o momento crucial onde o EEESMP procura estabelecer uma relação terapêutica.

Para uma melhor compreensão do contexto de cada utente foi elaborado em cada estudo de caso, o genograma (estrutura interna) e o ecomapa (estrutura externa). O cuidado em saúde exige uma compreensão ampla do indivíduo, que inclui não apenas aspetos biológicos, mas também familiares, sociais e culturais. Nesse contexto, o genograma e o ecomapa configuram-se como instrumentos importantes de avaliação e intervenção,

permitindo visualizar graficamente as relações familiares e sociais que influenciam o processo saúde-doença. (Wright & Leahey, 2012).

A colheita de dados nos dois estudos de casos implicou, a entrevista e observação clínica, o preenchimento do questionário sócio demográfico (Apêndice 15), colheita de dados no processo clínico, em contactos com familiares e, aplicação de instrumentos de avaliação:

- Mini Mental State Examination (MMSE) (Validada por Guerreiro *et al.* 1994) (Anexo II);
- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Validada por Santos & Maia, 2003) (Anexo III);
- Índice de bem-estar (WHO-5) (WHO, 1998) (Anexo IV);
- Inventário de Beck – BDI II (Validado por Oliveira- Brochado, F., 2013) (Anexo V);
- Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), (validada para população portuguesa por Santos, E., 2021) (Anexo VI)
- Questionário da Metacognição - MCQ – 30 (Tradução e adaptação de Dinis, A. & Pinto Gouveia, J., 2005) (Anexo VII);
- Escala de APGAR familiar (Adaptada por Agostinho & Rebelo, 1988) (Anexo VIII).

Após a sistematização e análise dos dados recolhidos, foram identificados os diagnósticos de enfermagem, posteriormente validados com os utentes.

A formulação dos diagnósticos exigiu um raciocínio clínico e tomada de decisão tendo sido usada a terminologia padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2011; *International Council of Nurses* [ICN], 2019).

4.1.2. Planeamento dos cuidados

Nesta fase, o EEESMP elabora um plano de cuidados individualizado centrado na pessoa, alinhado às necessidades e condições identificadas, visando ganhos em saúde. Este processo deve ser planeado, desenvolvido e negociado com a pessoa (Townsend, 2011).

Na formulação dos diagnósticos e definição das intervenções psicoterapêuticas, no âmbito das competências específicas do EEESMP, bem como às taxonomias da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e indicadores NOC, assegurando maior precisão e coerência conceptual (Wagner *et al.* 2025; Moorhead *et al.*, 2010). Adicionalmente, foi adotado o regulamento da qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (OE, 2015), garantindo conformidade com as normas profissionais e qualidade técnico-científica do registo de enfermagem.

Neste contexto, as intervenções foram planeadas para responder aos diagnósticos de enfermagem identificados, centradas na pessoa e no processo saúde-doença mental,

promovendo insight, respostas adaptativas e mudanças positivas no estilo de vida, conforme preconizado pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESMP.

4.1.3. Implementação das intervenções especializadas

Esta fase do processo de enfermagem corresponde à implementação do plano de cuidados individualizado, após a formulação diagnóstica e validação com a pessoa (Townsend, 2011).

Na fase de implementação, o EEESMP mobiliza competências específicas para implementar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicoeducacionais e psicossociais, atuando como instrumento terapêutico na relação de confiança e parceria (OE, 2018).

Em cada estudo de caso, os diagnósticos de enfermagem foram identificados em coparticipação com o utente, resultando na elaboração de um plano de cuidados individualizado com intervenções especializadas no âmbito psicoterapêutico e psicossocial. Esta abordagem reflete o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que atribui ao EEESMP a capacidade de coordenar cuidados centrados na pessoa/família, promovendo adesão terapêutica e autonomia através da validação conjunta de diagnósticos. (OE, 2018), capacitando o utente para o autocuidado e promover o *empowerment*, com ganhos evidentes em saúde, como autoestima e o bem-estar.

A implementação do MCT-*Acute* seguiu o programa estabelecido pela Universidade de Hamburgo (Fisher *et al.* 2023), tendo sido utilizado o material didático original, em formato PowerPoint, com autorização prévia de Stephen Moritz (Anexo IX). O material, inicialmente disponibilizado em inglês, foi traduzido para português, garantindo a manutenção da estrutura e dos conteúdos nucleares do programa.

Além da implementação do MCT-*Acute* foram implementadas outras intervenções psicoterapêuticas, como, a técnica mediação artístico- expressiva, sessões de respiração diafragmática e *Mindfulness*.

A técnica mediação artístico - expressiva foi implementada nos dois estudos de caso, com atividades de escrita (“Carta ao meu futuro eu”), pintura (“As cores da minha emoção”) e colagem (“O meu mundo interior”). Esta abordagem ajudou na expressão de emoções de forma criativa, reduzindo sintomatologia depressiva e ansiedade e melhorando o bem-estar emocional (Apêndice 8).

A terapia de relaxamento integra um conjunto diversificado de técnicas, como a respiração diafragmática, com o propósito primordial de fomentar o bem-estar subjetivo e

potenciar a autorregulação emocional (Apêndice 9). Esta intervenção foi implementada no utente do estudo de caso em contexto comunitário e foram realizadas quatro sessões semanais de terapia de relaxamento, subseqüentemente, à intervenção de MCT-*Acute*, em formato individual com duração aproximada de 20 minutos cada. No pré e pós-intervenção, procedeu-se à monitorização da frequência cardíaca e respiratória.

A intervenção baseada em *Mindfulness* foi aplicada no estágio de internamento de agudos, e foram implementadas quatro sessões estruturadas, num ambiente calmo para minimizar estímulos e promover a autoconsciencialização, o autocuidado e o bem-estar (Apêndice 14).

4.1.4. Avaliação dos resultados

A avaliação dos resultados constitui a etapa fundamental do processo de enfermagem é o momento que permite verificar em que medida as intervenções de enfermagem produziram as mudanças esperadas no estado de saúde da pessoa, família ou comunidade.

Nesta fase, o enfermeiro compara sistematicamente os resultados observados com os resultados esperados previamente definidos no planeamento, formulando um juízo de valor sobre a eficácia, a eficiência e a segurança dos cuidados prestados. Para além de apoiar a decisão sobre a continuidade, modificação ou suspensão do plano de cuidados, a avaliação dos resultados contribui para a melhoria contínua da qualidade, para a responsabilização profissional e para a produção de evidência em enfermagem, ao transformar a prática quotidiana em fonte de conhecimento sistematizado (Adami & Yoshitome, 2003).

Num contexto de saúde cada vez mais orientado para indicadores de qualidade e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, esta etapa deixa de ser um mero registo final e assume-se como um processo crítico, contínuo e participativo, que integra a perspetiva da pessoa cuidada e dos profissionais, sustentando a tomada de decisão clínica, a gestão de recursos e o desenvolvimento da enfermagem (Townsend, 2011).

4.2. Caso Clínico I – Contexto de Saúde Mental na Comunidade

4.2.1. Avaliação Diagnóstica

A Sr.^a P. (nome fictício), idade entre os 50 e 55 anos, divorciada, tem duas filhas. Reformada. Atualmente utente a residir numa instituição de reabilitação psicossocial e de treino de autonomia (RTA). A utente irá permanecer nesta unidade cerca de um ano, tendo sido integrada há cerca de dois meses. Esta integração foi articulada com a Equipa de Saúde

Mental Comunitária (ECSM) devido à fraca rede de suporte familiar e social e, incapacidade na gestão do regime medicamentoso.

História de doença atual

Em setembro de 2025, foi solicitado pelas técnicas da RTA e assistente social, a avaliação da utente pela EESMP da UCC e ECSM, com o objetivo de evitar um reinternamento, devido a agravamento dos sintomas depressivos.

A utente tem apresentado labilidade emocional, choro fácil e desinteresse pelas tarefas, sentimentos de inutilidade e lentificação psicomotora. Em agosto, o médico psiquiatra da Sr.^a P, fez ajuste de medicação para tentativa de compensação da sintomatologia depressiva e foram realizados exames complementares de diagnóstico, Tomografia Computorizada (TAC) - cranioencefálica, bem como estudos analíticos com pesquisa de doenças autoimunes e tempos de protrombina.

Tabela 2 – Medicação Prescrita da Sr.^a P.

Fármaco	Classe farmacológica	Dosagem / Posologia	Indicação / Observação
Apixabano 5 mg	Anticoagulante oral (inibidor direto do fator Xa)	1 comprimido (2 id)	Prevenção de eventos tromboembólicos.
Venlafaxina 150 mg	Antidepressivo (inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina)	id	Tratamento de depressão e/ou ansiedade.
Quetiapina 100 mg	Antipsicótico atípico	1 comprimido ao deitar SOS em caso de insónia	Gestão de sintomas psicóticos, estabilização do humor e do sono.
Biperideno 4 mg	Anticolinérgico	SOS, em caso de lentificação psicomotora	Correção de efeitos extrapiramidais induzidos por antipsicóticos.

Antecedentes Psiquiátricos

A Sra. P., diagnosticada com Perturbação Depressiva *Major* aos 21 anos, apresentava sintomas persistentes de tristeza, desvalorização pessoal, anedonia, fadiga, isolamento e sofrimento relacionado com o desejo de maternidade frustrado. O quadro depressivo agravou-

se significativamente após a morte do filho prematuro e um episódio de violência doméstica grave.

Apresenta antecedentes de múltiplos internamentos e acompanhamentos em hospital de dia. O último internamento ocorreu em janeiro de 2025, motivado por agravamento significativo da sintomatologia depressiva, associado a comprometimento da adesão ao regime terapêutico instituído.

Antecedentes médicos

Em 2002, a utente foi submetida a intervenção cirúrgica de urgência no serviço de Neurocirurgia, na sequência de agressão perpetrada pelo cônjuge.

Em 2015, foi identificado estudo genético compatível com heterozigotia para a mutação C677T do gene MTHFR (metilenotetrahidrofolato redutase), alteração genética que pode constituir um fator de risco acrescido para eventos tromboembólicos, complicações obstétricas, nomeadamente aborto espontâneo, doenças cardiovasculares, bem como apresentar correlação descrita na literatura com algumas perturbações psiquiátricas.

Em 2017, na sequência de um quadro clínico grave de tromboembolismo pulmonar envolvendo a artéria pulmonar principal, associado a recorrência de Trombose Venosa Profunda, a utente foi internada no serviço de Medicina Interna.

História pessoal e social

A Sra. P. nasceu no Ribatejo, por parto eutócico e sem intercorrências, sendo a primogénita de quatro irmãos. Foi criada principalmente pelos avós maternos, com quem colaborou na agricultura após concluir o 6.º ano de escolaridade. Descreve uma infância estável e uma relação de maior proximidade com o irmão mais novo.

Aos 17 anos iniciou uma relação com aquele que viria a ser o seu marido e pai da primeira filha, casando por volta dos 20 anos.

Teve quatro gravidezes: um aborto espontâneo aos 21 anos, um filho prematuro que faleceu pouco tempo após o parto e duas filhas atualmente com idades entre os 14 e os 30 anos. Em 2004, após o divórcio, mudou de cidade, com a filha mais velha e, mais tarde, teve uma segunda filha fruto de uma nova relação. Profissionalmente, trabalhou como auxiliar num lar de idosos, encontrando-se reformada por invalidez há cerca de três anos.

Atualmente, a filha mais nova, encontra-se institucionalizada por iniciativa própria, após ter solicitado intervenção da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, motivada pela vivência num ambiente familiar descrito como violento e disfuncional.

História familiar

A Sra. P. refere que, durante a infância, percecionava a relação conjugal dos pais como globalmente funcional e a relação parental com os filhos como adequada. Contudo, relembra a presença de consumos alcoólicos abusivos por parte do pai.

Inicialmente, os pais constituíam o principal suporte económico do agregado familiar. Posteriormente, à medida que a utente e os irmãos atingiram idade laboral, passaram a contribuir financeiramente para as despesas familiares. Ambos os progenitores se encontram falecidos, desconhecendo a utente as causas de óbito.

A fratria da Sra. P. é constituída por três irmãos, todos do sexo masculino. Segundo o relato da utente, as relações fraternas são atualmente escassas ou inexistentes, mantendo apenas vínculo relacional e apoio emocional com o irmão mais novo, o Sr. J..

Relativamente à descendência, a filha mais velha da Sra. P. mantém uma relação afetiva estável, conservando contacto regular com a mãe.

Genograma e Ecomapa

O cuidado em saúde pressupõe uma compreensão abrangente do indivíduo, integrando não apenas os aspetos biológicos, mas também as dimensões familiar, social e cultural que influenciam o processo saúde–doença. Neste contexto, o genograma e o ecomapa constituem instrumentos fundamentais de avaliação e intervenção, uma vez que permitem a representação gráfica das relações familiares e sociais com impacto significativo na saúde do indivíduo.

Para a elaboração do genograma e do ecomapa, para além da recolha direta de informação junto da utente, foi realizado contacto prévio com elementos significativos da sua rede familiar, nomeadamente a filha D. A. e o irmão mais novo, Sr. J., com o objetivo de complementar e validar os dados recolhidos.

Figura 1 – Genograma Familiar da Sr.^a P.

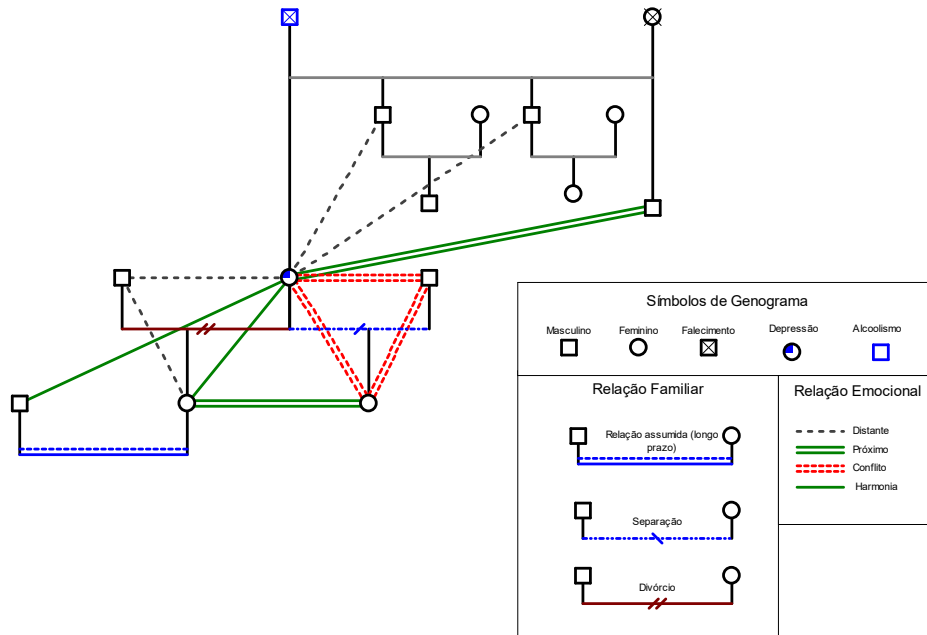
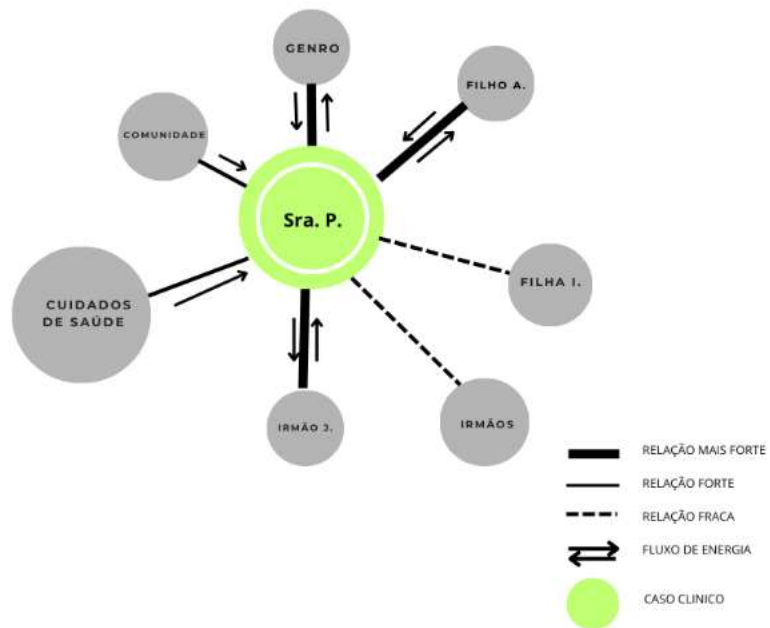


Figura 2 - Ecomapa Familiar da Sr.^a P.



Observação da utente e exame do estado mental

A observação da utente e a avaliação do exame mental foram realizados no dia 24 de setembro de 2025 pelas 16h, num gabinete da associação da RTA.

Exame físico

Sinais Vitais: Eupneica, normotensa e normocárdica. Apirética. Nega dor.

Higiene e Vestuário: Higiene cuidada, Vestuário limpo e adequado.

Nutrição e Eliminação: Faz cerca de 5 refeições diariamente. Obstipação. Nega alergias ou intolerâncias alimentares.

Sono: Padrão de sono mantido, através de medicação.

Sexualidade: Diminuição da líbido desde a menopausa.

Exame do Estado Mental

Aparência: Utente com cerca de 1,70metros de altura, 62Kg. Cabelo e olhos castanhos, pele e tegumentos cuidados. Veste roupa limpa e adequada.

Atitude perante a enfermeira: Dificuldade em manter contacto visual.

Atividade Psicomotora: Sem alterações psicomotoras

Discurso: Apresenta discurso adequado e coerente.

Pensamento: Sem alterações do pensamento

Perceção: Sem alterações da perceção

Memória: Aplicado MMSE, com uma classificação de 28/30, sem défices a nível cognitivo.

Humor, emoção e Afetividade: Expressa tristeza e desalento; cansaço Isolamento social; insatisfação nas atividades. Expressa sentimentos de inutilidade; Autocrítica exagerada; Dificuldade em aceitar elogio; Diminuição da autoconfiança;

Controlo do Impulso: Comportamento adequado, diminuição da interação social com os outros utentes, técnicos e enfermeira.

Julgamento e Insight: Apresenta insight para o seu estado de saúde e doença.

Perspetivas para o futuro: Expressa sentimento de culpa e frustração; falta de comunicação entre os membros; possível mudança de papéis (filhas terem de cuidar da mãe). Tem perspetiva de após sair da instituição de voltar a trabalhar com idosos

Posteriormente, foram preenchidos instrumentos de avaliação que demonstraram alterações significativas na autoestima, bem-estar, humor e no processo familiar (Tabela 3).

Tabela 3- Resultados dos instrumentos de avaliação pré intervenção

Evidências	Diagnóstico de Enfermagem (OE, 2011; ICN, 2019)
RSES - Score 23 (Problemas de autoestima significativos)	Baixa Autoestima
BDI – II – Score 19 (Depressão média a moderada) MCQ – 30 – Score 65 (Confiança cognitiva e necessidade de controlo do pensamento com scores elevados) (18)	Humor depressivo <i>Emoção negativa: sentimentos de tristeza, melancolia com diminuição da concentração apetite e insónia. (ICN, 2019)</i>
Índice de Bem-estar Score 11 (Fraco bem-estar)	Bem-estar psicológico comprometido
APGAR familiar - Score 3 (Gravemente Disfuncional)	Processo familiar comprometido <i>Família incapaz de desenvolver funções e tarefas. Alteração do papel da família; indiferença à mudança, incapacidade em reconhecer a necessidade de ajuda; incapacidade em lidar com tensões, stresse. (ICN, 2019)</i>

4.2.2 Planeamento e implementação das intervenções

As intervenções de enfermagem, segundo a CIPE (OE,2019), referem-se às ações planeadas e executadas pelos enfermeiros, documentadas utilizando a estrutura e a terminologia padronizada desta classificação.

A fase de exploração (intervenções de enfermagem), segundo Peplau (1997), é o período de maior intensidade na relação enfermeiro - utente, onde o trabalho real de resolução de problemas e mudança de comportamental ocorre, culminando no desenvolvimento pessoal e na melhoria e ganhos em saúde da pessoa.

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem e, de acordo com as competências do EESMP, são planeadas intervenções de enfermagem de forma a dar resposta à resolução destes diagnósticos (Tabela 4).

Tabela 4 – Plano de Cuidados Individualizado da Srª. P.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Baixa Autoestima Resultados Esperados: Autoestima melhorada Indicadores NOC Sentimentos de autovalorização (129519) Nível de Confiança (20511)	- Avaliar a Autoestima (RSES antes e depois das intervenções); - Estabelecer relação de ajuda; - Incentivar a expressão de emoções; - Executar intervenções psicoterapêuticas: ➤ Programa baseado no MCT- <i>Acute</i> (Apêndice 7); ➤ Recurso a mediadores artístico-expressivos (Apêndice 8); - Assistir na procura de autoaceitação e autovalorização; - Encorajar a utente a identificar pontos fortes em si mesma; - Encorajar a utente a estabelecer metas realistas; - Incentivar a interação social e participação em atividades de grupo.
Bem-estar psicológico comprometido Resultados esperados: Bem-estar melhorado Indicadores NOC Capacidade de expressar as emoções (200210) Nível de felicidade (200209)	- Avaliar bem-estar (Índice de Bem-Estar WHO-5, 1998 antes e depois das intervenções); - Executar intervenções psicoterapêuticas: ➤ Programa baseado no MCT- <i>Acute</i> (Apêndice 7); ➤ Recurso a mediadores artístico-expressivos (Apêndice 8) ➤ Técnicas de Respiração Diafragmática: "Respirar é Recomeçar" (Apêndice 9); - Estabelecer relação de empatia; - Incentivar a expressão de emoções; - Executar escuta ativa; - Incentivar o autocuidado;
Humor depressivo Resultados esperados: Humor depressivo melhorado Indicadores NOC Perda de interesse pelas atividades (120802)	- Avaliar humor (BDI- II, antes e depois das intervenções); - Estabelecer relação de empatia; - Incentivar a expressão de emoções; - Executar escuta ativa; - Incentivar o autocuidado; - Executar intervenções psicoterapêuticas: ➤ Programa baseado no MCT- <i>Acute</i> (Apêndice 7); ➤ Intervenção Psicoterapêutica com recurso a mediadores artístico-expressivos (Apêndice 8);

Tristeza (120814)	- Incentivar a atividade física: hidroginástica e yoga; - Incentivar a interação social.
Processo Familiar Comprometido	- Avaliar o APGAR familiar (antes e depois das intervenções); - Estabelecer relação de empatia;
Resultados esperados: Processo familiar melhorado Indicadores NOC Membros recetivos a novas ideias (260221) Adaptação a crises inesperadas (260209)	- Facilitar expressão de sentimentos relacionados com a situação; - Criar ambiente seguro para diálogo familiar; - Executar intervenções familiares: Promover a Literacia em Saúde Mental e Promover a Esperança familiar;

4.2.3. Avaliação de Resultados

A fase de exploração ou avaliação dos resultados permite ao EESMP compreender a eficácia das suas intervenções e se necessário adaptar as mesmas.

