

# Promoção do Autocuidado:

**Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista  
em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com  
Esquizofrenia**

**Mafalda Daniela Sousa Veloso**

**Relatório de Natureza Profissional**

**Conducente ao Grau de Mestre em <<Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria>>**

Vila Nova de Famalicão, fevereiro de 2026

**Mafalda Daniela Sousa Veloso**

**Promoção do Autocuidado:  
Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde  
Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Esquizofrenia**

Trabalho realizado sob a Orientação de:  
**Professor Mestre Luís Silva**

**Relatório de Natureza Profissional**

**Conducente ao Grau de Mestre em <<Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria<sup>1</sup>>>**

## DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Mafalda Daniela Sousa Veloso, nº 37086, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, do Instituto Politécnico de Saúde do Norte, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio. Confirmando que, em todo o trabalho conducente à sua elaboração, não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele).

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

## Resumo

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) distingue-se pelas suas competências científicas, técnicas e humanas, sendo capacitado para prestar cuidados especializados em diferentes contextos. As suas competências abrangem áreas como a educação, o aconselhamento, a liderança e a investigação, contribuindo de forma significativa para a melhoria contínua da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

O presente relatório de estágio de natureza profissional descreve o percurso formativo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), centrado na implementação de cuidados baseados na evidência.

Este percurso integrou três estágios de natureza profissional realizados em contextos distintos de cuidados: internamento de agudos, cuidados na comunidade e cuidados especializados (reabilitação psicossocial), os quais contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP.

O trabalho inclui uma revisão integrativa da literatura sobre o tema “Promoção do Autocuidado: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Esquizofrenia”, bem como a descrição e análise de um programa de intervenção desenvolvido neste contexto, com vista à promoção da autonomia e melhoria da qualidade de vida destes utentes.

A escolha do tema reflete a necessidade de aprofundar estratégias de intervenção que promovam o empoderamento da pessoa com esquizofrenia, valorizando o papel autónomo e especializado do enfermeiro na promoção do autocuidado.

Palavras-chave: enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, autocuidado, intervenções autónomas, esquizofrenia

## **Abstract**

The Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing (EEESMP) is distinguished by their scientific, technical, and human skills, and is qualified to provide specialized care in different contexts. Their skills cover areas such as education, counselling, leadership, and research, contributing significantly to the continuous improvement of nursing practice (Regulation No. 140/2019, of 6 February).

This professional internship report describes the training course taken as part of the master's degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, focused on the implementation of evidence-based care.

This course included three professional internships carried out in different care contexts: acute hospitalization, community care, and specialized care (psychosocial rehabilitation), which contributed to the development of the common and specific skills of the EEESMP.

This work includes an integrative review of the literature on the theme “Promotion of Self-Care: Autonomous Interventions by Specialist Mental Health and Psychiatric Nurses for People with Schizophrenia”, as well as a description and analysis of an intervention programme developed in this context, with the aim of promoting the autonomy and quality of life of these patients.

The choice of theme reflects the need to deepen intervention strategies that promote the empowerment of people with schizophrenia, valuing the autonomous and specialized role of nurses in promoting self-care.

Keywords: mental health and psychiatric nursing, self-care, autonomous interventions, schizophrenia

## Lista de Siglas

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - American Psychological Association

AVD – Atividades de Vida Diária

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ERA-h - Escala de Requisitos do Autocuidado validada para a população portuguesa

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSVA – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

ICN – *International Council of Nurses*

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

RAF – Relação de Ajuda Formal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TAS – Técnicos Auxiliares de Saúde

TR – Teste do Relógio

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> – <i>Análise dos dados obtidos relativamente ao Domínio “Atividades e Participação”</i> .....	49
<b>Quadro 2</b> – <i>Componentes da Revisão Integrativa da Literatura</i> .....	55
<b>Quadro 3</b> – <i>Estudos Incluídos na Revisão Integrativa</i> .....	58
<b>Quadro 4</b> – <i>Intervenções Autónomas de Enfermagem para dar Resposta ao Diagnóstico “Autocuidado, comprometido”, segundo a CIPE®, versão 2015 (ICN, 2016)</i> .....	61
<b>Quadro 5</b> – <i>Grelha de Interpretação da ERA-h</i> .....	69
<b>Quadro 6</b> – <i>Caracterização dos participantes do estudo</i> .....	71
<b>Quadro 7</b> – <i>Apresentação dos resultados da escala ERA-h</i> .....	72

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> – <i>Processo de Seleção dos Estudos Incluídos na Revisão da Literatura</i> .....	57
---	----

## Índice

Introdução .....	11
<b>PARTE UM: O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICO .....</b>	<b>14</b>
1 A Teoria das Transições e o Cuidado à Pessoa com Alterações de Saúde Mental e Psiquiátrica .....	14
2 Aplicação da Teoria de Peplau no Cuidado à Pessoa com Alterações de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	19
3 Contextualização do Contexto Clínico .....	21
3.1 Estágio de natureza profissional I – internamento de agudos.....	21
3.2 Estágio de natureza profissional II – comunidade .....	23
3.3 Estágio de natureza profissional III – unidades especializadas .....	24
4 Pressupostos Teóricos Orientadores do Desenvolvimento de Competências Gerais do Enfermeiro Especialista .....	27
4.1 Domínio de competências comuns dos enfermeiros especialistas .....	27
4.1.1 Domínio da responsabilidade profissional e ética legal .....	28
4.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade .....	30
4.1.3 Domínio da gestão de cuidados .....	32
4.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	33
5 Cuidar da Pessoa com Alterações de Saúde Mental e Psiquiátrica em Diferentes Unidades de Cuidados: das Atividades Desenvolvidas às Competências Específicas Adquiridas.....	35
5.1 Cuidar da pessoa em internamento de agudos .....	36
5.2 Cuidar da pessoa na comunidade .....	44
5.3 Cuidar da pessoa em contextos especializados .....	47
5.4 Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica .....	51
<b>PARTE DOIS: A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDENCIA.....</b>	<b>53</b>
1 Revisão Integrativa da Literatura – Promoção do Autocuidado: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Esquizofrenia .....	53

<b>2 A Prática Baseada em Evidência .....</b>	<b>67</b>
2.1 Descrição do programa a implementar .....	67
2.2 Método.....	68
2.3 Resultados .....	70
2.4 Discussão .....	73
2.5 Conclusões .....	77
<b>3 Contributo do Trabalho de Investigação para o Desenvolvimento das Competências Associadas ao Grau de Mestre .....</b>	<b>79</b>
Conclusão .....	81
Referências bibliográficas .....	83

## **ANEXOS**

<b>Anexo I –Técnica de Relaxamento por Imaginação Guiada “A montanha” .....</b>	<b>91</b>
<b>Anexo II - Consentimento Informado.....</b>	<b>94</b>
<b>Anexo III – Questionário Sociodemográfico .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo IV – Mini Exame do Estado Mental (MEEM) .....</b>	<b>99</b>
<b>Anexo V - Escala de Requisitos do Autocuidado validada para a população portuguesa (ERA-h) .....</b>	<b>103</b>
<b>Anexo VI - Pedido de Autorização para Utilização da Escala ERA-h.....</b>	<b>106</b>

## **APÊNDICES**

<b>Apêndice I – Programa “Estimulação Cognitiva” .....</b>	<b>109</b>
<b>Apêndice II - Formação “Estimulação Cognitiva” .....</b>	<b>116</b>
<b>Apêndice III - Programa “Treino de Autonomia e Competências Sociais” .....</b>	<b>120</b>
<b>Apêndice IV - Fluxograma de Admissão e Integração.....</b>	<b>129</b>
<b>Apêndice V – Sessão de Formação “Gestão de Conflito” .....</b>	<b>131</b>
<b>Apêndice VI - Sessão de Formação “Gestão das Emoções” .....</b>	<b>134</b>
<b>Apêndice VII - Sessão de Formação “Comunicação Assertiva” .....</b>	<b>137</b>
<b>Apêndice VIII – Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Escuta Ativa” .....</b>	<b>140</b>
<b>Apêndice IX - Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Relação de Ajuda Formal” .....</b>	<b>146</b>
<b>Apêndice X - Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Reestruturação Cognitiva” .....</b>	<b>154</b>