Este processo é contínuo com períodos de ajustes e reavaliações tendo em consideração objetivos realistas e alcançáveis, promovendo mudanças positivas, promoção da saúde mental da autonomia e qualidade de vida e, conseqüentemente, ganhos em saúde.

Nas tabelas, 5,6,7, e 8 é efetuada a avaliação individualizadas de cada diagnóstico e dos resultados obtidos.

Tabela 5 – Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Baixa Autoestima

Diagnóstico: Baixa Autoestima
Avaliação dos Resultados

No decorrer da implementação das intervenções, a utente passou a verbalizar qualidades pessoais espontaneamente e a aceitar elogios, evidenciando maior aceitação de si mesma e redução das verbalizações negativas. Demonstrou maior iniciativa em atividades diárias, com a participação nos grupos sem hesitação, relatou redução no medo de falhar com melhoria na autonomia.

O MCT-*Acute* foi particularmente efetivo, com a utente a identificar e desconstruir padrões ruminativos, como pensamentos autodepreciativos e ruminação prolongada, com uma melhoria significativa da autoestima.

As intervenções com mediadores artístico-expressivos facilitaram a expressão emocional não verbal, promovendo a autovalorização e autoaceitação.

RSES – Score 24 (autoestima melhorada)

Tabela 6 – Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Bem-estar comprometido

Diagnóstico: Bem-estar comprometido
Avaliação dos Resultados
Melhoria da interação com o grupo. Evidência de aumento no afeto positivo e redução de negatividade. Evidência da redução na hesitação e maior proatividade. Utente refere gostar do “seu eu presente”, mais expressiva e sorridente. O treino de respiração diafragmática revelou benefícios evidentes na regulação fisiológica e emocional. A utente demonstrou progressiva capacidade para utilizar a técnica autonomamente, referindo sensação de tranquilidade e relaxamento após os exercícios. Foram observadas melhorias na perceção do controlo corporal, traduzindo-se numa diminuição dos valores de frequência cardíaca e respiratória e numa maior serenidade geral. Índice de Bem-estar WHO- Score 14, melhoria da sensação de bem-estar.

Tabela 7 – Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Humor Depressivo

Diagnóstico: Humor Depressivo
Avaliação dos Resultados
A utente passou a verbalizar sentimentos como tristeza e frustração de forma aberta em sessões individuais e de grupo, facilitando o processamento emocional. Relata maior frequência de momentos de alegria quotidiana, como "sentir-me mais leve após partilhar" e "prazer em pequenas rotinas", com redução de anedonia. Ao longo das sessões, foi demonstrada mais iniciativa e participação nas atividades. Apresentou diminuição nos scores de subdomínios metacognitivos (necessidade de controlar os pensamentos e baixa confiança cognitiva), refletindo redução de metacognições disfuncionais. BDI- II – Score 18 (Depressão leve); MCQ -30 – Score 57.

Tabela 8 – Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Processo Familiar comprometido

Diagnóstico: Processo Familiar comprometido
Avaliação dos Resultados
Durante o processo terapêutico, não foi possível realizar a intervenção familiar, uma vez que a família demonstrou indisponibilidade. Apesar da comunicação empática e do convite à participação, os familiares mantiveram uma postura de recusa, alegando falta de tempo, cansaço emocional e ausência de motivação para participar nas sessões. Foi reforçado a disponibilidade para futuras abordagens familiares, deixando o convite aberto para que pudessem integrar o processo terapêutico em momento posterior, caso demonstrem maior motivação e disponibilidade. A não realização da intervenção familiar não decorreu de descumprimento, mas de avaliação fundamentada da falta de adesão familiar, preservando-se, ainda assim, o foco na promoção do bem-estar, da autonomia e da recuperação emocional do utente.

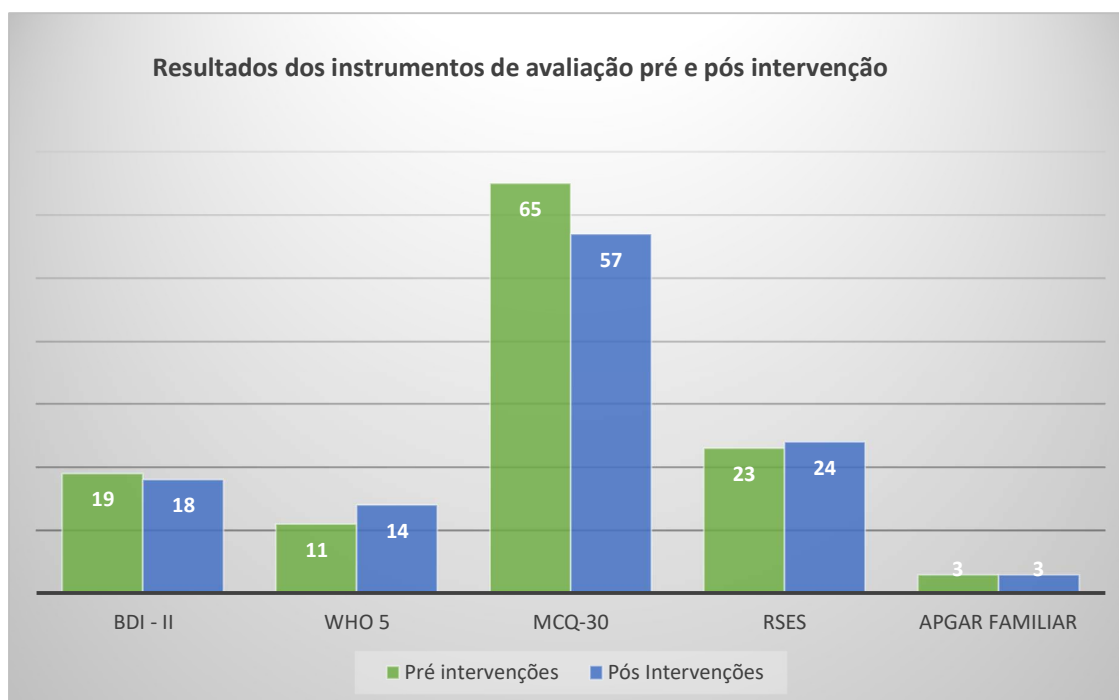
A avaliação das intervenções do MCT, recursos a mediadores artístico-expressivos e respiração diafragmática, permitiu verificar ganhos significativos ao nível da autorregulação emocional, autoconsciência e expressão afetiva.

O MCT mostrou-se eficaz na promoção da consciência dos próprios pensamentos, especialmente na identificação de crenças disfuncionais e padrões autodepreciativos associados ao humor deprimido. Observou-se que a utente passou a reconhecer a relação entre o pensamento e a emoção, demonstrando maior capacidade de distanciamento crítico face às suas cognições automáticas negativas. Houve também melhoria da autoeficácia percebida, refletida em discursos de maior confiança na gestão de situações adversas e no controlo de pensamentos intrusivos.

O recurso a mediadores artístico-expressivos, como a utilização de técnicas artísticas e simbólicas, favoreceram a exteriorização de conteúdos emocionais difíceis de verbalizar, promovendo a catarse e a reconstrução positiva da autoimagem. Ao longo das sessões, verificou-se aumento da implicação e prazer nas atividades, maior abertura à partilha de sentimentos e temas ligados à valorização pessoal e à esperança. Estas intervenções contribuíram para reforçar o sentido de identidade e de pertença, promovendo um envolvimento mais autêntico nas relações interpessoais.

Em síntese, as intervenções psicoterapêuticas de natureza cognitiva, expressiva e corporal revelaram-se complementares na abordagem à utente, potenciaram o restabelecimento do equilíbrio interno, da autoestima e do bem-estar subjetivo, contribuindo para a melhoria da funcionalidade (Figura 3).

Gráfico 1 – Representação Gráfica dos instrumentos de avaliação pré e pós intervenção da Sr^a.



4.3. Caso Clínico II – Contexto de Internamento

4.3.1. Avaliação Diagnóstica

A Sr.^a C. (nome fictício), entre os 45 e os 50 anos, casada, tem dois filhos. Psicóloga de profissão.

História de doença atual

Em outubro de 2025, face ao agravamento da sintomatologia depressiva e sem qualquer melhoria com o tratamento farmacológico e as intervenções não farmacológicas, a médica psiquiatra propôs o internamento, com o objetivo de possibilitar uma abordagem terapêutica diferenciada e intensiva.

Aquando da admissão no internamento, a médica manteve medicação do domicílio e prescreveu antidepressivo endovenoso.

Tabela 9 – Medicação Prescrita À Sr^a. C.

Fármaco	Classe farmacológica	Dosagem / Posologia	Indicação
Lorazepam 2,5 mg	Benzodiazepinas	1 comprimido 3 id	Tratamento da Ansiedade
Clomipramina 25 mg	Antidepressivo Tricíclico	1º dia - 1 amp 25 mg, aumentando a dose de 1 ampola/dia (máximo de 100mg)	Tratamento de depressão, fobias e ataques de pânico.
Quetiapina 100mg	Antipsicótico atípico	1 comprimido ao deitar	Estabilização do humor e do sono.
Loflazepato de etilo 2 mg	Benzodiazepinas	SOS se ansiedade	Tratamento da Ansiedade

Antecedentes Psiquiátricos

A Sra. C. recebeu o diagnóstico de Perturbação Depressiva *Major*, na sequência de uma alteração significativa no seu contexto profissional. Em 2016, os cortes governamentais no financiamento aos colégios privados implicaram a necessidade de reorganização e adaptação da comunidade escolar.

A Sra. C. refere que, até então, o ambiente no colégio era vívido como o de uma família, mas que, após essas mudanças, resultou no surgimento de conflitos e um clima relacional tóxico. No exercício das suas funções enquanto psicóloga da instituição, implementou projetos e atividades que permitiram manter ou atrair novos alunos, assumindo múltiplas responsabilidades. Descreve essa fase afirmando que “...tentava apagar todos os fogos e ser uma supermulher, no colégio e em casa, não pedia ajuda a ninguém e acreditava que conseguiria fazer tudo sozinha para poupar a minha família...”.

Progressivamente, iniciaram-se queixas de insónia inicial, irritabilidade e labilidade emocional, que a utente foi desvalorizando. Contudo, o confronto com a perceção do marido e dos filhos, que lhe sinalizaram o impacto negativo da situação no funcionamento familiar, levou a uma reflexão de que algo não estava bem e que precisava de ajuda.

Em 2019, a utente iniciou consultas de Psiquiatria, tendo sido instituída terapêutica com antidepressivos e ansiolíticos, contudo, a resposta clínica foi pouco significativa, o que levou à necessidade de afastamento da atividade profissional, na tentativa de alcançar alguma estabilização do quadro depressivo.

Após a ida dos filhos para a universidade e a morte do sogro, houve um agravamento acentuado da situação, passou a evidenciar anedonia, choro fácil e défice em cuidados de higiene e aparência pessoal, sinalizando um maior comprometimento do funcionamento global.

A utente passou a frequentar o Hospital de Dia do DPSM, onde participou em sessões de terapia ocupacional e em intervenções psicoterapêuticas realizadas pelo EEESMP. Apesar da adesão ao seguimento em consulta e cumprimento do regime terapêutico, não se observaram melhorias significativas do quadro clínico.

História pessoal e social

A Sra. P. é natural da região centro, tendo crescido num contexto familiar que descreve como simultaneamente afetuoso e marcado por silêncios difíceis de compreender em criança. A infância decorreu num ambiente aparentemente estruturado, com rotinas claras, manhãs passadas na escola, tardes dedicadas aos trabalhos de casa e fins-de-semana em que as atividades em família, as brincadeiras no quintal com a irmã, os jogos e histórias, são descritas como momentos de grande proximidade e segurança emocional. No percurso escolar, a Sra. P. foi sendo reconhecida como aluna responsável e empenhada, valorizando o estudo como via de realização pessoal e de autonomia futura. Na adolescência, frequentou o 12.º ano na área de Ciências e Tecnologias, consolidando o gosto pelas disciplinas que exigiam raciocínio lógico e mais tarde associaria ao desejo de compreender o comportamento humano. A Sra. C. descreve-se como uma jovem bem-disposta, com facilidade em criar laços de amizade, participando ativamente na vida escolar, mas mantendo um estilo de vida mais reservado no que respeita ao lazer noturno, não se revendo no ambiente de bares e discotecas, preferindo encontros mais tranquilos, conversas prolongadas com amigos e tempo em casa.

Terminou o ensino secundário com média suficiente para ingressar na sua primeira opção, a Licenciatura em Psicologia, Este momento de transição implicou também a saída de casa e o afastamento físico da família de origem.

Foi neste contexto académico que conheceu o atual marido, o Sr. E., estudante na Faculdade de Letras da mesma universidade, em convívios informais entre colegas. A presença do Sr. E. é descrita como uma fonte de apoio emocional importante durante o curso, ajudando-a a enfrentar momentos de maior exigência académica ou de saudade da família.

História e Antecedentes familiares

Os pais eram empregados fabris numa empresa local, pessoas que descreve como humildes, trabalhadoras e dedicadas à família, garantindo estabilidade material e rotinas estruturadas no quotidiano. Considera que mantinham uma boa relação entre si e com as filhas, mas apenas mais tarde viria a associar aqueles “silêncios pesados” a preocupações e conflitos emocionais relacionados com a doença mental, que não eram abertamente discutidos.

O pai da Sra. P. tem diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar tipo 1 e a mãe, Depressão *Major*, ambos acompanhados em consulta de Psiquiatria em contexto privado, com adesão ao regime terapêutico.

A Sra. D., irmã da utente, foi diagnosticada recentemente com Depressão *Major*, na sequência de uma rutura amorosa que constituiu um marco significativo de desorganização emocional na sua trajetória de vida.

Genograma e Ecomapa

O cuidado em saúde pressupõe uma compreensão ampla e integrada do indivíduo, que envolve não apenas aspetos biológicos, mas também dimensões familiares, sociais e culturais que moldam a experiência de saúde e doença. pessoa e família.

Aplicada escala de Apgar familiar, considerada uma família funcional.

Figura 4 - Genograma familiar da Sr.^a C.

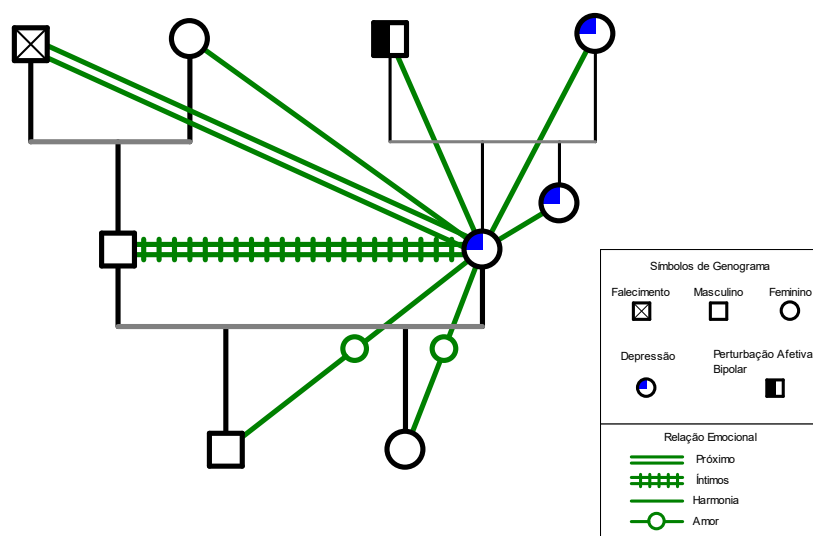
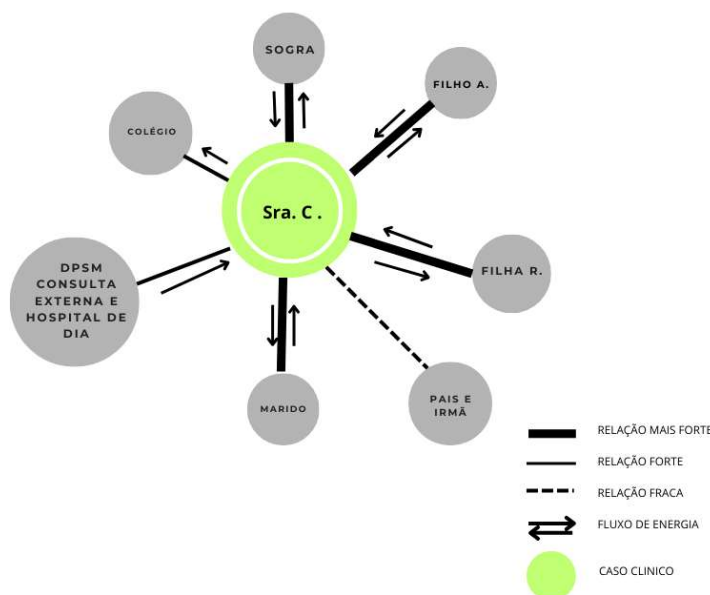


Figura 5 - Ecomapa Familiar da Sr.^a C.



Observação da utente e exame do estado mental

A observação da utente e a avaliação do exame mental foram realizados no dia 24 de novembro de 2025 pelas 10h, num gabinete no serviço de internamento do DPSM.

Observação da utente

Exame físico

Sinais Vitais: Eupneica, normotensa e normocárdica. Apirética. Nega dor.

Higiene e Vestuário: Higiene cuidada, Vestuário limpo e adequado.

Nutrição e Eliminação: Faz cerca de 4 refeições diariamente. Nega alergias ou intolerâncias alimentares. Sem alterações na eliminação.

Sono: Padrão de sono mantido, através de medicação.

Sexualidade: Vida sexual ativa, mas refere diminuição da libido.

Exame do Estado Mental

Aparência: Utente com 1,64 metros de altura, 57Kg. Cabelo loiro e olhos castanhos, pele e tegumentos cuidados. Aspetto cuidado. Veste roupa limpa e adequada.

Atitude perante a enfermeira: Postura adequada, mantém contacto visual.

Atividade Psicomotora: Sem alterações psicomotoras

Discurso: Discurso adequado e coerente. Linguagem ajustada ao seu nível de formação.

Pensamento: Sem alterações do pensamento

Percepção: Sem alterações da percepção

Memória: Aplicado MMSE, com uma classificação de 30/30, sem défices a nível cognitivo.

Humor e Afetividade: Apresenta diminuição da autoconfiança e autovalorização; autocritica exagerada. Expressa sentimentos de culpa e de inutilidade; Culpabilização e sentimentos de punição; choro fácil e perda de interesse; refere cansaço e insatisfação nas atividades; incapaz de relaxar. Expressa angústia e desespero. Preocupação exagerada com os filhos e dificuldade para resolver os problemas.

Controlo do Impulso: Comportamento adequado.

Julgamento e Insight: Apresenta insight para o seu estado de saúde e doença.

Perspetivas para o futuro: Tem perspetiva de conseguir voltar a ser a pessoa que era, funcionante, extrovertida e dinâmica.

Posteriormente, foram preenchidos os instrumentos de avaliação que demonstraram alterações significativas na autoestima, bem-estar, no humor e ansiedade (Tabela 9).

Tabela 10 - Diagnósticos de Enfermagem identificados pré intervenção

Evidências	Diagnóstico de Enfermagem (OE, 2011; ICN, 2019)
RSES – Score 22 (Problemas de autoestima significativos)	Baixa Autoestima
BDI – II – Score 25 (Depressão Grave) MCQ – 30 – Score 70 Crenças positivas acerca da preocupação e Confiança cognitiva com scores elevados 9(20).	Humor depressivo <i>Emoção negativa: sentimentos de tristeza, melancolia com diminuição da concentração apetite e insónia. (ICN, 2019)</i>
WHO 5 - Score 5 (Fraco bem-estar)	Bem-estar psicológico comprometido
Escala de Ansiedade de Hamilton – Score 23 (Ansiedade moderada)	Ansiedade Presente <i>Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo e angústia. (ICN, 2019)</i>

4.3.2. Planeamento e implementação das intervenções

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem e, de acordo com as competências do EESMP, são planeadas intervenções de enfermagem de forma a dar resposta à resolução destes diagnósticos. (Tabela11)

Tabela 11 – Plano de Cuidados Individualizado da Sr^a. C.

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Baixa Autoestima Resultados Esperados: Autoestima melhorada Indicadores NOC Sentimentos de autovalorização (129519) Nível de Confiança (20511)	- Avaliar a Autoestima (RSES antes e depois das intervenções); - Estabelecer relação de ajuda; - Incentivar a expressão de emoções; - Executar intervenções psicoterapêuticas: ➤ Programa baseado no MCT- <i>Acute</i> (Apêndice 7); ➤ Intervenção Psicoterapêutica com recurso a mediadores artístico-expressivos (Apêndice 8); - Assistir na procura de autoaceitação e autovalorização; - Assistir à consciencialização de perceções negativas sobre si mesma; - Encorajar a utente a estabelecer metas realistas;
Bem-estar Psicológico comprometido Resultados esperados: Bem-estar melhorado Indicadores NOC Capacidade para relaxar (200208) Nível de felicidade (200209)	- Avaliar bem-estar (Índice de Bem-Estar WHO-5, 1998 antes e depois das intervenções); - Executar intervenções psicoterapêuticas: ➤ Programa baseado no MCT- <i>Acute</i> (Apêndice 7); ➤ Intervenção Psicoterapêutica com recurso a mediadores artístico-expressivos (Apêndice 8); ➤ Intervenção por <i>Mindfulness</i> (Apêndice 14); - Incentivar a expressão de emoções; - Executar escuta ativa; - Incentivar o autocuidado;
Humor depressivo Resultados esperados: Humor depressivo melhorado Indicadores NOC Culpa Excessiva (120828) Tristeza (120814)	- Avaliar humor (BDI- II, antes e depois das intervenções); - Estabelecer relação de empatia; - Incentivar a expressão de emoções; - Executar escuta ativa; - Incentivar o autocuidado; - Executar intervenções psicoterapêuticas: ➤ Programa baseado no MCT- <i>Acute</i> (Apêndice 7); ➤ Intervenção Psicoterapêutica com recurso a mediadores artístico-expressivos (Apêndice 8); ➤ Intervenção por <i>Mindfulness</i> (Apêndice 14); - Incentivar a prática de atividade física; - Incentivar a interação social.

Ansiedade Presente	- Avaliar Ansiedade (Escala de Ansiedade de Hamilton antes e depois das intervenções);
Resultados esperados: Ansiedade melhorada	- Vigiar sintomas de ansiedade;
Indicadores NOC Ansiedade verbalizada (121117) Desconforto (121105)	- Incentivar a expressão de emoções; - Executar escuta ativa; - Criar ambiente seguro para diálogo familiar; - Executar intervenções psicoterapêuticas: ➤ Intervenção Psicoterapêutica com recurso a mediadores artístico-expressivos (Apêndice 8); ➤ Intervenção por <i>Mindfulness</i> (Apêndice 14);

4.3.3. Avaliação de Resultados

Nos quadros, 12, 13, 14 e 15 é efetuada a avaliação individualizadas de cada diagnóstico e dos resultados obtidos.

Tabela 12 – Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Baixa Autoestima

Diagnóstico: Baixa Autoestima
Avaliação dos Resultados
Ao longo das intervenções a utente apresentou um discurso mais equilibrado e assertivo sobre si mesma, demonstrando capacidade para reconhecer e verbalizar qualidades pessoais, conquistas passadas e competências do quotidiano. Refere explicitamente sentir-se “<i>mais confiante nas minhas capacidades</i>”, e “<i>menos dura comigo própria</i>”. Ao longo das intervenções de MCT - <i>Acute</i>, <i>mindfulness</i> e expressão artístico-expressiva, a utente evoluiu de verbalizações centradas em autodesvalorização e ruminação (“<i>não valho nada</i>”, “<i>sou um fracasso</i>”) para afirmações de empoderamento (“<i>tenho qualidades que me orgulham</i>”, “<i>consegui superar dificuldades antes</i>”), evidenciando maior valorização pessoal. Esta melhoria manifesta-se também na redução drástica da autocritica exagerada, com menor frequência de pensamentos catastrofizantes sobre falhas percebidas, maior tolerância a imperfeições e um aumento notável na autoeficácia, traduzindo-se em maior iniciativa para resolver problemas quotidianos e otimismo face ao futuro. RSES – Score 28, Autoestima melhorada;

Tabela 13 – Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Bem-estar psicológico comprometido

Diagnóstico: Bem-estar comprometido

Avaliação dos Resultados

Ao longo das intervenções, a utente passou a relatar com maior frequência momentos de *"já não me apetece chorar, sinto uma calma profunda"*, especialmente durante e após as sessões de *mindfulness*, onde descreve sensações de relaxamento corporal e mental intensas, como *"um peso a sair dos ombros"* e *"a mente mais leve"*.

Esta evolução reflete um aumento significativo no bem-estar subjetivo, com maior sensação de energia vital para atividades diárias, otimismo renovado face ao futuro e uma regulação emocional mais estável, manifestada em menos episódio de apatia e maior interações sociais simples e hobbies negligenciados anteriormente.

Estes ganhos no bem-estar são corroborados por comportamentos observáveis, como sorrisos espontâneos em sessões, proatividade em rotinas de autocuidado e verbalizações de gratidão por pequenas conquistas, sinalizando uma transição para um estado de equilíbrio emocional mais sustentável e resiliente.

WHO - 5 - Score 14, melhoria da sensação de bem-estar;

Tabela 14 – Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Humor Depressivo

Diagnóstico: Humor Depressivo

Avaliação dos Resultados

A utente reconhece explicitamente a MCT-*Acute* como intervenção transformadora, por ter facilitado a identificação e reestruturação de distorções cognitivas (como conclusões precipitadas do género *"tudo vai correr mal"*) e ruminações, promovendo uma visão mais flexível e realista dos eventos, o que se traduz em decisões mais ponderadas e menor sofrimento psicológico associado a preocupações crónicas. Após as intervenções de MCT aguda, *mindfulness* e expressão artístico-expressiva, observa-se evolução clínica positiva nos indicadores psicométricos e subjetivos da utente, apesar de persistirem sintomas moderados. A melhoria evidente sugere eficácia das intervenções na redução de sintomas depressivos como culpa excessiva e tristeza, alinhada com ganhos reportados em autoestima e bem-estar.

A utente foi desenvolvendo discurso de autocompaixão e autovalorização, reconhecendo qualidades pessoais e sentindo-se *"mais confiante"*. Relata momentos frequentes de "tranquilidade", maior energia e iniciativa em rotinas, com comportamentos observáveis como menos labilidade emocional e sorrisos espontâneos.

Sendo a sua formação em psicologia, ao longo das sessões foi demonstrando maior proatividade e entreaajuda com os outros utentes.

BDI- II – Score 22 (Depressão moderada);

MCQ -30 – Score 60; diminuição do score (15) das subescalas de crenças positivas acerca da preocupação e falta de confiança cognitiva.

Tabela 15 – Avaliação do Diagnóstico de Enfermagem – Ansiedade Presente

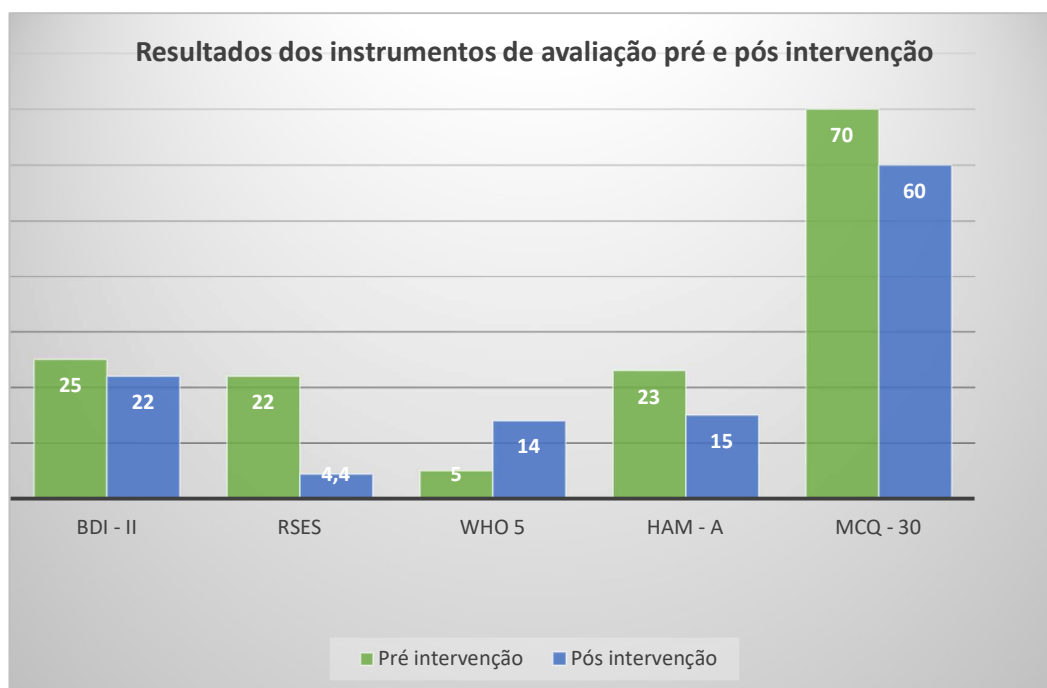
Diagnóstico: Ansiedade Presente
Avaliação dos Resultados
Após a implementação do MCT- <i>Acute</i>, do <i>Mindfulness</i> e atividades de expressão artístico-expressiva, observou-se ganhos em saúde, com redução dos sintomas para um nível de ansiedade leve, referindo maior capacidade de distanciamento dos pensamentos preocupantes, maior autorregulação emocional e aumento do sentimento de controle sobre as situações. As intervenções baseadas em <i>mindfulness</i> demonstram grande efeito na diminuição de sintomas ansiosos, promovendo uma postura de atenção plena com diminuição da ruminação e da percepção de incapacidade para resolver problemas. As atividades de expressão artístico-expressiva facilitarem o relaxamento, expressão emocional e reorganização cognitiva, contribuem adicionalmente para a diminuição da tensão e melhoria do bem-estar subjetivo. HAM- A– Score 15 (Ansiedade ligeira)

A avaliação global das intervenções psicoterapêuticas implementadas, MCT-*Acute*, *Mindfulness* e mediadores artístico-expressivos demonstram ganhos clínicos consistentes e mensuráveis nos diagnósticos de enfermagem de Baixa Autoestima, Bem-estar comprometido, Humor Depressivo e Ansiedade Presente. (Figura 6)

As intervenções atuaram de forma integrada, promovendo melhoria no processo metacognição, regulação atenta e catarse expressiva (artísticos), resultando em autoconsciência, autovalorização regulação emocional e resiliência funcional.

Na prática clínica, o EEESMP atua como agente transformador, integrando autoconhecimento pessoal, intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, diretamente alinhadas às necessidades e diagnósticos de enfermagem identificados na pessoa, por meio de um plano de cuidados estruturado com objetivos terapêuticos claros e mensuráveis.

Gráfico 2 – Representação Gráfica dos instrumentos de avaliação pré e pós intervenção da Srª. C



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório e a análise do trabalho desenvolvido permitiram reconhecer que este percurso representou um marco, ao impulsionar uma mudança significativa na minha prática clínica. O início deste mestrado constituiu, assim, um estímulo ao desenvolvimento pessoal e profissional, fomentando uma nova perspectiva enquanto futura EEESMP.

O presente relatório não é apenas uma ferramenta de avaliação, mas também permitiu analisar, de forma reflexiva e fundamentada, a aplicação da intervenção MCT- *Acute* em pessoas com sintomatologia depressiva, evidenciando o potencial desta abordagem enquanto estratégia terapêutica estruturada e baseada em evidência.

A implementação do MCT - *Acute* evidenciou igualmente o contributo do EEESMP na dinamização de intervenções psicoterapêuticas estruturadas, sustentadas numa relação terapêutica empática e colaborativa contribuindo para abordagens mais integradas, centradas na pessoa e orientadas para a recuperação

O processo formativo possibilitou a integração entre o saber, a experiência de 20 anos, na área da psiquiatria, e as aprendizagens adquiridas, desenvolvendo um perfil de competências especializadas e diferenciadas que se alinham com a aquisição de grau de mestre. A investigação científica constituiu um eixo estruturante do mestrado, desenvolvendo-se de forma contínua ao longo do percurso académico, com a elaboração de uma componente de investigação (dois estudos de caso), que permitiu não só o aprofundamento teórico e metodológico, mas também o desenvolvimento da capacidade de análise crítica, interpretação e aplicação do conhecimento, pilares para o reconhecimento da enfermagem enquanto ciência.

Em síntese, considero que os objetivos propostos foram atingidos com sucesso e que a experiência adquirida reforça o papel do enfermeiro especialista enquanto agente fundamental na promoção da saúde mental, na prevenção da recaída e no desenvolvimento de intervenções inovadoras que contribuam para cuidados mais qualificados, humanizados e cientificamente sustentados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adami, N. P., & Yoshitome, A. Y. (2003). Métodos de avaliação de resultados da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 56(1), 52–56.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100011>
- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). *Família: Do conceito aos meios de comunicação*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 5 (32), 18-21.
<https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8227>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association. (2022). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia/Bipolar Disorder/Depression*. APA.
[Psychiatry.org - Diretrizes de Prática Legadas para Transtorno Dedepressivo Maior](https://www.psychiatry.org/diretrizes-de-pratica-legadas-para-transtorno-depressivo-maior)
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7 th ed.).
<https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>
- Araújo, M., Freitas, A., & Gonçalves Pinho, M. (2025). Utilização de Eletroconvulsivoterapia em Hospitalizações por Perturbação Depressiva Major em Portugal. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, 11(1), 9–17.
<https://doi.org/10.51338/rppsm.553>
- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165 (8), 969 – 977.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Brown, R. P., & Gerbarg, P. L. (2005). Sudarshan Kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression: Part I—neurophysiologic model. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(1), 189–201.

<https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.189>

Blomdahl, C.; Wijk, H.; Guregård, S.; Rusner, M. (2018). Meeting oneself in inner dialogue: a manual-based Phenomenological Art Therapy as experienced by patients diagnosed with moderate to severe depression. *The Arts in Psychotherapy*. 59, 17-24.

Caldas-de-Almeida, J.M.; Silva, M.; Fasquilha, D.; Antunes, A.; Cardoso, G. (2017) Implicações do Estudo do Impacto da Crise Económica na Saúde Mental dos Portugueses. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. 2. P. 8-20. <https://doi.org/10.25752/psi.12795>

Cavalheiro, G., & Tolfo, S. R. (2011). Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. *Psico-USF*, 16(2).

<https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000200013>

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric association (WPA)*. 1(1), 16–20.

Dietrichkeit, M., Hagemann-Goebel, M., Nestoriuc, Y., Moritz, S., & Jelinek, L. (2021). Side effects of the Metacognitive Training for Depression compared to a cognitive remediation training in patients with depression. *Scientific Reports*. 11(1):7861.

<https://doi.org/10.1038/s41598-021-87198-8>

Dinis, A. & Gouveia, J. P. (2011). *Estudo das características psicométricas da versão portuguesa do Questionário de Metacognições – versão reduzida e do Questionário de Meta-preocupação*. *Psychologica*, (54), p. 281-307.

https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_11

Escola Superior de Saúde de Viseu (2021). *Guia Orientador de trabalhos escritos*. Escola Superior de Saúde de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu (2025). *Guia da unidade curricular estágio de opção 8 “Estágio com Relatório Final em contexto de internamento de doentes agudos e saúde mental na comunidade” do Curso de Mestrado Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Escola Superior de Saúde de Viseu

- Fischer, R., Scheunemann, J., Bohlender, A., Duletzki, P., Nagel, M. & Moritz, S. (2022). "You are trying to teach us to think more slowly!": Adapting Metacognitive Training for the acute care setting—A case report. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(6), 1877–1885. <https://doi.org/10.1002/cpp.2755>
- Fischer, R.; Nagel, M.; Schottle, D.; Ludecke, D.; Lassay, F.; Moritz, S.; Scheunemann, J. (2023). Metacognitive training in the acute Psychiatric care setting: feasibility, acceptability and safety. *Psychol.* 14.1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1247725>
- Flavell, J. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. The nature of intelligence. Hillsdale. In L. Resnick. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>
- Gadelha, G. G. R. S., Andrade, A. F. de, Souza, A. J. A. de, Souza, Érica da S., Silva, F. E. S. da, Santos, K. A. G. dos, Sousa, P. B. de, & Jorge, A. R. C. (2024). Impacto do processo de enfermagem na saúde do paciente. *Revista foco*, 17(11), e6590. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n11-100>
- García-Campayo, J. (2018). Mindfulness. Nuevo manual práctico. Barcelona: Siglantana.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9).
- Ordem dos Enfermeiros (2011) – *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) – Versão 2*. International Council of Nurses <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- International Council of Nurses (2019) – *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Jerath, R., Edry, J. W., Barnes, V. A., & Jerath, V. (2006). Physiology of long pranayamic breathing: Neural respiratory elements may provide a mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. *Medical Hypotheses*, 67(3), 566–571. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.02.042>

- Jelinek, L., Faissner, M., Moritz, S., & Kriston, L. (2019). Long-term efficacy of Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A randomized controlled trial. *The British journal of clinical psychology*, 58(3), 245–259. <https://doi.org/10.1111/bjc.12213>
- Jelinek, L., Schneider, B.C., Hauschildt, M. & Moritz, S. (2023). *A Short Manual for its Original Version (D-MCT) and its Adaption for Older Adults (MCT-Silver)*. <http://www.uke.de/depression>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol*.63(3):146-59. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.63.3.146>
- Martins, M. S. M. (2003). A família, um suporte ao cuidar. *Sinais Vitais*,50, 52-56.
- Martins, D. (2012). Arte-Terapia e as Potencialidade Simbólicas e Criativas dos Mediadores Artísticos. (Tese de Mestrado). <http://hdl.handle.net/10451/10008>
- Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P., Renca, P. (2021). Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave. Ordem dos Enfermeiros.
- Maker, Y., & McSherry, B. (2023). Direitos humanos e os determinantes sociais da saúde mental: fomentando a colaboração interdisciplinar em pesquisas. *Psiquiatria, psicologia e direito: um periódico interdisciplinar da Associação Australiana e Nova Zelandesa de Psiquiatria, Psicologia e Direito*, 31(6), 1015–1028.
<https://doi.org/10.1080/13218719.2023.2243297>
- Manual de Integração à UCC. (2025)
- Miegel, F., Rubel, J., Dietrichkeit, M., Hagemann-Goebel, M., Yassari, A. H., Balzar, A., Scheunemann, J., & Jelinek, L. (2024). Explorando mecanismos de mudança no treinamento metacognitivo para a depressão. *Arquivos europeus de psiquiatria e*

- neurociência clínica*, 274(3), 739–753. <https://doi.org/10.1007/s00406-023-01604-y>
- Moorhead, S., Jonson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (2010). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Elsevier
- Moritz, S., Schneider, B. C., Peth, J., Arlt, S., & Jelinek, L. (2018). Metacognitive Training for Depression (D-MCT) reduces false memories in depression. A randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.05.010>
- Moritz, S., Menon, M., Balzan, R., & Woodward, T. S. (2023). Metacognitive training for psychosis (MCT): past, present, and future. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 273(4), 811–817. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01394-9>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Portugal: Perfil de saúde do país 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_pt_portuguese.pdf
- Oliveira-Brochado, F. (2013). *Inventário de Depressão de Beck (BDI-II): Estudos de validação e dados normativos para a população portuguesa. [Beck Depression Inventory (BDI-II): Validation studies and normative data for the portuguese population]*. Tese de doutoramento em Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto (ICBAS-UP) [Ph.D thesis]
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento nº356/2015 - *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2.^a série — N.º 122, 17034-17040
- https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento nº 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário Da República, 2a Série, (Anexo I), 21427 – 21430.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, II.ª Série - 6 de fevereiro de 2019.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/26-2019-119190226>

Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República, IIª Série - 25 de setembro de 2019.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/184-2019-124972060>

Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de Orientação para profissionais de Saúde*. DGS

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. DGS

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

Portugal, Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006, março 24). Diário da República, I.ª série, N.º 60, 2242-2257.

[Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março | DR](#)

Peplau, H. E. (1991) *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.

- Peplau, H. E (1997). *Peplau's theory of interpersonal relations*. *Nursing Science Quarterly*, 10 (4), 162 – 167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Pestana, H.C.F.C., David, C.D., Pereira, M.A.M. (2024). Segurança e Proteção de Dados em Enfermagem. *Pensar Enfermagem* 28(1): 88-96.
<https://doi.org/10.56732/pensare>
- Pinho, L. M. G.; Sequeira, C. A. D. C.; Sampaio, F. M. C.; Rocha, N. B.; & Ferre-Grau, C. (2020). A randomized controlled trial to evaluate the efficacy of metacognitive training for people with schizophrenia applied by mental health nurses: Study protocol. *Journal of advanced nursing*, 76(1), 356–363.
<https://doi.org/10.1111/jan.14240>
- Pinho, L. G., Silva, C., Fonseca, C., Morgado, B., Lopes, M., Moritz, S., Jelinek, L., & Schneider, B. C. (2023). A randomized controlled trial to evaluate the efficacy of metacognitive training for older adults with depression (MCT-Silver) in Portugal: study protocol. *Frontiers in psychology*, 14, 1167860.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1167860>
- Relvas, A. P. (1997). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica* (3.^a ed.). Edições Afrontamento.
- Ribeiro, O.M.P.L., Martins, M.M.F.P.S., Tronchin, D.M.R. & Forte, E.C.N. (2018) Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha Enfermagem*.39
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
- Rocha, F.L., Hara, C. & Paprocki, J. (2015). Doença mental e estigma. *Rev Med Minas Gerais*. 25(4): 590-596
<https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>
- Rogers C. (2010). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). *On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being*. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>

Santos, J.P. & Maia, J. (2003). *Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima Rosenberg*. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 8, 253-268.

<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/16170/2/SantoseMaia2003000077930.pdf>

[pdf](#)

Santos, E.R.P. (2021). Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem de Saúde Mental- Diagnósticos e Intervenções (1a Edição). LIDEL.

Sequeira, C. A. C. (2016). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Silva, M. J., & Sequeira, C. A. C. (2020). Intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas à família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23, 45–52.

Simões, J.F.F.L. (2017). Metodologia de Estudo de Caso no Ensino Clínico de Enfermagem. Universidade de Aveiro (eposter)

<https://www.ua.pt/file/48390>

Sousa, A. (2005). Psicoterapias Ativas (Arte-Terapias). Livros Horizonte: Lisboa

Sousa, M. (2012). Depressão. *Revista HCPA*. 2012:32 (4). Porto Alegre.

<https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/36597/23995>

Stahl, S. M. (2017). *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. (5th ed.) Cambridge University Press.

State of Queensland (2022). The Administration of Electroconvulsive Therapy. Queensland Health

- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª ed.). Lusociência.
- Wagner, C.M. Butcher, H.K. & Clarke, M.F. (2025). *NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Guanabara Koogan
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (rev. ed.). University Press of Colorado
- <https://www.upcolorado.com/excerpts/9780870819797.pdf>
- World Health Organization. (1998). *Wellbeing measures in primary health care: The DepCare Project*. Geneva: WHO
- https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf
- WHO (2002). Relatório mundial de saúde 2001: nova compreensão, nova esperança. Ministério da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/24d78e81-4c62-4d6a-aa29-9d2233aa9d46/content>
- World Health Organization. (2015) WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026.
- <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>
- World Health Organization (2017). *Depression and other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO
- <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6bab42bc-df0f-4f68-a86d-28ebedb85e42/content>
- World Health Organization (2021). Suicide world wide in 2021 Global health estimates. Geneva: WHO.
- <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/769d0a45-b50a-4b17-ba40-259bef44d9dd/content>
- World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

World Health Organization (2022). World mental health report: transforming mental health for all. World Health Organization

https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

World Health Organization (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93e56376-0e64-4a08-bdd0-703313be5354/content>

World Health Organization (2025). *Depressive Disorder*. Geneva: WHO.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Wright, L.M., Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. (6. ed.) Roca.

Apêndices

Apêndice I - Planos de Sessões: “Tás a par do que é amar”



Projeto de Psicoeducação sobre Sexualidade e Afetos e Promoção do Bem

Estar Mental em meio escolar

Ana Rita Silva¹, Carina Freitas²

¹-Enfermeira, em formação no Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde de Viseu
²-Enfermeira, em formação no Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde de Viseu

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

As perturbações mentais têm um peso significativo nos grupos etários dos 5-14 e 15-19 anos. A OMS estima que cerca de 20% de crianças e adolescentes apresentem, pelo menos, uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. Segundo a OMS Europa e a Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica. Por outro lado, muitas das dificuldades ao nível da aprendizagem, da atenção e da instabilidade psicomotora, do comportamento, da indisciplina e da violência, auto ou hetero dirigida, poderão ser manifestações de um sofrimento emocional acentuado.

Os determinantes da saúde que condicionam a mortalidade e a morbilidade na infância e na adolescência são agora mais bem conhecidos e compreendidos à luz da evidência científica atual. Rapazes e raparigas diferem na sua exposição e vulnerabilidade a riscos e condições de saúde, tais como, perturbações depressivas, acidentes, abuso de substâncias, distúrbios alimentares, doenças sexualmente transmissíveis, violência, suicídio e lesões autoinfligidas, que podem ser potenciados ou protegidos pelos valores sociais e familiares, os grupos de pares e os ambientes escolares. Melhorar a saúde e a qualidade de vida envolve não apenas capacitar as pessoas e comunidades, mas também reconhecer suas habilidades e potenciais, permitindo escolhas mais conscientes e informadas.

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) tem como uma de suas áreas de atuação a Saúde Mental e as Competências Socioemocionais. Ele deve focar a sua atuação na promoção da saúde como um processo que oferece às pessoas meios para terem mais controlo sobre sua saúde e melhorá-la. A Saúde Escolar procura entender e agir sobre a



realidade complexa dos comportamentos dos jovens, protegendo a saúde de crianças e adolescentes, especialmente os mais vulneráveis. Os Sistemas de Saúde e de Educação estão profundamente interligados: crianças saudáveis aprendem melhor, e a educação desempenha um papel fundamental na prosperidade econômica e na manutenção da saúde ao longo da vida. Por sua vez, a saúde mental é resultado da qualidade das interações entre a criança ou jovem, a sua família, a escola e o meio sociocultural em que estão inseridos. Por isso, é essencial promover relações positivas com a escola em todas as fases do ciclo de vida escolar: infância, pré-escolar, escolar e adolescência.

JUSTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Sendo a adolescência uma fase de intensas transformações biológicas, emocionais e sociais, constitui-se um período de vulnerabilidade para iniciação sexual precoce, exposição às doenças sexualmente transmissíveis, e vivências afetivas pautadas por ciúme e violência. Nesta fase do ciclo de vida em particular, comportamentos de risco como o consumo de substâncias psicoativas, problemas de ansiedade, depressão, risco suicidário, lesões autoinfligidas, e questões relacionadas com afetos e sexualidade, começam a emergir e exigem intervenções específicas em termos de avaliação e tratamento. Além disto, a OMS redefine a sexualidade como um aspeto central da vida humana, que abrange não apenas sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo e reprodução, mas também sentimentos, valores, atitudes e comportamentos, e é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Deste modo, capacitar os adolescentes vai além de apenas fornecer informação sobre saúde: trata-se de os tornar capazes de usar essa informação para se sentirem competentes de tomarem decisões informadas e responsáveis em relação a estilos de vida saudáveis e confiantes e habilitados para desempenharem os seus papéis sociais. O ciclo de vida escolar, que vai dos 3 aos 18 anos, é, portanto, fundamental para a formação da saúde física e mental. A Saúde Escolar, ao capacitar a comunidade educativa, também promove a literacia para a saúde e incentiva práticas diversificadas em torno de objetivos comuns.

A literacia para a saúde, por sua vez, é um conjunto de competências cognitivas e sociais que permitem aos indivíduos obter, compreender e utilizar informações para promover



e manter a saúde. Ela envolve a capacidade de gerir determinantes da saúde, aceder a fontes confiáveis de informação, compreender informações técnicas e comunicar de forma eficiente, facilitando também o uso adequado dos recursos de saúde.

Muitos adolescentes iniciam a sua vida sexual sem a informação necessária para proteger a sua saúde e bem-estar e além disso, a violência no namoro surge frequentemente associada a padrões culturais e a falta de literacia emocional e afetiva, representando problemas reais e preocupantes que afetam a saúde física e mental dos adolescentes.

A escola, enquanto espaço formativo e socializador, tem uma responsabilidade acrescida na promoção da saúde sexual e reprodutiva. De acordo com o PNSE, a abordagem destas temáticas deve ser integrada, contínua e adaptada à realidade em que os adolescentes estão inseridos, promovendo o respeito pelos direitos humanos, igualdade de género e relações interpessoais saudáveis. O contexto escolar é, assim, um espaço privilegiado para ações de promoção da saúde mental e implementação de estratégias de prevenção e intervenção em áreas como educação sexual e prevenção da violência numa fase crucial do ciclo de vida e desenvolvimento humano, potenciando um impacto duradouro na adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria assume um papel central na implementação de sessões psicoeducativas em contexto escolar e comunitário, orientadas para a prevenção da violência no namoro, a promoção da sexualidade saudável e responsável e a educação sobre métodos contraceptivos, utilizando metodologias participativas e reflexivas. O foco é o empowerment dos jovens, dotando-os de ferramentas cognitivas e emocionais para tomarem decisões conscientes e responsáveis nos seus relacionamentos afetivos, reduzirem os comportamentos de risco e suas consequências. Ao promover a literacia em saúde emocional e sexual, reduzir o estigma e favorecer o desenvolvimento de relações interpessoais equilibradas e respeitadoras, essenciais à construção de uma saúde mental positiva.

Este tipo de intervenção, enquanto intervenção estruturada e fundamentada na evidência científica, alinha-se com as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental (EESMP) conforme D.L. 515/2018, nomeadamente o "assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental". Neste projeto é executada uma avaliação das necessidades em saúde mental de um grupo, num



contexto escolar e depois é desenvolvido uma intervenção para promoção da Saúde Mental dos adolescentes.

Este projeto visa responder à necessidade identificada de capacitar os alunos com conhecimentos e competências que lhes permitam compreender a sua sexualidade de forma positiva, prevenir comportamentos de risco, reconhecer sinais de violência no namoro e adotar atitudes de respeito por si próprios e pelos outros, possibilitando-lhes fazer escolhas informadas, livres e esclarecidas que promovam a sua Saúde Mental, o bem-estar e auto cuidado, bem como a adoção de comportamentos responsáveis.

O projeto é desenvolvido em 3 fases:

Fase 1 – Planeamento

- Identificação de necessidades com a escola (reunião com equipa da ELSE - Equipa Local de Saúde Escolar, direção da escola, professor responsável pelo PES - Programa de Educação para a Saúde para o respetivo ano letivo);
- Obtenção de autorização dos pais/encarregados de educação;
- Preparação de material: sessões a apresentar, folhetos informativos, questionários.

Fase 2 – Intervenção Psicoeducativa

- Sessão 1 – Emoções e Sexualidade
- Sessão 2 – Infecções Sexualmente Transmissíveis e Métodos Contracetivos
- Sessão 3 – Don't Confuse Love and Abuse

Fase 3 - Avaliação

- Será aplicado um questionário pré e pós intervenção psicoeducativa via Google forms.
- No final da intervenção será também aplicado um questionário de avaliação da satisfação com a intervenção.

**OBJETIVO GERAL:**

- Promover a saúde mental e sexual dos adolescentes por meio de uma intervenção psicoeducativa de capacitação e promoção da literacia sobre DST's, violência no namoro e sexualidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Capacitar os jovens a compreender e a aceitar as transformações físicas, emocionais e psicológicas da puberdade, promovendo a construção da identidade e o respeito pela diversidade de expressões de género e orientação sexual;
- Promover a literacia dos adolescentes acerca dos diversos métodos contraceptivos e infeções sexualmente transmissíveis, promovendo escolhas conscientes, informadas e responsáveis que promovam o bem-estar e o autocuidado;
- Sensibilizar para a importância de reconhecer sinais de violência no namoro e identificar relações saudáveis, promovendo respeito, igualdade e consentimento nas relações afetivas.



PLANO DE SESSÃO 1

TEMA: "Puberdade e Descoberta da Identidade: Emoções e Sexualidade"		Público alvo: Adolescentes do 9º ano
Objetivo Geral: Capacitar os jovens a compreender e a aceitar as transformações físicas, emocionais e psicológicas da puberdade, promovendo a construção da identidade e o respeito pela diversidade de expressões de gênero e orientação sexual		Data: 28/10/2025 Duração: 50 minutos Hora: 15:45
Objetivos Específicos: - Explicar as mudanças emocionais na puberdade; - Explicar as diferenças entre identidade de gênero, expressão sexual e orientação sexual; - Promover o respeito pelas diferentes identidades de gênero e orientações sexuais; - Desconstruir mitos e preconceitos associados; - Promover a reflexão sobre o impacto da discriminação e do preconceito na saúde mental; - Promover o uso de linguagem inclusiva e o respeito pelos pronomes auto-identificativos escolhidos por cada um.		
MOMENTO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS
Introdução – 5 minutos	- Saudação; - Apresentação; - Questionário de avaliação. - Puberdade: Alterações emocionais; importância das hormonas no desenvolvimento;	Computador, Projetor multimídia, Vídeos Educativos
Desenvolvimento – 40 minutos	- Identidade de Gênero: Distinção entre sexo biológico e identidade de gênero; Apresentação dos conceitos cisgênero, transgênero, não binário, gênero fluido,... expressão de gênero e estereótipos; importância do respeito pelos pronomes identificativos; - Orientação sexual: Diferença entre identidade de gênero e orientação sexual e fluidez ao longo da vida. - Respeito e inclusão: impacto do preconceito e discriminação na saúde mental e bem-estar. Estratégias para promoção de ambiente seguro e respeitoso.	
Conclusão – 5 minutos	-Encerramento da sessão -Agradecimento	
		- Estudante MESMP - EESMP Orientadora da UCC - Adolescentes



PLANO DE SESSÃO 2

TEMA: "Reprodução Humana, Métodos Contracetivos e IST's"		Público alvo: Adolescentes do 9º ano	
Objetivo Geral: Promover a literacia dos adolescentes acerca da reprodução humana e diversos métodos contracetivos, promovendo escolhas conscientes, informadas e responsáveis que promovam o bem-estar e o autocuidado.		Data: 04/11/2025 Duração: 50 minutos	
Objetivos específicos: - Relembrar o processo de reprodução humana, fecundação, gestação; - Identificar os principais métodos contracetivos; - Refletir sobre vantagens e desvantagens dos métodos contracetivos; - Refletir sobre a importância do uso responsável de métodos contracetivos; - Incentivar ao diálogo aberto sobre estas temáticas, sem preconceitos e desconstruindo mitos; - Incentivar escolhas responsáveis, conscientes e informadas relacionadas com a sexualidade; - Reforçar a importância do consentimento mútuo nas relações afetivas e sexuais.			
MOMENTO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução – 2 minutos	- Saudação;		
Desenvolvimento – 45 minutos	- Métodos contracetivos: hormonais, barreira, naturais, permanentes e de emergência; - Uso responsável de contraceção para prevenção de gravidez, de IST e escolha consciente e informada; - Consentimento nas relações sexuais; - Mitos e verdades acerca de contraceção e reprodução.	Computador, Projetor multimédia, Vídeos Educativos	- Estudante MESMP - EESMP Orientadora - Adolescentes
Conclusão – 3 minutos	- Agradecimento		



PLANO DE SESSÃO 3

TEMA: "Don't Confuse Love and Abuse"		Público alvo: Adolescentes do 9º ano	
Objetivo Geral: Sensibilizar para a importância de reconhecer sinais de violência no namoro e identificar relações saudáveis, promovendo respeito, igualdade e consentimento nas relações afetivas.		Data: 11/11/2025 Duração: 50 minutos Hora: 15:45	
Objetivos específicos: - Explicar no que consiste uma relação saudável; - Sensibilizar para as diferentes formas de violência no namoro (física, psicológica e sexual); - Identificar e refletir sobre sinais de alerta de uma relação abusiva; - Refletir sobre o impacto de uma relação abusiva na saúde e bem-estar mental; - Refletir sobre a importância do consentimento mútuo nas relações afetivas; - Refletir sobre comportamentos a promover para prevenir a violência nas relações.			
MOMENTO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução – 2 minutos	- Saudação		
Desenvolvimento – 40 minutos	- Características de uma relação saudável; - Definição de violência no namoro, tipos de violência e consequências; - Sinais de alerta para relações abusivas: controle, manipulação, isolamento social; abuso verbal e humilhação; - Importância do consentimento nas relações e importância da comunicação; - Prevenção da violência; - Promoção de relações saudáveis.	Computador Projeter multimídia Vídeos Educativos	- Estudante MESMP - EESMP Orientadora - Adolescentes
Conclusão – 8 minutos	- Questionário de avaliação - Agradecimento		



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- European Network of Health Promoting Schools (ENHPS): The alliance of education and health. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/Pre2005/european-network-of-health-promoting-schools-the-alliance-of-education-and-health>
- Emoções, relações e violência, Direção Geral da Saúde, 2025. Disponível em: [SNS24 | Emoções, relações e violência](#)
- <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Preven%C3%A7%C3%A3o-da-viol%C3%A2ncia-no-namoro-em-contexto-univers.pdf>
- https://vm.apav.pt/apav_v3/images/pdf/FolhaInformativa_VNamoro_2020.pdf
- https://www.cig.gov.pt/wpcontent/uploads/2024/02/INFO_ARTHEMIS_UMAR_2024_v002_compressed.pdf
- https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/03/UNigualdade-III-Guia-de-Boas-Praticas_site.pdf
- Literacia em saúde mental. Capacitar as pessoas e as comunidades para agir. Série Monográfica Educação e investigação em Saúde. N.º 8. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Deliberação n.º 10/2003, publicada no Diário da República n.º 5 de 7 de janeiro de 2003. II.ª Série. Disponível em <http://www.dgsaude.pt/>
- Programa Nacional de Saúde Escolar, Direção-Geral da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-escolar.aspx>



Relatório da Rede de Referência de Psiquiatria da Infância e Adolescência (Documento Técnico de Suporte), edição CNSM/ACSS, 2011, acedido a 28/6/2014, página 16 e seguintes. Disponível em:

http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE_RRH_PSIQ%20IA_VERS%C3%83O_%2023%20NOV.pdf

WHO. Sexual and reproductive health. Defining sexual Health. Disponível em:

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

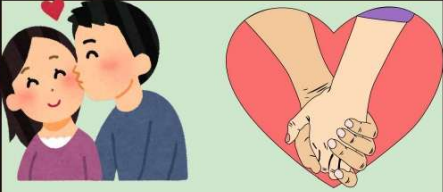
Apêndice II - Cartaz informativo “Tás a par do que é amar”



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

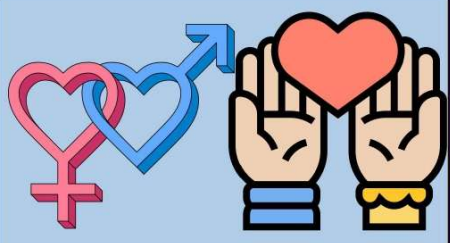
EQUALITY

Don't Confuse LOVE and ABUSE



Tás a Par sobre o que é Amar?

Projeto de Educação Para a Saúde sobre Sexualidade e Afetos em Meio Escolar



RELAÇÃO SAUDÁVEL

- Aquela na qual nos sentimos bem por ser como somos e apoiados;
- Melhoram a nossa capacidade de amarmos e sermos amados;
- Contribuem para o nosso bem estar físico e mental;

SINAIS DE ALERTA

Emocionais e Psicológicos:

- Ciúmes Excessivos;
- Necessidade de controlo;
- Pressão para dar passwords e partilhar localização;
- Isolamento de amigos e família;
- Chantagem emocional.

Comportamentais:

- Medo de contrariar o/a parceiro/a;
- Receio de dizer o que se pensa;
- Justificar atitudes agressivas do parceiro;
- Mudanças bruscas de humor ou comportamento;
- Diminuição da auto-estima.

Físicos:

- Hematomas/arranhões/marcas sem explicação convincente;
- Uso frequente de roupas que escondem o corpo;
- Evitar contato físico ou visual com o/a parceiro/a.

RELAÇÃO SAUDÁVEL

- Partilha;
- Negociação;
- Segurança;
- Respeito mútuo;
- Igualdade;
- Honestidade;
- Confiança;
- Comunicação

TIPOS DE VIOLÊNCIA NO NAMORO

- Física;
- Psicológica / emocional;
- Social;
- Económica;
- Sexual;
- Digital;
- Stalking

IMPACTO DA VIOLÊNCIA NO NAMORO:

Na Saúde Mental

- Ansiedade, tristeza profunda e depressão;
- Medo constante e dificuldade em confiar;
- Baixa autoestima e sentimento de culpa;
- Isolamento social.

Na Vida Pessoal

- Falta de concentração e baixo rendimento escolar;
- Desmotivação e abandono de atividades;
- Menor contacto com amigos e família;
- Dificuldade em manter outras relações saudáveis.

Na Saúde Física

- Lesões físicas;
- Problemas de sono e alimentação;
- Sintomas psicossomáticos (dores, enjoo, fadiga).

ONDE PROCURAR AJUDA

Linhas de Apoio Telefónico

- Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica: 800 202 148
- Linha de Apoio à Vítima (APAV): 116 005
- Número Nacional de Emergência: 112

Associações e Organizações de Apoio

- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
- AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência
- UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta
- CIG – Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

DIZER “NÃO” É PERMITIDO!

- Definir os teus próprios limites e respeitar os do outro;
- Sentires-te à vontade para dizer “não” a algo com que não te sintas confortável;
- Respeitar a autonomia e individualidade do companheiro/a;
- Respeitar, o consentimento em todas as áreas da relação.

SE DISSER NÃO À VIOLÊNCIA SOU...

Resiliente
Inteligente
Corajoso/a
oportuno/a

Referências Bibliográficas



Apêndice III - Projeto *Física “Mente”*



1

Física (Mente)

Pausas que cuidam: alongamentos e bem-estar no dia-a-dia.

Ana Rita Silva¹, Carina Freitas²,

¹-Enfermeira, em formação no Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde de Viseu
²- Enfermeira, em formação no Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde de Viseu

3-

A prevenção de lesões musculoesqueléticas e a promoção da saúde mental no trabalho devem ser abordadas em conjunto através de uma estratégia multifacetada, que inclui a adaptação dos locais de trabalho e equipamentos (ergonomia), a promoção de pausas regulares e exercícios físicos como a ginástica laboral, e a criação de um ambiente de trabalho psicologicamente saudável com uma comunicação assertiva e gestão de stress e conflitos. A participação ativa dos trabalhadores e o envolvimento da gestão são cruciais para identificar e mitigar riscos.

A actual Campanha Europeia 2020-2022 intitula-se "Locais de trabalho saudáveis: aliviar a carga", visa sensibilizar para as LMERT (Lesões musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho) e para a necessidade de as gerir e de promover uma cultura de prevenção de riscos. O nosso corpo precisa de se movimentar para funcionar bem e, por isso, é importante evitar posturas e táticas para prevenir as lesões musculoesqueléticas e outros problemas de saúde.

Tanto o volume de trabalho excessivo como a elevada intensidade de trabalho podem aumentar os níveis de stress dos trabalhadores, o que, por sua vez, pode aumentar a sua tensão muscular e a sua sensibilidade à dor. Além disso, a falta de controlo sobre as tarefas de trabalho ou sobre a forma ou o ritmo a que as tarefas são executadas, bem como a falta de apoio por parte dos colegas ou da gestão, podem também aumentar o risco de LMERT. Isto deve-se ao facto de os trabalhadores se sentirem sujeitos a uma pressão excessiva no trabalho, o que os impede de tomarem as precauções a equidade ou de adotarem práticas e posturas de trabalho seguras. Em consequência, os fatores psicossociais tornam-se fatores de risco para as LMERT.

Na Europa cerca de 50% dos trabalhadores consideram comum sofrer de stress no seu local de trabalho, identificando como principais causas a reorganização ou a insegurança laboral, as jornadas longas ou a carga de trabalho excessiva, bem como o assédio e a violência no trabalho (EU-OSHA, 2021). Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2021) os riscos psicossociais, onde o stress se insere, são o desafio emergente para os Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional, tanto ao nível da

prevenção como do tratamento, acompanhamento, reabilitação e apoio dos trabalhadores que possam vir padecer de doença mental.

A política da União Europeia reconhece que a saúde mental tem ser abordada de forma abrangente em todos os domínios de intervenção, nomeadamente a saúde mental no trabalho.

Com a abordagem certa, os riscos psicossociais podem ser prevenidos ou geridos com sucesso, independentemente da dimensão ou tipo de instituição.

A gestão dos riscos psicossociais relacionados com o trabalho constitui não só uma obrigação moral e um bom investimento para as entidades empregadoras, mas também um imperativo legal estabelecido na Diretiva-Quadro 89/391/CEE, reforçado por acordos com os parceiros sociais sobre stress no trabalho e sobre assédio e violência no trabalho.

As entidades empregadoras têm a responsabilidade legal de assegurar a avaliação e o controlo adequados dos riscos no local de trabalho. A participação dos trabalhadores neste processo é essencial para garantir uma identificação e gestão dos riscos melhor e mais eficaz. Os trabalhadores e os respetivos representantes têm uma melhor perceção dos problemas que podem ocorrer no local de trabalho, e a sua participação demonstra ser um fator de sucesso no combate contra os riscos psicossociais. (EU-OSHA, 2022)

O conceito de prática de Atividade Física no trabalho é um tema que nos últimos anos teve um crescimento exponencial em todo o mundo, países como os Estados Unidos e outros adotaram programas de pausas ativas com o objetivo de proporcionar aos seus funcionários a prática de Atividade Física durante a jornada de trabalho, apresentando bons resultados. A Atividade Física melhora as capacidades do indivíduo, aumenta a autoestima, previne riscos ocupacionais e proporciona uma experiência social positiva a quem o faz (Cáceres-Muñoz, et al., 2017).

As pausas ativas são definidas como períodos de descanso nos quais as pessoas realizam uma série de atividades e ações que lhes permitem uma mudança postural a fim de evitar o aparecimento de problemas ou distúrbios em diferentes partes do corpo, como musculares e articulares, além de reativar ou melhorar a atenção e a produção nas tarefas. É uma rotina que geralmente incorpora movimentos e alongamentos das articulações dos diferentes grupos musculares, outra técnica que costuma ser usada é a prática de exercícios respiratórios para ativar a circulação sanguínea e energia corporal prevenindo problemas causados pela fadiga física e mental, favorecendo a função cerebral e, assim, aumentando a produtividade (Martínez, et al 2011).

No âmbito do **Plano de Melhoria Para Promover o Bem-estar global dos profissionais de enfermagem** da UCC e de acordo com as orientações do Grupo institucional da Prevenção das LMERT, identificamos a importância de reforçar o projeto, Física (Mente), já implementado anteriormente, e que não se estava a realizar.

O projeto consistia na realização de momentos de pausas ativas, alongamentos e relaxamento, com duração de cerca de 5 a 10 minutos. Foram fornecidos aos profissionais um panfleto com alguns movimentos de relaxamento e um crachá com logótipo do projeto, como forma de lembrete. Verificamos que devido a fatores extrínsecos e dinâmicas de trabalho, os funcionários deixaram de realizar estas pausas, mesmo que, de uma forma individual.

Investir na saúde mental não exige necessariamente medidas complexas ou dispendiosas. A chave está na criação de uma cultura de apoio, autocuidado, na prevenção de riscos psicossociais e na capacitação das lideranças para atuarem com empatia, proximidade e eficácia.

De acordo com as competências do enfermeiro especialista em saúde mental, *"Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, grupos e comunidade na optimização da saúde mental"* (Ordem dos Enfermeiros, 2018), identificamos a necessidade de implementar novamente o projeto de pausas ativas e autocuidado, de forma a promover e proteger o bem-estar dos profissionais e a sua saúde mental.

Para reforçar o projeto, foi realizado um poster (Apêndice 1), e afixado em locais visíveis, gabinetes de enfermagem e corredores. Foi lembrado aos profissionais, de forma individual, a importância destas pausas ativas para promoção da saúde mental e prevenção das LMERT.



Física(Mente)

Pausas que Cuidam: alongamento e bem-estar no dia-a-dia.



Referencias Bibliográficas

Cáceres-Muñoz, V., Magallanes-Meneses, A., Torres-Coronel, D., Copara-Moreno, P.,

Escobar-Galindo, M., & Mayta-Tristán, P. (2017). Efecto de un programa de pausa

activa más folletos informativos en la disminución de molestias musculoesqueléticas

en trabajadores administrativos. *Revista Peruana Medicina Experimental y Salud*

Pública, 34.

<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.2848>

Direção Geral da Saúde (2021). Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores

de Risco Psicossocial no Local de Trabalho-Guia Técnico nº3/ Programa Nacional de

Saúde Ocupacional. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnso_guia3-pdf.aspx

EU-OSHA. (2021). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. *Riscos*

psicossociais e saúde mental no trabalho.

https://osha.europa.eu/sites/default/files/EC_GUIDE_STRESS_MSD_WEB.pdf

EU-OSHA. (2022). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho: *Investigação*

sobre lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho.

<https://osha.europa.eu/pt/themes/musculoskeletal-disorders/research-work-related-msds>

Martínez, X., Hernández, M., Bastias, C., Carreño, A., & Retamal, M. (2011). Active break as a changing factor in the physical activity of public officials. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37 (3), 306-313.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21419366011>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República*, 2a Série, (Anexo I), 21427 – 21430.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Apêndice IV - Plano de Formação: “Comunicação Assertiva e Gestão de Conflitos”



Plano de Sessão para Formação Interna

No âmbito do **Plano de Melhoria para Promover o Bem Estar global dos profissionais de enfermagem** da UCC, tornou-se essencial investir no desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais destes profissionais. A comunicação eficaz é um pilar fundamental no trabalho em equipa, especialmente em contextos de elevada exigência como os que caracterizam as unidades de saúde. No entanto, desafios como sobrecarga de trabalho, pressão emocional, diferenças interpessoais ou dificuldades na partilha de informação podem gerar conflitos que comprometem a coesão da equipa, a segurança do utente e a qualidade dos cuidados prestados.

Após avaliação do plano de formação interna e em colaboração, com a Enf. foram identificadas necessidades formativas sobre assertividade e gestão de conflitos

PLANO DE SESSÃO

Tema: Comunicação Assertiva e Gestão de Conflitos

Formadores: Ana Rita Silva, Carina Freitas (Alunas de MESMP da ESSV)

Duração: 50 minutos

Público-alvo: Profissionais de saúde (equipas multidisciplinares) do Centro de Saúde

Objetivo geral:

Desenvolver competências de comunicação assertiva e estratégias eficazes de gestão de conflitos no contexto das equipas de saúde.

Objetivos específicos:

- Promover a capacidade de comunicar de forma clara, respeitosa e direta;
- Desenvolver competências para prevenir, gerir e solucionar conflitos;

- Compreender de que modo o tipo de comunicação influencia a gestão de conflitos numa organização;
- Reconhecer a importância da assertividade na comunicação;
- Identificar aptidões para uma comunicação assertiva;
- Distinguir vários tipos de gestão de conflitos e suas implicações práticas;
- Refletir sobre a relação entre a gestão de conflitos e a satisfação no trabalho

Metodologia:

- Expositiva e interativa;
- Discussão orientada.

Estrutura da Sessão:

- Boas-vindas e Introdução;
- Apresentação dos formadores e dos participantes;
- Objetivos da sessão;
- Axiomas da comunicação
- Técnicas e competências da comunicação;
- Modelo da Assertividade;
- Técnicas de comunicação assertiva;
- Aptidões de comunicação assertiva;
- Comunicação na gestão de conflitos;
- Teste da Assertividade;
- Questionário de Satisfação;
- Agradecimentos.

Recursos necessários:

- Projetor e computador;
- Formulário de avaliação;
- Espaço amplo e acolhedor, com cadeiras.

Resultados esperados:

- Aumentar a consciência sobre os próprios estilos de comunicação;
- Melhorar a capacidade de lidar com situações de tensão no ambiente de trabalho;
- Fortalecer as relações interpessoais na equipa de saúde.

INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Ação de Formação
"Comunicação assertiva e Gestão de Conflitos"

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau	5. AVALIAÇÃO GLOBAL	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente	Mau
1. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO											
Interesse dos conteúdos apresentados	☐	☐	☐	☐	☐	Avalie globalmente a ação de formação	☐	☐	☐	☐	☐
Adequação dos temas aos objetivos definidos	☐	☐	☐	☐	☐						
Duração da ação de formação	☐	☐	☐	☐	☐						
2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO						6. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO "MAU"					
Instalações e condições ambientais	☐	☐	☐	☐	☐						
Equipamentos didáticos	☐	☐	☐	☐	☐						
Documentação de apoio	☐	☐	☐	☐	☐						
Cumprimento de horários	☐	☐	☐	☐	☐						
3. FORMADOR						8. QUESTÕES POR ESCLARECER					
Clareza da exposição	☐	☐	☐	☐	☐						
Domínio dos temas desenvolvidos	☐	☐	☐	☐	☐						
Capacidade para esclarecer dúvidas	☐	☐	☐	☐	☐						
Gestão do tempo disponível	☐	☐	☐	☐	☐						
4. RESULTADOS E EXPECTATIVAS						9. SUGESTÕES					
Temas abordados face às expectativas	☐	☐	☐	☐	☐						
Utilidade prática da formação	☐	☐	☐	☐	☐						

Nome (facultativo):
Email (facultativo):
 Caso tenha reportado alguma questão/sugestão e pretenda resposta direcionada agradecemos que preencha os campos de identificação

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Apêndice V - Dia da Saúde Mental



Dia Mundial da Saúde Mental - 10 de Outubro

A promoção da saúde mental e do bem-estar no contexto de trabalho tem sido progressivamente apontada como incontornável num contexto de mercado globalizado e competitivo e no qual apenas as forças de trabalho saudáveis, qualificadas e motivadas devem superar. Com efeito, vários dados demonstram que as empresas que promovem e salvaguardam a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores encontram-se entre as mais sustentáveis e competitivas. Torna-se fundamental atender adequadamente às questões relacionadas com a doença mental dos trabalhadores no sentido de desenvolver estratégias individuais e coletivas que garantam o bem-estar dos trabalhadores e o bom funcionamento das organizações.

Promover a saúde mental nos profissionais da saúde é, portanto, **um ato de cuidado coletivo**: cuidar de quem cuida é garantir um sistema de saúde mais empático, resiliente e sustentável.

Plano de Sessão

Tema: *"Cultivar o Cuidado: A Árvore da Saúde Mental"*

Duração: 60 a 90 minutos

Público-alvo: Profissionais de Saúde e colaboradores do Centro de Saúde de Penela

Objetivo geral:

Promover a reflexão e valorização da saúde mental através de uma atividade participativa, criativa e simbólica que una expressão individual e sentido coletivo.

Objetivos específicos

- Sensibilizar os participantes para a importância do cuidado com a saúde mental.
- Estimular a expressão positiva sobre emoções e bem-estar.
- Promover o sentimento de pertença e apoio mútuo através de uma criação coletiva.
- Valorizar a arte e a fotografia como meios de expressão emocional.

Materiais necessários

- Estrutura para **Photo Booth** (painel decorativo, molduras, balões, frases, etc.)
- Cartolinas / papel
- Câmara ou telemóvel para tirar as fotos
- Tronco e corda para criar a árvore.
- Tesouras, fita-cola, cola quente, marcadores coloridos
- Folhas de papel em formato de folhas de árvore
- Frases inspiradoras sobre saúde mental (opcional)

1. Acolhimento e Introdução (10–15 min)

Boas-vindas e breve explicação sobre o **Dia Mundial da Saúde Mental** e o tema escolhido do ano (ex. "Saúde mental é um direito universal").

Conversa breve sobre o que significa **cuidar da mente e cultivar o bem-estar**.

Apresentação da atividade: tirar uma foto simbólica e construir juntos uma "árvore do cuidado".

2. Photo Booth da Saúde Mental (25–30 min)

Os participantes são convidados a tirar fotos individualmente ou em grupo no espaço do *Photo Booth*, com acessórios ou frases relacionadas ao tema;

3. Construção da Árvore da Saúde Mental (20–30 min)

Construir a Árvore da Saúde Mental com o tronco e as cordas;

Cada participante coloca a sua foto na corda usando uma mola colorida;

As fotos e folhas formam a **Árvore da Saúde Mental** — um mural coletivo de bem-estar, empatia e autocuidado.

Árvore da Saúde Mental será exposta no espaço comum do centro de saúde como símbolo da força coletiva e do cuidado mútuo.

4. Reflexão e Encerramento (10–15 min)

Encerrar com uma mensagem inspiradora

*“Quem cuida dos outros também precisa ser cuidado.
A saúde mental dos profissionais de saúde é o coração do cuidado humano.”*

Bibliografia:

World Health Organization (2024). Mental health at work. Geneva: World Health Organization.



**Apêndice VI - Procedimento “Saúde Mental na gravidez: Promoção do Autocuidado e
Prevenção da DPP**

**Saúde Mental na Gravidez: Promoção do
Autocuidado e prevenção da Depressão Pós-
Parto**

Ana Rita Silva¹, Carina Freitas²

1-Enfermeira, em formação no Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde de
Visu

2- Enfermeira, em formação no Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Saúde de

Outubro de 2025

Enquadramento

Promover a Saúde Mental é potenciar o estado de equilíbrio que permite à pessoa compreender, interpretar e adaptar-se ao meio que o rodeia e estabelecer relações significativas com os outros (Ordem dos Enfermeiros, 2023). Esta assume um papel preponderante no período perinatal e revela-se essencial no que respeita à aquisição de conhecimentos e habilidades para a avaliação e distinção de

alterações psicoemocionais normais da gravidez, das alterações psicopatológicas, nomeadamente a depressão Pós-Parto, mas também à capacidade de promover a sua própria saúde mental e de estabelecer uma vinculação segura com o bebé (Direção Geral da Saúde, 2005).

Ter um filho implica uma mudança de identidade pessoal e social tal como uma reestruturação total de papéis, tarefas e comportamentos, quer a nível individual, quer ao nível da dinâmica familiar, de forma a acolher da melhor maneira possível o novo membro da família. Quando uma mãe deprime após o nascimento de um bebé, todo o sistema fica comprometido afetando não só o desenvolvimento relacional, como o bem-estar psicológico do pai e família, que se vêm confrontados com uma situação dolorosa e inesperada que põe em risco a estrutura familiar (Ordem do Enfermeiros, 2023).

Estima-se que, mundialmente, 10% das mulheres grávidas e 13% das que estão a passar por um processo de pós-parto, experienciam algum problema de saúde mental, principalmente, depressão. Em Portugal, a realidade não é diferente da dos restantes países ocidentais, com uma incidência de depressão pós-parto (DPP) entre 10% e 15% (Direção Geral da saúde, 2023)

As intervenções preventivas e ações com as mulheres e com a família podem favorecer um processo de parentalidade e

conjugalidade mais satisfatório em todo o contexto, envolvendo e capacitando a rede de apoio familiar, minimizando fatores de risco e de vulnerabilidade e fortalecendo os recursos de apoio para uma gravidez e puerpério mais saudável (Ordem do Enfermeiros, 2023).

A DPP pode surgir a qualquer momento entre as primeiras 24 horas e vários meses após o parto, pelo que pode ser considerada um problema de saúde pública, na medida em que não é só debilitante para a mulher, mas também tem um grande impacto para o bebé, outros filhos, companheiros e todas as pessoas com quem a mulher se relaciona.

Os sintomas de tristeza e melancolia observados durante a gestação são ressaltados no “baby blues”, uma condição que tem início no primeiro dia do puerpério e dura apenas algumas semanas e, na maioria dos casos, é superada sem a necessidade de ajuda psicológica. Tal condição não pode ser confundida com a DPP, mas requer alguma vigilância pois é considerado um importante fator desencadeante (World Health Organization, 2009).

”

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (EESMP) é fundamental para promoção de práticas positivas no exercício da parentalidade e a ausência desta intervenção pode incitar consequências para a criança e para a família

A avaliação da saúde mental e identificação de fatores de risco durante a gravidez permite uma intervenção precoce e adequada com o suporte necessários (Ordem do Enfermeiros, 2018).

O acompanhamento da grávida em consultas de enfermagem na comunidade é crucial para a prevenção da DPP pois permite a identificação precoce de fatores de risco, o suporte emocional às gestantes e puérperas, a promoção da saúde mental materna e a intervenção antecipada antes que os sintomas se agravem. O enfermeiro, ao criar um vínculo de confiança e oferecer um cuidado humanizado e contínuo, pode atuar de forma educativa e empática, monitorizando os sinais de alerta, planejar intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas e se necessário solicitar colaboração de outros profissionais e instituições (Ordem do Enfermeiros, 2023).

Siglas

DPP – Depressão Pós-Parto

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

OBJETIVOS:

Geral:

Integrar a intervenção do EESMP na consulta de vigilância da gravidez de baixo risco.

Específicos:

- Identificar precocemente os fatores de risco.
- Avaliar o impacto da gravidez na mãe e na família.
- Esclarecer sobre a depressão pós-parto e a sua evolução.
- Promover o autocuidado e bem-estar emocional.
- Reduzir a incidência da DPP.
- Assegurar uma adequada rede de suporte psicossocial.

Procedimento

Após a primeira consulta de vigilância na USF, a grávida é referenciada para a consulta de gravidez de baixo risco na UCC, a realizar entre as 14 e 16 semanas e 6 dias de gravidez.

Nesta consulta de enfermagem, a EESMP da UCC faz a avaliação dos fatores de risco e protetores da grávida

relativamente à saúde mental; o registro deverá ser efetuado no impresso que consta no Apêndice 1.

Deverão ser avaliados os seguintes fatores, conforme Fluxograma 1 (Apêndice 2):

1. Ideias e sentimentos da mãe e do pai acerca da gravidez e do bebê:
 - Ausência de referência ao bebê, em particular na segunda metade da gravidez, ou ausência de sentimentos afetuosos para com o bebê um mês após o parto;
 - Referências negativas relativamente à gravidez e ao bebê, por vezes, expressas com agressividade;
 - Expectativas negativas em relação ao bebê, ao parto e ao futuro.

2. Memórias da mãe em relação à sua própria infância e relação com os próprios pais ou substitutos:
 - Sentimentos de insegurança, rejeição ou abandono associados à infância; institucionalizações.
 - Dificuldades de relação com os próprios pais ou substitutos, incluindo violência;

3. Suporte Social e familiar à mãe:

- Isolamento social (mãe solteira, sem suporte da família alargada ou amigos);
- Ausência/presença de pessoas significativas;
- Relação difícil, sem suporte, conflituosa ou violenta com o companheiro ou separação/divórcio;
- Dificuldades económicas graves.

4. Depressão materna, na gravidez e pós-parto:

- Irritabilidade;
- Cansaço;
- Alterações do sono ou apetite;
- Tristeza, choro fácil;
- Pensamentos auto lesivos, suicídio ou infanticídio.

5. Fatores Protetores:

- Fatores Parentais – Consistência e fiabilidade parental;
- Fatores Comunitários – Redes de auto-ajuda e sociais; Serviços de saúde; Apoio de família e vizinhos.
- Fatores Sociais - Escolas, jardins-de-infância,

Se forem identificados fatores de risco e/ou ausência de fatores protetores, o EESMP deverá:

- Solicitar à grávida o preenchimento da Escala de Depressão de Edimburgo (EPDS) (Anexo 1);
- Integrar a grávida, companheiro e/ou pessoas significativas em programa de intervenção psicoeducativos e psicoterapêuticos;
- Se necessário comunicar ao médico de família e fazer referência para psiquiatria de Ligação.

Se não forem identificados fatores de risco, o EESMP deverá realizar nova avaliação nas próximas consultas:

- Entre as 27 e 30 semanas e 6 dias;
- Entre 36 e 38 semanas e 6 dias;
- Sempre que houver sinais de alarme visíveis, em outras consultas, conforme Fluxograma 2 (Apêndice 3).

O registo deverá ser efetuado no impresso que consta no Anexo 1.

Na consulta, entre as 36 e 38 semanas, deverá ser entregue à grávida o Plano de Ajuda de Combate à DPP (Apêndice 4) e Folheto Informativo sobre a DPP (Anexo 2), incentivando ao seu preenchimento após o nascimento do bebé.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5; 5ª ed. Artmed.
<https://www.scielo.br/j/eb/a/c9V4fxSpWPSgkxsgBmPHn5v/?format=pdf&lang=pt>
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style (7 th ed.).
<https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário Da República, 2a Série, (Anexo I), 21427 – 21430.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf

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

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervenciaopsicoterapeutica

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2023). Depressão Pós-Parto. DGS

<https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-mulher/depressao-pos-parto/>

World Health Organization. (2009). Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature. Geneva: World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563567>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira

Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. DGS.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/promocao-da-saude-mental-na-gravidez-e-primeira-infancia-manual-de-orientacao-para-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2024) Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à Parentalidade. OE

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobpadaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023) Guia Orientador de Boas Práticas: Gravidez e Adaptação à Gravidez. OE

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidez_okn.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023) Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental. OE

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30916/gobpliteraciasaudental_v3ok.pdf

Apêndice 1

Registo de Consulta de Enfermagem de Saúde Mental na
Vigilância da Gravidez

Registo de Consulta de Enfermagem de Saúde Mental na Vigilância da Gravidez

Utente: _____ Enfermeiro: _____

	14-16 S e 6 d	27-30 S e 6 d	36-38 semanas
História de Depressão			
Gravidez na Adolescência			
Dificuldade na gestão da Ansiedade			
Gravidez não desejada			
Perceção negativa da experiência de estar grávida e/ou dos efeitos colaterais da gravidez			
Significado dificultador atribuído à gravidez e/ou à chegada do recém-nascido			
Abuso/uso inadequado de substâncias			
Experiência prévia de parto traumático/resultados perinatais adversos			
Problemas de Saúde			
Falta de suporte social			
Relação conjugal conflituosa/monoparental			
Violência Doméstica			
Pobreza/poucos recursos económicos/baixo nível de escolaridade			
Fatores Protetores			

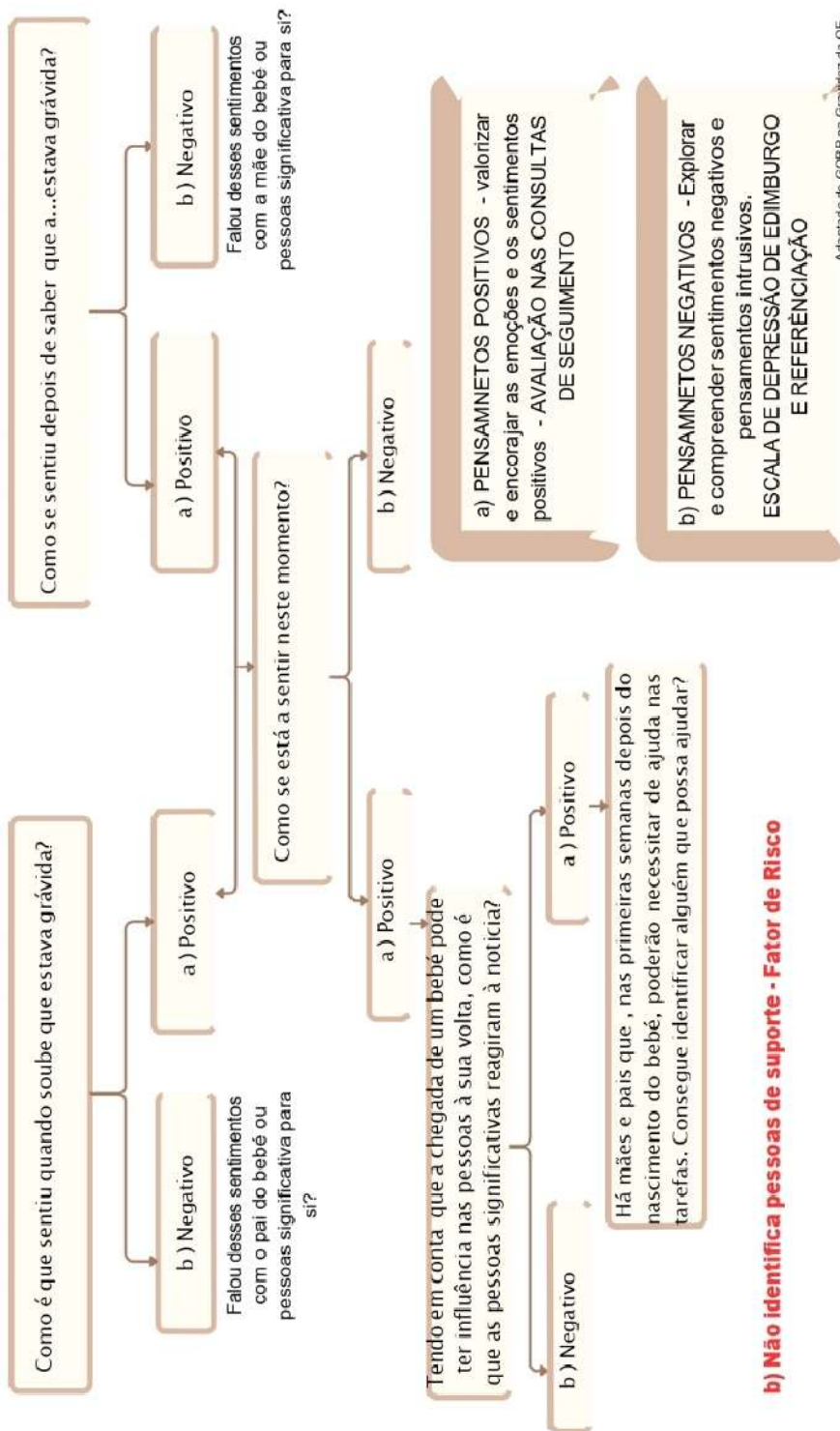
Apêndice 2 - Fluxograma 1

Avaliação da Saúde Mental na Gravidez

Primeira Consulta

AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA GRAVIDEZ

Primeira Consulta



Adaptado do GOBP na Gravidez da OE

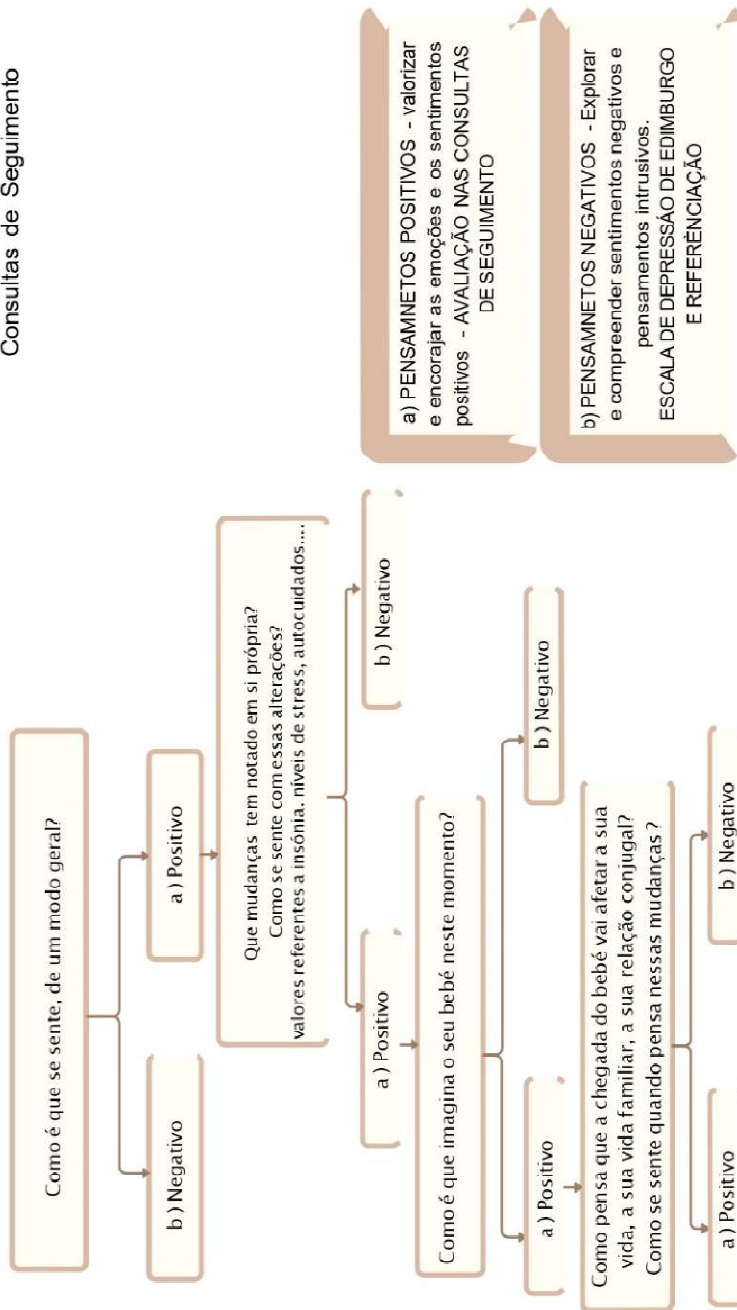
Apêndice 3 — Fluxograma 2

Avaliação da Saúde Mental na Gravidez

Consultas de Seguimento

AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA GRAVIDEZ

Consultas de Seguimento



Adaptado do GGBP na Gravidez da OE

Apêndice VII - Planos de Sessões: *Intervenção baseada em MCT- Acute de Steffen Moritz*



PLANO DE SESSÃO 0

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica com base no MCT para doentes em ambientes psiquiátricos agudos			
Título: "Apresentação do programa"		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa auto estima.	
Objetivo Geral: Promover o autocuidado; Melhorar o humor e autoestima;		Data Hora:	
Objetivos Específicos: Capacitar os indivíduos a reconhecer padrões de pensamento disfuncionais e a adotar estratégias mais eficazes para reestruturar esses pensamentos e emoções;		Duração prevista: 40 minutos	
Crítérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor depressivo; Consciençialização comprometida; Autoestima diminuída.		Crítérios de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente; Auto Controlo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Acolhimento aos utentes; Apresentação dos intervenientes; Apresentação das regras do grupo;	Cadeiras Projtor Multimédia Computador Canetas Instrumentos de avaliação e colheita de dados em suporte papel.	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	Apresentação do programa; Obtenção do consentimento informado; Preenchimento das Escalas de avaliação.		
Conclusão (10 minutos)	Feedback/ Avaliação da sessão Agradecimentos		



PLANO DE SESSÃO 1

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica com base no MCT para doentes em ambientes psiquiátricos agudos			
Título: "Empatia"		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa auto estima.	
Objetivo Geral: Promover a capacidade de compreender e respeitar as perspetivas e sentimentos dos outros,		Data: Hora:	
Objetivos Específicos: Compreender o que é empatia; Refletir sobre as informações adicionais que devemos considerar para criar empatia com alguém; Reconhecer os sentimentos de alguém, mesmo que não concorde com eles, e comunicar essa compreensão;		Duração prevista: 40 minutos	
Crítérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor depressivo; Consciençialização comprometida; Autoestima diminuída.		Crítérios de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente e Auto controlo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Saudação; Recordar as regras do grupo.	Cadeiras Projtor Multimédia Computador	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	Enumeração das emoções humanas básicas; Identificação das emoções humanas básicas através de imagens; Atribuir as emoções humanas básicas às expressões faciais; Proporcionar exemplos de que diferentes expressões faciais poderão ser atribuídas a diferentes contextos Abordar a falibilidade das primeiras impressões; Análise de sequências ambíguas, com várias pistas até à interpretação correta.		
Conclusão (10 minutos)	Feedback/ Avaliação da sessão Agradecimentos		

PLANO DE SESSÃO 2

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica com base no MCT para doentes em ambientes psiquiátricos agudos			
Título: "Atribuição de culpa ou crédito a si próprio"		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa auto estima.	
Objetivo Geral: Promover a capacidade de procurar explicações causais para um acontecimento.		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Compreender que para situações distintas podem existir diferentes explicações tendo em conta o próprio, os outros e fatores situacionais; Refletir sobre a relação entre sintomas depressivos e as várias causas atribuídas a um acontecimento; Refletir sobre casos de possíveis atribuições de culpa ou crédito em situações do quotidiano.		Duração prevista: 40 minutos	
CrITÉrios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor depressivo; Consciencialização comprometida; Autoestima diminuída.		CrITÉrios de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente e Auto controlo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Saudação; Recordar as regras do grupo.	Cadeiras Projektor Multimédia Computador	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	Apresentação de várias situações com diferentes atribuições de causa; Discutir com os utentes sobre as mesmas; Refletir sobre possíveis situações do dia-a-dia de cada um com diferentes possíveis atribuições causais; Identificar a relação entre os sintomas depressivos e as diferentes atribuições causais.		
Conclusão (10 minutos)	Feedback/ Avaliação da sessão Agradecimentos		

PLANO DE SESSÃO 3

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica com base no MCT para doentes em ambientes psiquiátricos agudos			
Título: "Humor"		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa auto estima.	
Objetivo Geral: Compreender que os pensamentos disfuncionais na psicose condicionam os estados do humor.		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Que os utentes sejam capazes de: Enumerar os principais sintomas de humor deprimido; Reconhecer vários estilos de pensamentos disfuncionais; Compreender que os pensamentos disfuncionais podem contribuir para o aparecimento de sintomatologia depressiva; Relacionar estilos de pensamentos disfuncionais com a psicose; Compreender que padrões de pensamento disfuncionais podem ser corrigidos/alterados com treino regular.		Duração prevista: 40 minutos	
CrITÉrios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor depressivo; Consciencialização comprometida; Autoestima diminuída.		CrITÉrios de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente e Auto controlo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Saudação; Recordar as regras do grupo. Breve revisão dos conteúdos das sessões anteriores.	Cadeiras Projektor Multimédia Computador	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	Enumerar sintomas de humor deprimido; Enumerar principais terapias para a depressão; Enumerar principais distorções de pensamento; Exercícios de substituição de padrões de pensamento disfuncional por outros mais realistas; Apresentação de algumas técnicas, que treinadas podem contribuir para melhorar o humor.		
Conclusão (10 minutos)	Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Feedback da sessão Agradecimentos		



PLANO DE SESSÃO 4

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica com base no MCT para doentes em ambientes psiquiátricos agudos			
Título: "Estigma"		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa auto-estima.	
Objetivo Geral: Compreender que os pensamentos disfuncionais na psicose condicionam os estados de humor.		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Que os utentes sejam capazes de: Enumerar os principais sintomas de humor deprimido; Reconhecer vários estilos de pensamentos disfuncionais; Compreender que os pensamentos disfuncionais podem contribuir para o aparecimento de sintomatologia depressiva; Relacionar estilos de pensamentos disfuncionais com a psicose; Compreender que padrões de pensamento disfuncionais podem ser corrigidos/alterados com treino regular.		Duração prevista: 40 minutos	
CrITÉRIOS de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor depressivo; Consciencialização comprometida; Autoestima diminuída.		CrITÉRIOS de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente e Auto controlo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Saudação; Recordar as regras do grupo; Breve revisão dos conteúdos das sessões anteriores.	Cadeiras Projetor Multimédia Computador	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	Enumerar sintomas de humor deprimido; Enumerar principais terapias para a depressão; Enumerar principais distorções de pensamento; Exercícios de substituição de padrões de pensamento disfuncional por outros mais realistas; Apresentação de algumas técnicas, que treinadas podem contribuir para melhorar o humor.		
Conclusão (10 minutos)	Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Feedback da sessão; Agradecimentos.		



PLANO DE SESSÃO 5

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica com base no MCT para doentes em ambientes psiquiátricos agudos			
Título: "Evitar conclusões precipitadas"		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa auto-estima.	
Objetivo Geral: Compreender que não devemos formular juízos e conclusões baseadas na primeira impressão.		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Que os utentes sejam capazes de: Compreender que a maioria das vezes tira conclusões precipitadas sem termos certezas absolutas; Compreender que não existem apenas decisões rigorosas "do tipo tudo ou nada"; Compreender que existem decisões ponderadas "de meio-termo"; Enumerar situações do seu dia-a-dia em que poderão ter tomado decisões precipitadas.		Duração prevista: 40 minutos	
CrITÉRIOS de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor depressivo; Consciencialização comprometida; Autoestima diminuída.		CrITÉRIOS de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente e Auto controlo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Saudação; Recordar as regras do grupo; Breve revisão dos conteúdos das sessões anteriores.	Cadeiras Projetor Multimédia Computador	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	Apresentação de algumas situações em que tendemos a tirar conclusões precipitadas; Discussão com os utentes sobre as mesas; Reflexão com o grupo de utentes sobre possíveis situações quotidianas em que tenham tirado conclusões precipitadas;		
Conclusão (10 minutos)	Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Feedback da sessão; Agradecimentos		



PLANO DE SESSÃO 7

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica com base no MCT para doentes em ambientes psiquiátricos agudos			
Título: "Auto-estima"		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa auto-estima.	
Objetivo Geral: Incentivar o autoconhecimento, a valorização pessoal e o desenvolvimento de estratégias positivas.		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Que os utentes sejam capazes de: Compreender o conceito de autoestima; Reconhecer fatores que influenciam a autoestima; Explorar e valorizar qualidades pessoais; Aprender estratégias para melhorar a autoestima; Promover a construção de uma imagem positiva de si mesmo.		Duração prevista: 40 minutos	
Critérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor depressivo; Consciencialização comprometida; Autoestima diminuída.		Critérios de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente e Auto controlo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Saudação; Recordar as regras do grupo; Breve revisão dos conteúdos das sessões anteriores.	Cadeiras Projektor Multimédia Computador	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	Reconhecer Qualidades pessoais; Distinguir baixa autoestima e como pode influenciar a saúde mental; Identificar experiências, pensamentos e comportamentos que afetam a percepção de valor pessoal; Perceber como a nossa linguagem corporal pode demonstrar autoconfiança; Praticar o autocuidado, o pensamento positivo e a autocompaixão.		
Conclusão (10 minutos)	Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Feedback da sessão; Agradecimentos.		



PLANO DE SESSÃO 6

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica com base no MCT para doentes em ambientes psiquiátricos agudos			
Título: "Estratégias de coping".		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa auto-estima.	
Objetivo Geral: Promover o conhecimento e o desenvolvimento de estratégias de coping que facilitem a identificar, compreender e gerir pensamentos ruminantes.		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Que os utentes sejam capazes de: Compreender o que são pensamentos ruminantes; Compreender o impacto da ruminação no humor, ansiedade e autoestima; Aprender formas de substituir pensamentos negativos por pensamentos realistas e equilibrados; Experimentar técnicas para interromper o ciclo ruminativo; Desenvolver atitudes de aceitação e autocuidado.		Duração prevista: 40 minutos	
Critérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor depressivo; Consciencialização comprometida; Autoestima diminuída.		Critérios de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente e Auto controlo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Saudação; Recordar as regras do grupo. Breve revisão dos conteúdos das sessões anteriores.	Cadeiras Projektor Multimédia Computador	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	Estimular a capacidade de focar no aqui e no agora; Reconhecer que suprimir pensamentos negativos faz com que estes persistam. Enumerar estratégias de coping usadas frequentemente e se pode ser as mais adequadas ou prejudiciais. Exercícios sobre como interromper o ciclo de pensamentos ruminantes; Perceber a importância do autocuidado.		
Conclusão (10 minutos)	Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Feedback da sessão; Agradecimentos		

Apêndice VIII - Plano de Sessões: Técnica de Mediadores expressivos



PLANO DE SESSÃO 1

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica com recurso a mediadores artístico-expressivos - Escrita expressiva			
Título: "Carta ao meu futuro eu"		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa autoestima.	
Objetivo Geral: Promover o auto-conhecimento e a esperança.		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Que os utentes sejam capazes de: - Promover a auto-consciência; - Promover a expressão de emoções através da escrita; - Promover a auto-estima e a esperança; - Estimular a reflexão sobre o percurso pessoal e projetos futuros; - Estimular a organização do pensamento.		Duração prevista: 60 minutos	
Crítérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor deprimido; Conscencialização comprometida; Autoestima diminuída.		Crítérios de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente; Autocontrolo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Acolhimento aos utentes; Explicar em que consiste a intervenção com recurso a mediador artístico expressivo; Explicar o objetivo da escrita criativa.	Cadeiras Folhas de papel, Canetas, Envelopes, Música ambiente suave.	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	O utente é convidado a escrever uma carta ao seu "eu futuro" Reforçar que podem falar em aspetos do passado, presente e futuro A carta é colocada num envelope para ser aberta futuramente.		
Conclusão (10 minutos)	A carta é colocada num envelope para ser aberta futuramente Feedback/ Avaliação da sessão com escala de faces Agradecimento		



PLANO DE SESSÃO 2

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica utilizando mediador expressivo - Colagem expressiva			
Título: "O meu mundo interior"		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa autoestima.	
Objetivo Geral: Promover o auto-consciência das emoções e a expressão emocional e cognitiva.		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Que os utentes sejam capazes de: Promover a comunicação não verbal; Estimular a relação interpessoal; Reconhecer a identificação de sentimentos e emoções; Promover a expressão do "eu"; Expressar emoções, pensamentos e sentimentos através de imagens e composição visual; Promover a consciência emocional (identificar e nomear emoções associadas à imagem); Promover a organização do pensamento.		Duração prevista: 60 minutos	
Crítérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor deprimido; Conscencialização comprometida; Autoestima diminuída.		Crítérios de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente; Autocontrolo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Saudação; Relembrar em que consiste a intervenção com recurso a mediador artístico expressivo; Explicar o objetivo da colagem e da intervenção.	Cadeiras Tesouras Colas Revistas Cartolina	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	Propor a seleção de recortes de revistas e que componha uma colagem que possa representar a seu "mundo interior"; Devem selecionar as imagens intuitivamente de acordo com o significado para cada um individualmente.		
Conclusão (10 minutos)	Partilha e reflexão sobre o significado das imagens escolhidas; Feedback/ Avaliação da sessão com escala de faces; Agradecimento.		



PLANO DE SESSÃO 3

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica utilizando mediador expressivo - Pintura expressiva			
Título: "As cores da minha emoção"		População Alvo: Utentes com perturbação ou sintomatologia depressiva e baixa autoestima.	
Objetivo Geral: Promover a auto-consciência, o autoconhecimento e a comunicação das emoções.		Data: Hora:	
Objetivos Específicos: Que os utentes sejam capazes de: Promover a comunicação não verbal; Estimular a relação interpessoal; Reconhecer a identificação de sentimentos e emoções; Expressar emoções, pensamentos e sentimentos através de imagens e composição visual; Promover a consciência emocional (identificar e nomear emoções associadas à imagem).		Duração prevista: 60 minutos	
Critérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor deprimido; Consciencialização comprometida; Autoestima diminuída.		Critérios de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente; Auto Controlo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	Saudação; Relembrar em que consiste a intervenção com recurso a mediador artístico expressivo; Explicar o objetivo da pintura e da intervenção.	Cadeiras Tintas Pincéis Papel cavalinho Música ambiente.	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento (45 minutos)	Propor ao utente que represente o seu estado emocional atual através de cores e formas livres.		
Conclusão (10 minutos)	Partilha e reflexão opcional sobre o significado da pintura efetuada e cores escolhidas; Feedback/ Avaliação da sessão com escala de faces Agradecimento		

Apêndice IX - Plano de Sessões da Respiração Diafragmática



Plano de Sessões

TEMA: Relaxamento Diafragmático			
Título: "Respirar é Recomeçar"		População Alvo: Utente com perturbação ou sintomatologia depressiva, b e m-estar comprometido e baixa autoestima	
Objetivo Geral: Promover o bem-estar.		Dia	
Objetivos Específicos: Que os utentes sejam capazes de:		Duração prevista: 20 minutos	
Crítérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor deprimido; Bem-estar comprometido; Baixa Autoestima		Crítérios de Exclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Confusão; Agitação presente; Autocontrolo de Agressividade comprometido	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	- Acolhimento do utente e breve diálogo sobre o estado atual. - Explicação do objetivo e da técnica. - Avaliação de frequência cardíaca e respiratória; - Incentivar a posição confortável (decúbito dorsal ou sentado). - Incentivar o fecho dos olhos e foco na respiração natural.	Cadeira ou colchão Música ambiente suave.	Estudantes MESMP EESMP Orientadora Utente
Desenvolvimento (10 minutos)	Treino da Respiração Diafragmática – Guião em apêndice		
Conclusão (5 minutos)	- Momentos de silêncio e observação das sensações. - Movimentos suaves para retomar a consciência corporal. - Abertura lenta dos olhos. - Breve conversa sobre a experiência - Avaliação de frequência cardíaca e respiratória;		



Guião de Respiração Diafragmática

Vamos iniciar uma breve sessão de relaxamento, centrada na respiração diafragmática. Encontre uma posição confortável — sentado(a) com as costas direitas, mas relaxadas, ou deitado(a) num espaço tranquilo.

Deixe os braços repousar suavemente ao lado do corpo ou sobre o abdómen.

Se preferir, feche os olhos e permita-se simplesmente estar aqui, neste momento.

Comece apenas por observar a sua respiração, sem tentar controlá-la.

Sinta o ar a entrar e a sair naturalmente.

Observe o movimento do corpo — o peito e o abdómen — apenas perceba como é respirar agora.

Se a mente se distrair, traga-a suavemente de volta à respiração.

Agora, coloque uma mão sobre o peito e a outra sobre o abdómen.

Inspire lentamente pelo nariz, deixando o ar encher a parte inferior dos pulmões.

Sinta o abdómen a expandir-se, como se fosse um balão a encher.

A mão no peito deve manter-se quase imóvel.

Expire devagar pela boca, sentindo o abdómen a descer e o ar a sair suavemente.

Continue a respirar desta forma, encontrando um ritmo confortável — calmo, natural, sem esforço.

Vamos agora dar um ritmo à respiração.

Inspire em quatro tempos: 1... 2... 3... 4...

Segure o ar por dois tempos: 1... 2...

E expire lentamente em seis tempos: 1... 2... 3... 4... 5... 6...

Continue neste ritmo — inspire... pausa... expire...

Sinta o corpo a ficar mais leve a cada expiração.

Se preferir, imagine que, ao inspirar, recebe calma e energia... e ao expirar, liberta qualquer tensão ou preocupação."

Mantenha a respiração suave e profunda.

A cada expiração, imagine o corpo a relaxar um pouco mais.

Sinta os ombros a descer, o pescoço a aliviar, o maxilar a soltar.

Permita que a respiração aconteça sozinha, fluida e tranquila.

Sinta o peso do corpo apoiado, seguro, estável.

Apenas respire... e esteja presente."

Comece agora a tomar consciência do espaço à sua volta.

Sinta o contacto do corpo com o chão ou a cadeira.

Lentamente, mova os dedos das mãos e dos pés.

Faça uma respiração mais profunda, e ao expirar, traga uma sensação de calma e clareza.

Quando se sentir pronto(a), abra os olhos lentamente.

Permaneça por um momento a sentir os efeitos desta respiração — leveza, calma e presença.

Leve consigo esta serenidade para o resto do seu dia.

Adaptada de Joyce-Moore (2010)

Apêndice X - Instrumento de avaliação da satisfação: *Escala de Faces*



Questionário de satisfação

Grata pela sua participação e atenção!
Como se sente no final da sessão?



Nada
Satisfeito

Pouco
Satisfeito

Satisfeito

Bastante
satisfeito

Muito
Satisfeito

Esta sessão foi:



Nada
útil

Pouco
útil

Útil

Bastante
útil

Muito
útil

Apêndice XI - Plano de Formação: “Intervenção baseada em MCT- Acute de Steffen Moritz”



Plano de Sessão para Formação em Serviço

Tema: Apresentação do programa MCT – *Acute* (em ambientes psiquiátricos agudos)

Enquadramento

O Treino Metacognitivo (Metacognitive Training – MCT) e a sua adaptação ao contexto de internamento agudo (MCT-*Acute*) constituem intervenções psicoterapêuticas estruturadas, baseadas em evidência, orientadas para a modificação de vieses cognitivos e para o reforço de competências metacognitivas em utentes com perturbações mentais graves. A integração destas intervenções na prática de enfermagem especializada em contexto agudo responde à necessidade de cuidados não farmacológicos padronizados, centrados na recuperação, no empoderamento e na redução do sofrimento emocional dos utentes.

Formadores: Ana Rita Silva, Carina Freitas (Alunas de MESMP da ESSV).

Duração: 60 minutos

Público-alvo: Equipa de Enfermagem do DPSM

Objetivo geral:

- Capacitar enfermeiros especialistas em saúde mental para compreender e aplicar, de forma crítica e estruturada, o MCT-*Acute* em contexto de internamento agudo.

Objetivos específicos:

- Explicar o conceito de metacognição.
- Descrever os fundamentos teóricos do Treino Metacognitivo e da sua adaptação ao contexto agudo (MCT-*Acute*).
- Identificar as diferenças principais entre o MCT original e o MCT-*Acute*.
- Reconhecer os principais vieses/distorções cognitivas trabalhados no MCT-*Acute* (conclusões precipitadas, atribuição, estigma, generalizações, estratégias de coping, autoestima).
- Descrever os 7 módulos do TMC-*Acute*.

- Exemplificar com um exercício relativo a cada um dos 7 módulos.
- Refletir criticamente sobre oportunidades e desafios na implementação do MCT-*Acute* no contexto de prática clínica.

Metodologia:

- Expositiva e interativa;
- Dinâmicas de grupo com exemplificação de exercícios dos módulos (empatia, atribuição, conclusões precipitadas, estratégias de coping, autoestima).

Estrutura da Sessão:

- Boas-vindas;
- Apresentação dos formadores e dos participantes;
- Objetivos;
- Conceito de metacognição, fundamentos do MCT;
- Diferenças entre MCT e MCT-*Acute*;
- Pertinência do MCT *Acute* em contextos de internamentos de agudos;
- Exercícios exemplificativos dos módulos (Empatia, Humor, Atribuição, Estigma, Conclusões precipitadas, Coping, Autoestima);
- Desafios, barreiras e estratégias de implementação;
- Avaliação da sessão e encerramento.

Recursos necessários:

- Projetor e computador;
- Formulário de avaliação;
- Espaço amplo e acolhedor, com cadeiras.

Resultados esperados:

- Aumentar a consciência sobre os próprios estilos de comunicação;
- Melhorar a capacidade de lidar com situações de tensão no ambiente de trabalho;
- Fortalecer as relações interpessoais na equipa de saúde.

Questionário de Avaliação da Sessão Treino Metacognitivo em Contexto Agudo (MCT-Acute)

Por favor, assinale a sua resposta em cada afirmação, usando a escala 1 a 5, em que:

1 – Discordo totalmente | 2 – Discordo | 3 – Nem concordo nem discordo | 4 – Concordo | 5 – Concordo totalmente

Secção / Item	1	2	3	4	5
1. Objetivos da formação					
1.1 Os objetivos da sessão foram claramente apresentados.					
1.2 Os objetivos da sessão foram alcançados.					
2. Conteúdos					
2.1 Os conteúdos foram relevantes para a minha prática como enfermeiro especialista em saúde mental.					
2.2 A sessão ajudou-me a compreender melhor o conceito de metacognição.					
2.3 A sessão ajudou-me a compreender o programa e fundamentos do TMC em contexto agudo.					
3. Metodologia e dinâmica					
3.1 A exposição teórica foi clara e bem organizada.					
3.2 Os exemplos e exercícios práticos foram úteis para compreender os conceitos.					
3.3 Houve oportunidade suficiente para colocar questões e participar.					
4. Aplicabilidade à prática clínica					
4.1 Sinto-me mais preparado(a) para reconhecer vieses cognitivos em utentes em contexto agudo.					
4.2 Sinto-me mais preparado(a) para explicar o TMC-Acute a outros profissionais.					
4.3 Sinto-me mais confiante para participar na implementação de TMC-Acute no meu serviço.					
4.4 Considero que esta abordagem pode contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados em internamento agudo.					
5. Organização da sessão					
5.1 A duração da sessão foi adequada.					
5.2 Os materiais utilizados (apresentação, exercícios, recursos visuais) foram adequados.					
6. Avaliação global					
6.1 No global, fiquei muito satisfeito com a formação.					
6.2 Recomendaria esta formação a outros EESMP.					

7. O que mais valorizou nesta sessão?

8. O que gostaria que fosse melhorado ou aprofundado?

Gratas, pela colaboração,

Ana Rita e Carina Freitas

Apêndice XII - Planos de Sessões: “Mente Positiva”



PLANOS DE SESSÕES

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica – Psicoeducação “Mente Positiva”			
Título: Compreender a Perturbação Depressiva		População Alvo: Doentes internados no Serviço de Psiquiatria do DPSM, com diagnóstico de Transtorno Depressivo.	
Objetivo Geral: Promover a literacia em Saúde Mental; Melhorar o humor, a autoestima; Incentivar o autocuidado.		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Compreender o que é a Perturbação Depressiva e a sua etiologia; Reconhecer fatores de risco e fatores protetores;		Duração prevista: 40 minutos	
Crítérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor deprimido, Autoestima comprometida, Coping Ineficaz, Conhecimento comprometido sobre a saúde, Gestão comprometida do regime terapêutico, Interação social comprometida.		Crítérios de Exclusão: Confusão; Agitação presente; Auto Controlo de Agressividade comprometido; Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave. Acuidade auditiva reduzida.	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	- Acolhimento aos utentes e familiares; - Apresentação dos intervenientes; - Explicar as normas, as condições de funcionamento da estrutura do programa e as suas finalidades.	Escala de Avaliação Escala BDI e Escala de Zarit Sala, Computador, Método expositivo e interativo	Estudantes MESMP EESMP Orientadora
Desenvolvimento (45 minutos)	- Explicar as características do Transtorno Depressivo e o processo diagnóstico; - Distinguir tristeza de depressão - Identificar os fatores que podem desencadear a depressão.		
Conclusão (10 minutos)	Feedback/ Discussão e Esclarecimento de dúvidas. Agradecimentos		



TEMA: Intervenção Psicoterapêutica – Psicoeducação “Mente Positiva”			
Título: Sintomatologia da Perturbação Depressiva		População Alvo: Doentes internados no Serviço de Psiquiatria do DPSM, com diagnóstico de Transtorno Depressivo.	
Objetivo Geral: Promover a literacia em Saúde Mental; Capacitar o doentes e familiares a reconhecer os principais sintomas da Perturbação Depressiva;		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Identificar os principais sintomas da depressão; compreender que os sintomas variam de pessoa para pessoa; Reconhecer sinais de alerta; Reduzir sentimentos de culpa e estigma associados aos sintomas;		Duração prevista: 40 minutos	
Crítérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor deprimido, Autoestima comprometida, Coping Ineficaz, Conhecimento comprometido sobre a saúde, Gestão comprometida do regime terapêutico, Interação social comprometida.		Crítérios de Exclusão: Confusão; Agitação presente; Auto Controlo de Agressividade comprometido; Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave. Acuidade auditiva reduzida.	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	- Acolhimento aos utentes e familiares; - Explicar objetivos da sessão.	Sala, Computador, Método expositivo e interativo	Estudantes MESMP EESMP Orientadora
Desenvolvimento (45 minutos)	- Explicar os sinais e sintomas; - Reconhecer sinais e sintomas da perturbação Depressiva, incluindo alterações de comportamento, emoções ou sensações que possam anteceder a uma crise e como atuar precocemente; - Avaliar o impacto da doença no indivíduo e família.		
Conclusão (10 minutos)	Feedback/ Discussão e Esclarecimento de dúvidas. Agradecimentos		



TEMA: Intervenção Psicoterapêutica – Psicoeducação "Mente Positiva "			
Título: Tratamento e Gestão do regime terapêutico		População Alvo: Doentes internados no Serviço de Psiquiatria do DPSM, com diagnóstico de Transtorno Depressivo.	
Objetivo Geral: Promover a adesão ao regime terapêutico, reforçando a importância do tratamento medicamentoso e das intervenções psicoterapêuticas na recuperação e prevenção de recaídas.		Data:	Hora:
Objetivos Específicos: Compreender a importância do regime medicamentoso; Reconhecer benefícios e possíveis efeitos secundários da terapêutica; Identificar o papel das intervenções psicoterapêuticas no tratamento; Demonstrar atitudes positivas face à adesão ao regime terapêutico; Reconhecer sinais de alerta e saber quando procurar ajuda.		Duração prevista: 40 minutos	
Crítérios de Inclusão: Diagnósticos de Enfermagem: Humor deprimido, Autoestima comprometida, Coping Ineficaz, Conhecimento comprometido sobre a saúde, Gestão comprometida do regime terapêutico, Interação social comprometida.		Crítérios de Exclusão: Confusão; Agitação presente; Auto Controlo de Agressividade comprometido; Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave. Acuidade auditiva reduzida.	
DURAÇÃO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução (5 minutos)	- Acolhimento aos utentes e familiares; - Explicar objetivos da sessão.	Sala, Computador, Método expositivo e interativo	Estudantes MESMP EESMP Orientadora
Desenvolvimento (45 minutos)	Explicar a importância da adesão (dose, horário e duração) Benefícios da medicação no controlo dos sintomas Possíveis efeitos secundários e estratégias para minimizá-los Consequências da não adesão (recaídas, reinternamentos)		
Conclusão (10 minutos)	Feedback/ Discussão e Esclarecimento de dúvidas. Agradecimentos		

Apêndice XIII - Plano de Sessão “Bons Gestores”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Psicoducção			
Título: Bons Gestores			
Objetivo Geral: Ensinar sobre gestão do regime terapêutico Capacitar os utentes sobre estratégias de gestão do regime terapêutico			
Objetivos específicos: - Promover estilos de vida saudáveis; - Estimular a autogestão no seu processo de saúde; - Capacitar os utentes com estratégias de gestão do regime terapêutico; - Incentivar competências de prevenção de recaídas; - Promover a motivação para o envolvimento do utente no processo terapêutico.		Público-Alvo: Utentes com Perturbação Psíquica e sintomatologia depressiva, com diagnóstico de enfermagem de “gestão do regime terapêutico comprometido”	Data:
		Crítérios de Exclusão: Utentes com sintomatologia psíquica acentuada que condicione a capacidade de atenção e concentração, utentes com défice cognitivo e utentes que recusem participar após motivação.	
MOMENTO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução – 5- 10 minutos	- Saudação, acolhimento e enquadramento: recordar objetivo da intervenção - Realizar dinâmica de quebra-gelo para a apresentação de participantes, se necessário - Exposição interativa da informação, com discussão e reflexão sobre a temática e partilha de opiniões: • Regime terapêutico (tratamento farmacológico e não farmacológico): ✓ Psicofármacos; ✓ Plano de consultas; ✓ Prevenção de Recadas; ✓ Sinais de alerta; ✓ Exercício físico; ✓ Alimentação Saudável; ✓ Higiene do sono; ✓ Atividades de Lazer e Sociais.	Sala com cadeiras confortáveis	Estudante MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Desenvolvimento – 20-25 minutos			
Conclusão – 10 minutos	- Recolha de feedback / avaliação da sessão com instrumento de avaliação - Agradecimento e reforço positivo pela participação		

Apêndice XIV - Plano de Sessões da intervenção de *Mindfulness*

--	--	--	--

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica baseada em Mindfulness			
Título: Atenção Plena			
Objetivo Geral: Promover uma maior consciência do momento presente e das experiências internas (pensamentos, emoções e sensações corporais), de modo a reduzir o sofrimento subjetivo e a melhorar a capacidade de lidar de forma mais adaptativa com os sintomas e situações do dia a dia.		Data:	Hora:
Objetivos específicos - Facilitar a capacidade de focar e sustentar a atenção em âncoras simples (por exemplo, respiração ou sensações corporais); - Desenvolver uma atitude de curiosidade e não julgamento face às experiências internas (pensamentos, emoções, vozes, sensações físicas); - Diminuir o sofrimento subjetivo associado à sintomatologia, promovendo estratégias de coping mais funcionais e adaptativas; - Incentivar o doente a reconhecer e nomear estados internos (emocionais e corporais), reforçando a autoconsciência e a participação ativa no seu plano terapêutico.		Público Alvo: Utentes com Perturbação Psíquica e sintomatologia depressiva e/ou com sintomas de ansiedade	
		Crterios de Exclusão: Utentes com sintomatologia psíquica acentuada que condicione a capacidade de atenção e concentração.	
MOMENTO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução – 5-10 minutos	- Saudação, acolhimento e enquadramento: recordar objetivo da sessão; - Explicar o exercício em linguagem simples e acessível: exercício simples de atenção plena ao momento presente, usando sobretudo a respiração e algumas sensações corporais como âncora. - "Vamos treinar focar na respiração e no corpo aqui e agora, e quando vierem pensamentos, vozes ou preocupações, tentamos só reparar neles e voltar à respiração, sem discutir com eles nem deixar que nos perturbem o pensamento."		
Desenvolvimento – 10-15 minutos	- Condução do exercício principal de mindfulness • Posição confortável, pés no chão, se possível feche os olhos ou olhar pousado num ponto neutro. • Focar na respiração • "Note o ar a entrar e a sair... o movimento da barriga ou do peito..." • Quando surgirem pensamentos/vozes: "Repare que apareceu um pensamento ou uma voz... pode dizer interiormente 'pensamento' ou 'voz'... e depois voltar de novo à respiração." • Introduzir brevemente o corpo. • "Sinta o contacto dos pés com o chão, o peso do corpo na cadeira, a temperatura do ar na pele." • Manter o ciclo "notar – nomear – voltar à âncora" durante todo o exercício. - Manter orientações curtas, pausadas e concretas, reforçando a ideia de notar o que surge e regressar ao foco sempre que a mente "fog".	Sala com cadeiras confortáveis	Estudante MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Conclusão – 10 minutos	- Reorientar: pedir 2-3 respirações mais profundas, mexer mãos e pés, abrir os olhos. - Perguntar, de forma aberta: "Como foi para si prestar atenção desta maneira à respiração e ao corpo?" - Sugerir generalização: "Se quiser, pode usar este exercício durante o dia, por exemplo quando sentir mais ansiedade ou agitação: parar um pouco, notar a respiração e o corpo, e deixar passar os pensamentos como se fossem nuvens." - Recolha de feedback / avaliação da sessão com escala de faces - Agradecimento e reforço positivo pela participação		

--	--	--	--

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Intervenção Psicoterapêutica baseada em Mindfulness			
Título: Body Scan			
Objetivo Geral: Promover a consciência corporal e a autorregulação através de um exercício breve de body scan, favorecendo uma relação mais flexível com sensações físicas, emoções e sintomas psicopatológicos		Data:2026	Hora:
Objetivos específicos - Facilitar a capacidade de focar e sustentar a atenção em sensações corporais simples (pés, mãos, ombros); - Estimular uma atitude de curiosidade e não julgamento em relação às sensações e pensamentos que surgem durante o exercício; - Reduzir a ativação fisiológica e a percepção de tensão corporal em contexto agudo, aumentando a sensação subjetiva de segurança.		Público Alvo: Utentes com Perturbação Psíquica e sintomatologia depressiva e/ou com sintomas de ansiedade	
		Crterios de Exclusão: Utentes com sintomatologia psíquica acentuada que condicione a capacidade de atenção e concentração.	
MOMENTO	CONTEÚDO/ATIVIDADE	RECURSOS MATERIAIS	RECURSOS HUMANOS
Introdução – 5-10 minutos	- Saudação, acolhimento e enquadramento: recordar objetivo da sessão; - Explicar o exercício em linguagem simples e acessível. - "Hoje vamos experimentar um exercício chamado body scan. Consiste em dirigir a atenção, de forma sistemática e curiosa, a diferentes partes do corpo, notando sensações físicas momento a momento. O objetivo não é 'desligar' ou eliminar pensamentos e emoções, mas treinar a capacidade de observar o que acontece no corpo e na mente com mais distância e menos reação automática, algo que tem mostrado benefícios na redução de impulsividade, agitação e sofrimento associado aos sintomas."		
Desenvolvimento – 10-15 minutos	- Condução do exercício principal de mindfulness: Posição: Utentes sentados, com os pés a tocar no chão, opção de olhos fechados ou abertos focados num ponto neutro. - Concentrar na respiração por 1-2 minutos, focados no ar a entrar e sair, sem forçar relaxamento. - Foco sucessivo em: pés e pernas → mãos e braços → ombros e pescoço → rosto → corpo como um todo, usando linguagem simples e permissiva ("note", "repare", "não precisa mudar nada"). - Reforçar frequentemente que qualquer sensação é aceitável e que, em caso de desconforto, podem abrir os olhos, mexer-se e voltar aos pés e à respiração.	Sala com cadeiras confortáveis, música suave	Estudante MESMP EESMP Orientadora Grupo de Utentes
Conclusão – 10 minutos	- Reorientação gradual: convidar a notar a sala, sons, luz, mexer mãos e pés, abrir lentamente os olhos. - Breve partilha opcional: cada participante é convidado a dizer numa frase "o que notou no corpo" ou "o que foi mais fácil/difícil" - Recolha de feedback / avaliação da sessão com escala de faces - Agradecimento e reforço positivo pela participação		

Apêndice XV - Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

Carina Sofia da Costa Freitas, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Saúde de Viseu, solicita a sua colaboração na colheita de dados pessoais e de saúde com o objetivo de realizar um estudo de caso.

Os dados recolhidos são de extrema importância, particularmente para compreender em que medida as sessões adaptadas do Treino Metacognitivo podem ter impacto no estado emocional (Humor depressivo), bem-estar e autoestima.

Informa-se que a recolha destes dados se remete apenas para uso académico e, comprometo-me a garantir, o anonimato e a confidencialidade de todas as respostas e prestar todos os esclarecimentos necessários relacionados com o estudo em questão.

Eu, _____, declaro que, como participante deste trabalho recebi a informação necessária, fiquei esclarecido e aceito participar voluntariamente no estudo.

Penela, _____, de _____ de 2025

Assinatura _____

Grata pela sua participação

Apêndice XVI - Questionário Sociodemográfico

89

Guião de entrevista

Dados de identificação utente
Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____
Habilitações Literárias: _____
Profissão: _____
Pessoa(s) de Referência: _____

Contexto familiar

Genograma

91

Comorbidades: _____
(Cardiovasculares/Digestivas/Respiratórias/Hepáticas/Endocrinas/Diabetes/...)

Cirurgias anteriores: _____

História Psiquiátrica

História psiquiátrica prévia

Internamentos psiquiátricos anteriores

Seguimento atual antes do internamento

Outras:

90

Ecomapa

Motivo de Internamento e forma de referênciação

Antecedentes Pessoais

Tipo de Parto: _____
Alergias: _____

92

Avaliação do Estado Mental

Descrição geral e de contato

- ☐ Adequado/Superficial/Exuberante /Difícil/Negativista/Hostil/ Indiferente
☐ Contato visual
☐ Envolvimento emocional
☐ Espontaneidade das respostas

Estado de consciência

- ☐ Hipervigília:
☐ Vigília normal
☐ Sonolência

Orientação

Tempo: _____
Espaço: _____
Autopsiquica: _____

Atenção/Concentração

- ☐ Seletiva
☐ Sustentada
☐ Dividida
☐ Alternada
☐ Distractibilidade

Memória
Conteúdo ☐ Declarativa ☐ Não declarativa
Duração ☐ Imediata ☐ Recente ☐ Remota
Pensamento
Curso ☐ Lentificado /Acelerado ☐ Fuga ideias ☐ Boqueio pensamento ☐ Preservação ☐ Circunstancialidade ☐ Tangencialidade
Forma ☐ Pensamento. Transitório ☐ Pensamento Desagregado ☐ Pensamento saltatório
Conteúdo Delírio ☐ Grandeza ☐ Perseguição

☐ Auto-referenciais ☐ Erotomaniacos ☐ Culpa	☐ Ruína ☐ Místico
Posse ☐ Alienação do pensamento ☐ Inserção ☐ Roubo	
☐ Divulgação ☐ Pressão do pensamento	

Percepção
• Distorções sensoriais • Erros sensoriais
☐ Ilusões ☐ Alucinações ☐ Auditivas ☐ Visuais ☐ Olfativas ☐ Gustativas ☐ Táteis ☐ Somáticas

Humor
☐ Eutímico ☐ Disfórico ☐ Eufórico ☐ Lábil
Instinto de Conservação
☐ Suicídio ☐ Comportamentos auto-lesivos

Emoções
☐ Ansiedade ☐ Hostilidade ☐ Excitação ☐ Déficit no contro de impulsos

Linguagem

(Fluência/Velocidade/Coerência/Conteúdo)
Afetividade
☐ Embotamento afetivo ☐ Passividade Emocional ☐ Diminuição da interação social/apatia

Insight _____
Julgamento _____
Mecanismos de coping _____
Motricidade
☐ Agitado/Hiperativo/Inquieto ☐ Lentificado ☐ Apático
Postura ☐ Expansiva ☐ Tensa/Frídica ☐ Estereotípicas motoras
Expressão facial ☐ Expressivo ☐ Alegre/Triste ☐ Perplexo ☐ Atemorizado
Percepção face à doença
Nome da doença: _____
Causa: _____
Manifestações da doença/alterações do comportamento identificadas pelos familiares: • Fatores de agravamento (o que parece piorar as coisas?) • Fatores de melhoria (o que parece ajudar?) • Prognóstico (o que pensa que irá passar-se com o problema?)

Aceitação do regime medicamentoso

Sabe quais são os medicamentos?

- ☐ Benefícios
- ☐ Efeitos secundários
- ☐ História de adesão

Coping e sobrecarga

- Principais dificuldades relacionada com a doença
- Formas de lidar com as dificuldades (como é que lida com os problemas?)
- Quando está em crise, quem vai às compras ou toma conta da casa?)
- Grau de sobrecarga (deixou de trabalhar, de fazer alguma coisa que gosta?)
- Avaliação dos reforços (pessoas de referência)
- Expetativas em relação ao futuro

Anexos

**Anexo 1 - Certificados de Participação em congressos, Seminários e Jornadas, publicações
em formato de póster e comunicações livres; formação profissional**



CERTIFICADO

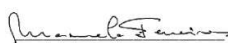
Certifica-se que **Carina Sofia da Costa Freitas** participou no "**I Congresso Internacional – Investigação, formação e práticas em cuidados de saúde: A formar profissionais de excelência**", organizado no âmbito das comemorações dos 50 anos da Escola Superior de Saúde de Viseu, que se realizou presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom, nos dias 7 e 8 de outubro de 2024, entre as 9:00 e as 17:00 horas.

Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

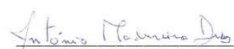
Total de horas de formação: 14 (catorze) horas

Viseu, 28 de outubro de 2024

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Prof. Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Prof. Doutor António Madureira Dias



DIPLOMA

Certifica-se que o(a) Exmo(a) Senhor(a)

CARINA SOFIA FREITAS

Participou nas **12as Jornadas sobre Comportamentos Suicidários** realizadas nos dias 10 e 11 de Outubro de 2024, no Grande Hotel do Luso, Luso, 11 de Outubro de 2024

Pe'l'A Comissão Organizadora

Nuno Madeira
Dr. Nuno Madeira

APOIO CIENTÍFICO



Diploma



Certifica-se que o(a) Exmo(a) Senhor(a),

CARINA SOFIA FREITAS

Participou no **I Congresso de Psiquiatria Forense**, organizado pelo Serviço de Psiquiatria Forense do CRI de Psiquiatria da ULS Coimbra, realizado nos dias 21 e 22 de Novembro de 2024, na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel – Condeixa-a-Nova.

Pe'l'A Comissão Organizadora,

Emanuel Baptista
Emanuel Baptista



CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Rita Silva** apresentou o Poster com o título **“Capacitando famílias: uma ferramenta inovadora para comunicação e gestão de emoções em saúde mental”** dos Autores **Silva, A., Freitas, C., Bento, A., Pinto, L., Coelho, T., Campos, S.** no **II Congresso Internacional A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar**, organizado pelos Docentes e Discentes da 1.ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária – área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde de Viseu em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santarém, que se realizou de modo híbrido, presencialmente no Auditório Carlos Pereira da Escola Superior de Saúde de Viseu e on-line na plataforma colibri/zoom no dia 31 de janeiro de 2025.

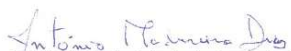
Idoneidade conferida pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Viseu, 07 de fevereiro de 2025

A Presidente da
Escola Superior de Saúde de Viseu,


Professora Doutora Manuela Ferreira

O Presidente do
Conselho Técnico-Científico,


Professor Doutor António Madureira Dias

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que CARINA FREITAS,
participou no **Seminário Internacional “Cuidar com os Sentidos: A importância dos Ambientes Multissensoriais”**, promovido pela Fundação Dr. José Lourenço Júnior, que decorreu no dia 13 de fevereiro de 2025, das 9.30h às 16.30h, no Auditório Municipal de Pombal.


Fundação Dr. José Lourenço Júnior



PROMOTOR:



APOIO:



27/07/25, 19:40

Qualtrics Survey | Qualtrics Experience Management



Department of Psychiatry and Psychotherapy
Academy for Education and Careers

CERTIFICATE OF COMPLETION

Metacognitive Training (MCT) for Psychosis

Carina Sofia Costa Freitas

has successfully completed the e-training program Metacognitive Training (MCT) for Psychosis.

The following topics were covered in 10 modules with numerous interactive exercises and video demonstrations:

Empirical Findings on the MCT | Theoretical Background of the MCT
Cognitive Distortions in Psychosis | Frequent Comorbid Disorders in Psychosis and their Treatment
Instructions and Implementation of the MCT | Dealing with Potentially Difficult Situations During the MCT

Thank you very much for your voluntary donation, which helps fund our research.



Prof. Dr. Steffen Moritz
Head of the Neuropsychology Research Unit

27/07/2025



Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Carina Sofia Costa Freitas

frequentou o XVI Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema "Intervenções Psicoterapêuticas", realizado de 15 a 17 de outubro de 2025, em Santarém, Portugal, com a duração de 24 (vinte e quatro) horas.

Porto, 17 de outubro de 2025

P'la Comissão Científica

Carla Sampaio

O Presidente do Congresso

[Assinatura]



A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspesm.org



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que

Carina Sofia Costa Freitas

esteve presente no **IX Congresso Nacional / II Congresso Transfronteiriço de Patologia Dual e Aditiva**, que decorreu nos dias 17 e 18 de outubro de 2025 no Centro de Congressos da Câmara Municipal de Portalegre.

[Assinatura]

Dr.ª Maria Antónia Mateus
Presidente da Associação Portuguesa de Patologia Dual







Anexo 2 - MMSE

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
 Em que distrito vive? _____
 Em que terra vive? _____
 Em que casa estamos? _____
 Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
 Gato _____
 Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
 Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita_____

Dobra ao meio_____

Coloca onde deve_____

Nota:_____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos_____

Nota:_____

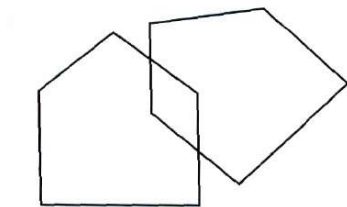
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:_____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota:_____

TOTAL(Máximo 30 pontos):_____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo 3 – RSES

Escala de Auto-estima de Rosenberg

(Validado por Santos & Maia, 2003)

Nome: _____ Idade: _____

Este é um questionário pequeno ao qual lhe vou pedir que responda. Por favor, leia calmamente cada frase. Peça-lhe que me dê a resposta que mais se assemelha à opinião que tem de si próprio para cada um das frases, assinalando, para isso, o quadro correspondente.

LEIA CALMAMENTE CADA FRASE ANTES DE FAZER A SUA ESCOLHA

	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
1.No geral, estou satisfeito comigo próprio				
2.Às vezes penso que não valho nada.				
3.Sinto que tenho certas qualidades positivas.				
4.Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas				
5.Sinto que não tenho muito de que me orgulhe.				
6.Às vezes sinto-me mesmo inútil.				
7.Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras pessoas.				
8.Desejava ter mais respeito por mim próprio.				
9.Em tudo o que faço, tendo a sentir que sou um falhanço.				
10.Tenho uma atitude positiva para comigo.				

AVALIAÇÃO: _____ DATA: _____

ENFERMEIRO _____

Status da Escala de Auto-estima de Rosenberg

30-40 Pontos = Auto-estima elevada, considerada como um nível de auto-estima normal.

26-29 Pontos = Auto-estima moderada. Este nível indica que não há problema de auto-estima grave mas que deverá ser melhorada.

Menos de 25Pontos = Auto-estima baixa. Indica que há problemas de auto-estima significativos.

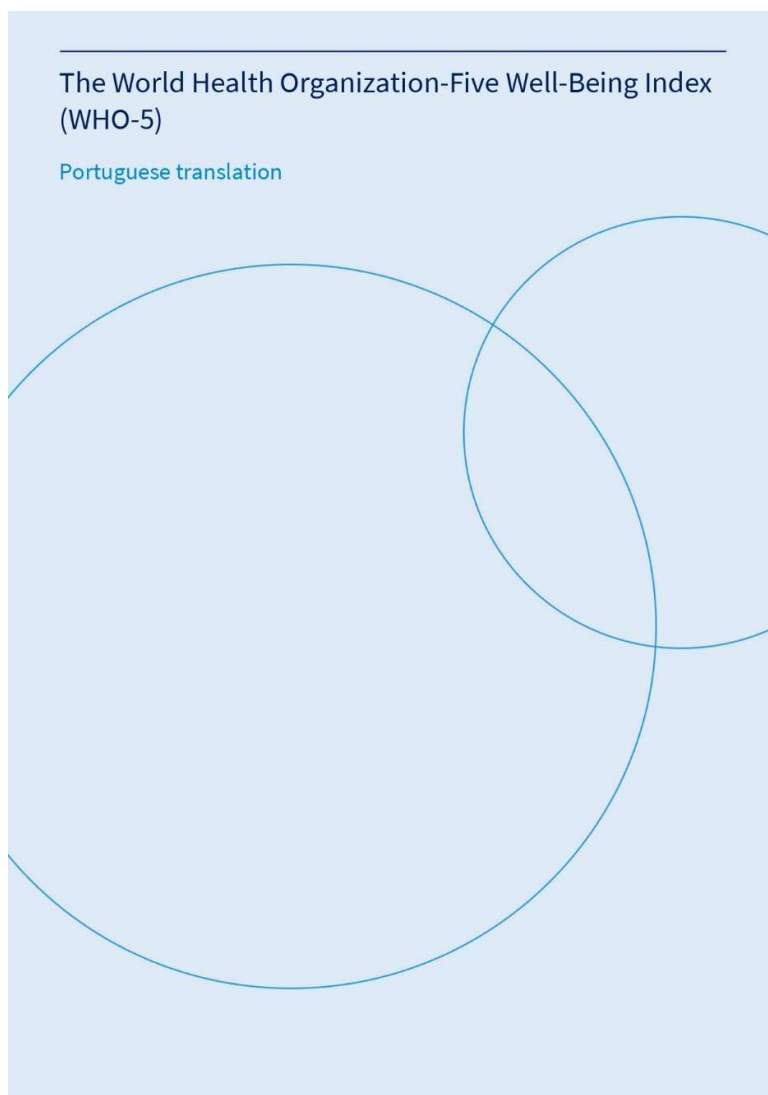
GRELHA DE CORRECÇÃO:

	CONCORDO BASTANTE	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO BASTANTE
Questão1	4	3	2	1
Questão2	1	2	3	4
Questão3	4	3	2	1
Questão4	4	3	2	1
Questão5	1	2	3	4
Questão6	1	2	3	4
Questão7	4	3	2	1
Questão8	1	2	3	4
Questão9	1	2	3	4
Questão10	4	3	2	1

Anexo 4 - WHO-5

**The World Health Organization-Five Well-Being Index
(WHO-5)**

Portuguese translation



The WHO-5 was developed during the 1990s by the late Per Bech of the Psychiatric Centre North Zealand (Copenhagen, Denmark), which hosted a WHO Collaborating Centre for Mental Health. The WHO-5 was derived from other scales and studies by the WHO Regional Office in Europe [1][2]. It has been translated, tested and used in a wide range of languages and settings across the globe [3].

In 2024 the Psychiatric Centre North Zealand and WHO agreed to assign copyright in the WHO-5 to WHO, thereby creating the opportunity to publish and disseminate the tool as a WHO open access product.

The translation displayed on the next page was completed before WHO accepted copyright of the English version in 2024. The translation was published on the website of the Psychiatric Centre North Zealand (Copenhagen, Denmark). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the English version shall be the binding and authentic version.

Psychiatric Research Unit

Mental Health Centre North Zealand

Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998

Indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como se tem sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar.

Exemplo: Se ao longo das últimas duas semanas se sentiu alegre e bem disposto/a durante mais de metade do tempo, coloque uma cruz no quadrado com o número 3

	<i>Durante as últimas duas semanas</i>	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais de metade do tempo	Menos de metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
1	Senti-me alegre e bem disposto/a	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
2	Senti-me calmo/a e tranquilo/a	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
3	Senti-me activo/a e enérgico/a	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
4	Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
5	O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0

Pontuação:

A pontuação bruta é calculada pela soma dos valores das cinco respostas. Pode ter valores de 0 a 25, em que 0 representa a pior e 25 a melhor qualidade de vida possível.

Para se obter uma pontuação sob a forma de percentagem, multiplica-se a pontuação bruta por 4. Em valores percentuais, 0 representa a pior e 100 representa a melhor qualidade de vida possível.

Interpretação:

Recomenda-se a aplicação do Inventário para a Depressão Major (CID-10), se a pontuação bruta for inferior a '13', ou se o doente respondeu '0' ou '1' a qualquer um dos 5 itens. Uma pontuação inferior a 13 revela um fraco bem-estar, constituindo indicação para testar a depressão de acordo com a CID-10.

Monitorização de alterações:

O valor percentual é utilizado para monitorizar possíveis alterações no bem-estar. Uma variação de 10% indica uma alteração significativa. (ref. John Ware, 1995).

Anexo 5 - BDI – II

Validado por Oliveira-Brochado, F.
(2013)

POR FAVOR LEIA CUIDADOSAMENTE CADA GRUPO DE AFIRMAÇÕES ABAIXO E ESCOLHA EM CADA UM A **FRASE QUE MELHOR DESCREVE COMO SE TEM SENTIDO DURANTE AS PASSADAS DUAS SEMANAS, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. PODERÃO HAVER VÁRIAS FRASES NO MESMO GRUPO QUE LHE PAREÇAM ADEQUADAS – NO ENTANTO, **ESCOLHA APENAS UMA** EM CADA GRUPO. **(assinale uma cruz em cada grupo)**

1. Tristeza

- ☐ Não me sinto triste.
- ☐ Sinto-me triste muitas vezes.
- ☐ Sinto-me sempre triste.
- ☐ Estou tão triste ou infeliz que já não aguento.

3. Fracassos Passados

- ☐ Não me considero uma falhada.
- ☐ Fracassei mais vezes do que deveria.
- ☐ Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.
- ☐ Sinto-me completamente falhada como pessoa.

5. Sentimentos de Culpa

- ☐ Não me sinto particularmente culpada.
- ☐ Sinto-me culpada por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.
- ☐ Sinto-me bastante culpada a maioria das vezes.
- ☐ Sinto-me culpada durante o tempo todo.

7. Auto-Depreciação

- ☐ Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.
- ☐ Perdi confiança em mim própria.
- ☐ Estou desapontada comigo mesmo.
- ☐ Eu não gosto de mim.

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- ☐ Não tenho qualquer ideia de me matar.
- ☐ Tenho ideias de me matar, mas não as levarei a cabo.
- ☐ Gostaria de me matar.
- ☐ Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

2. Pessimismo

- ☐ Não me sinto desencorajada em relação ao futuro.
- ☐ Sinto-me mais desencorajada em relação ao futuro do que antes.
- ☐ Já não espero que os meus problemas se resolvam.
- ☐ Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar.

4. Perda de Prazer

- ☐ Tenho tanto prazer como antes com as coisas que gosto.
- ☐ Eu não gosto tanto das coisas como costumava.
- ☐ Tenho pouco prazer com as coisas que costumava gostar.
- ☐ Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.

6. Sentimentos de Punição

- ☐ Não sinto que esteja a ser castigada.
- ☐ Sinto que posso vir a ser castigada.
- ☐ Acho que vou ser castigada.
- ☐ Sinto que estou a ser castigada.

8. Auto-Criticismo

- ☐ Não me critico mais do que o habitual.
- ☐ Critico-me mais do que costumava.
- ☐ Critico-me por todas as minhas falhas.
- ☐ Culpo-me de tudo o que de mal me acontece.

10. Choro

- ☐ Não choro mais do que costumava.
- ☐ Choro mais do que costumava.
- ☐ Choro por tudo e por nada.
- ☐ Apelece-me chorar, mas já não consigo.

11. Agitação

- ☐ Não me sinto mais inquieta do que o habitual.
- ☐ Sinto-me mais inquieta do que o habitual.
- ☐ Estou tão agitada que é difícil parar quieta.
- ☐ Estou tão agitada que tenho de me manter a fazer algo.

13. Indecisão

- ☐ Tomo decisões como sempre o fiz.
- ☐ Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- ☐ É muito mais difícil tomar decisões do que antigamente.
- ☐ Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

15. Perda de Energia

- ☐ Tenho a mesma energia de sempre.
- ☐ Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- ☐ Não me sinto com energia para muitas coisas.
- ☐ Não me sinto com energia para nada.

17. Irritabilidade

- ☐ Não estou mais irritável do que o normal.
- ☐ Estou mais irritável do que o habitual.
- ☐ Estou muito mais irritável do que o habitual.
- ☐ Estou irritável o tempo todo.

19. Dificuldades de concentração

- ☐ Concentro-me tão bem como antes.
- ☐ Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- ☐ É difícil pensar em qualquer coisa por muito tempo.
- ☐ Acho que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- ☐ Não me sinto mais cansada que o habitual.
- ☐ Canso-me mais facilmente que o costume.
- ☐ Estou demasiado cansada para fazer as coisas do costume.
- ☐ Estou demasiado cansada para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

12. Perda de Interesse

- ☐ Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas actividades.
- ☐ Estou menos interessado nas coisas ou nos outros.
- ☐ Perdi a maioria do interesse nas coisas ou nos outros.
- ☐ É difícil interessar-me pelo que quer que seja.

14. Sentimentos de inutilidade

- ☐ Não me considero incapaz / inútil.
- ☐ Não me considero tão válida e útil como costumava.
- ☐ Sinto-me mais inútil do que as outras pessoas.
- ☐ Sinto-me completamente inútil.

16. Alterações no Padrão de Sono

- ☐ Não notei qualquer mudança no meu sono.
- ☐ Durmo um pouco mais que o habitual.
- ☐ Durmo um pouco menos que o habitual.
- ☐ Durmo muito mais que o habitual.
- ☐ Durmo muito menos que o habitual.
- ☐ Durmo a maior parte do tempo durante o dia.
- ☐ Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

18. Alterações no Apetite

- ☐ Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- ☐ Tenho um pouco menos de apetite do que o habitual.
- ☐ Tenho um pouco mais de apetite do que o habitual.
- ☐ O meu apetite é muito menor do que o normal.
- ☐ O meu apetite é muito maior do que o normal.
- ☐ Perdi por completo o apetite.
- ☐ Anseio por comida o tempo todo.

21. Perda de Interesse Sexual

- ☐ Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.
- ☐ Sinto-me menos interessada sexualmente do que o costume.
- ☐ Sinto-me muito menos interessada pela vida sexual.
- ☐ Perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.

BDI – II**Score de avaliação:**

- 0-12 – Ausência de Depressão;
- 12-18 – Depressão Leve;
- 18-24 – Depressão média ou moderada;
- Mais de 24 – Depressão Grave.

Anexo 6 - HAM-A

Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton

Categoria I – Ansiedade Psíquica	Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Frequente 3	Muito frequente 4
Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.)					
Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação)					
Medos (De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc.)					
Insónia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, pesadelos, terrores nocturnos, etc.)					
Dificuldades intelectuais (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.)					
Humor depressivo (Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.)					
Categoria II – Ansiedade Somática					
Sintomas musculares (Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, etc.)					
Sintomas sensoriais (Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formiguelo, câibras, dormências, sensações auditivas de tinnitos, zumbidos, etc.)					
Sintomas cardiovasculares (Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, vertigens, batimentos irregulares, etc.)					
Sintomas respiratórios (Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia, etc.)					
Sintomas genito-urinários (Polaquiúria, urgência miccional, amenorreia, menorragia, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.)					
Sintomas do sistema nervoso autónomo (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonturas, etc.)					
TOTAL.....XX					

Resultados:

- <12: ansiedade normal;
- >12 e <18: reacção patológica ligeira;
- >18 e <25: ansiedade patológica moderada;
- >25: ansiedade patológica grave.

Anexo 7 - MCQ-30

MCQ - 30

(Cartwright- Hatton, S. & Wells, A., 1997)

(Tradução e adaptação de Dinis, A. & Pinto Gouveia, J., 2005)

Instruções:

Este questionário tem como objectivo compreender as crenças ou suposições que as pessoas têm acerca do seu pensamento. De seguida apresentamos uma lista de crenças que as pessoas podem apresentar em relação aos seus pensamentos. Por favor responda a todos os itens. Não existem respostas correctas ou erradas. Para cada item coloque um círculo no número que corresponde ao seu grau de concordância.

	Discordo	Concordo, mas pouco	Concordo moderada mente	Concordo Muito
1. Preocupar-me ajuda-me a evitar problemas no futuro.	1	2	3	4
2. Preocupar-me é perigoso para mim.	1	2	3	4
3. Penso muito sobre os meus próprios pensamentos.	1	2	3	4
4. Poderei ficar doente por me preocupar.	1	2	3	4
5. Sei como é que a minha cabeça funciona quando estou a pensar num problema.	1	2	3	4
6. Se eu não controlar um pensamento preocupante, e se ocorrer realmente alguma coisa, será por minha culpa.	1	2	3	4
7. Preciso de me preocupar para permanecer organizado (a).	1	2	3	4
8. Tenho pouca confiança na minha memória para palavras e nomes.	1	2	3	4
9. Os meus pensamentos preocupantes persistem, independentemente de tudo aquilo que eu faça para lhes por fim.	1	2	3	4
10. Preocupar-me ajuda-me a organizar o meu pensamento.	1	2	3	4
11. Não consigo ignorar os meus pensamentos preocupantes.	1	2	3	4
12. Vigio os meus pensamentos.	1	2	3	4
13. Devo ter sempre controlo sobre os meus pensamentos.	1	2	3	4
14. Por vezes a minha memória prega-me partidas.	1	2	3	4
15. Preocupar-me pode conduzir-me à loucura.	1	2	3	4
16. Estou sempre atento (a) ao meu pensamento.	1	2	3	4
17. Tenho uma memória fraca.	1	2	3	4
18. Presto uma grande atenção ao modo como a minha mente funciona.	1	2	3	4
19. Preocupar-me ajuda-me a lidar com as situações.	1	2	3	4

	Discordo	Concordo, mas pouco	Concordo moderada mente	Concordo Muito
20. Não ser capaz de controlar os próprios pensamentos é sinal de fraqueza.	1	2	3	4
21. Quando começo a preocupar-me não consigo parar.	1	2	3	4
22. Serei castigado (a) por não controlar certos pensamentos.	1	2	3	4
23. Preocupar-me ajuda-me a resolver problemas.	1	2	3	4
24. Confio pouco na minha memória de lugares.	1	2	3	4
25. É mau ter certos pensamentos.	1	2	3	4
26. Não confio na minha memória.				
27. Se não fosse capaz de controlar os meus pensamentos não funcionaria.	1	2	3	4
28. Preciso de me preocupar para trabalhar bem (com eficácia).	1	2	3	4
29. Tenho pouca confiança na minha memória daquilo que fiz.	1	2	3	4
30. Examino constantemente os meus pensamentos.	1	2	3	4

Por favor, certifique-se de que respondeu a todos os itens. Obrigado.

Anexo 8 - APGAR Familiar

Escala de Apgar Familiar

(Versão Adaptada para a População Portuguesa)

A Escala de Apgar Familiar é um instrumento psicossocial que avalia a funcionalidade e o apoio familiar percebido por um membro da família.

Desenvolvida por Smilkstein (1978) e adaptada para a população portuguesa por Augusto & Rebelo . (1988)

Instruções: Para cada uma das seguintes questões, assinale a resposta que melhor descreve a sua família.

0 = Quase nunca 1 = Algumas vezes 2= Quase sempre

Dimensão	Pergunta	0	1	2
Adaptabilidade	Quando surge um problema na sua família, é capaz de conversar sobre isso e encontrar uma solução?	x		
Parceria/cooperação	Está satisfeito(a) como a forma como a sua família fala sobre as coisas e partilha responsabilidades?	x		
Crescimento	A sua família apoia-o(a) na tentativa de fazer novas atividades ou alcançar novos objetivos?		x	
Afeto	Está satisfeito(a) com a forma como a sua família demonstra amor e carinho?		x	
Resolução	Está satisfeito(a) com a forma como a sua família aceita e apoia os seus desejos?		x	

Pontuação total: Soma dos 5 itens (0–10 pontos)

Interpretação:

7–10 → Família altamente funcional

4–6 → Família moderadamente disfuncional

0–3 → Família gravemente disfuncional

Anexo 9 - Autorização de Steffen Moritz para a utilização do material do MCT

AW: [EXT] MTC

De **Steffen Moritz** <moritz@uke.uni-hamburg.de>
Para: <casafrietas@sapo.pt> 11 ✓
Terça, 29/Julho 2025 02:45 GMT

Yes, you are invited to do so

Von: casafrietas@sapo.pt <casafrietas@sapo.pt>
Gesendet: Montag, 28. Juli 2025 10:46
An: moritz@uke.de
Betreff: [EXT] MTC

Good morning
I'm Carina Frietas, nurse from Portugal. I am doing a Master's in Psychiatric Mental Health Nursing, and I'm doing your online course about MCT and I'd like to know if I have your permission to use the materials of the programs that you have available on your site.

Thanks for your promptness,
Carina Frietas

Universitätsklinik Hamburg Eppendorf | Department of Psychiatric Rehabilitation, Gender Studies | casafrietas@sapo.pt
Universitätsklinik Hamburg Eppendorf | Department of Psychiatric Rehabilitation, Gender Studies | casafrietas@sapo.pt
Universitätsklinik Hamburg Eppendorf | Department of Psychiatric Rehabilitation, Gender Studies | casafrietas@sapo.pt