<b>Apêndice XI - Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Estimulação Cognitiva” .....</b>	<b>162</b>
<b>Apêndice XII - Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Relaxamento”</b>	<b>169</b>
<b>Apêndice XIII – Formação “Saúde Mental Positiva” .....</b>	<b>175</b>
<b>Apêndice XIV – Programa “Promoção do Autocuidado: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Esquizofrenia” .....</b>	<b>179</b>

## Introdução

O presente relatório de estágio de natureza profissional surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), realizado na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA), do Instituto Politécnico de Saúde do Norte, durante o ano letivo 2024 / 2025. Este documento tem como objetivo relatar o percurso dos estágios de natureza profissional, com foco no desenvolvimento e na aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). Além disso, este relatório procura explorar a temática “Promoção do Autocuidado: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Esquizofrenia”, a partir da perspetiva da prática baseada na evidência.

A esquizofrenia é considerada uma doença crónica, com início no final da adolescência ou no início da idade adulta. A sua prevalência na população, em geral, é de aproximadamente 1% (Cardoso et al., 2020). Afeta sobretudo os homens entre os 18 e os 25 anos, sendo frequentemente marcada por sintomas “negativos” com tendência para a solidão e por sintomas “positivos”, sobretudo em fase aguda (delírio e alucinações). Por outro lado, nas mulheres, a idade de início mais comum é entre os 25 e os 30 anos (Cardoso et al., 2020).

Reconhecida como uma das dez doenças mais incapacitantes, a esquizofrenia compromete o funcionamento social e ocupacional, afetando as áreas como a capacidade de trabalhar, estudar, viver de forma independente e manter relações sociais ativas e funcionais (Chavertana, 2020).

O autocuidado surge, assim, como um conceito relevante. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), é descrito como uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária.” (*International Council of Nurses (ICN)*, 2016).

Segundo a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, o autocuidado caracteriza-se por um conjunto de atividades que cada indivíduo inicia e realiza com o objetivo de manter a vida, o bem-estar e a saúde (Coelho, 2015).

No caso dos doentes com esquizofrenia, o autocuidado encontra-se frequentemente comprometido devido aos sintomas da doença, como alucinações, delírios e défices cognitivos. Isto pode resultar em negligência de áreas fundamentais como a higiene, a alimentação e a adesão ao regime terapêutico, agravando o quadro clínico. Neste sentido surge a necessidade de explorar e aprofundar as estratégias eficazes que possam ser adotadas pelos EEESMP para responder às necessidades específicas dos doentes, contribuindo para o avanço da prática clínica baseada na evidência. O EEESMP desempenha um papel crucial, uma vez que está capacitado para implementar intervenções autónomas que promovem o autocuidado, a autonomia e a reintegração social do doente.

Neste seguimento, os objetivos principais deste relatório são: analisar as dificuldades enfrentadas pelos doentes com esquizofrenia no domínio do autocuidado, considerando as implicações clínicas e sociais da doença; explorar o papel do EEESMP na promoção do autocuidado, evidenciando as intervenções autónomas que possam ser implementadas para melhorar a qualidade de vida dos doentes; refletir sobre as competências adquiridas durante os estágios, tanto as competências comuns como as específicas; e por fim, contribuir para o desenvolvimento de prática baseada na evidência que reforça a importância do enfermeiro enquanto agente de mudança, facilitador de autonomia e promotor de inclusão social dos indivíduos com esquizofrenia.

A metodologia adotada é descritiva e reflexiva, recorrendo às aprendizagens letivas do curso de mestrado, à revisão bibliográfica e à discussão com o orientador para fundamentar as análises e propostas apresentadas.

Este trabalho encontra-se segmentado em duas partes. A primeira parte consiste no enquadramento teórico, sustentado em duas teorias de enfermagem relevantes para a prática do EEESMP: a Teoria de Transições, de Afaf Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau. Inclui, ainda, a contextualização clínica, a descrição dos locais de estágio, bem como uma reflexão crítica sobre as competências adquiridas nos diferentes campos de estágio. Esta reflexão abrange as atividades desenvolvidas nos domínios da responsabilidade profissional e ética legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Por fim, é analisado o contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do EEESMP.

A segunda parte apresenta o caminho percorrido para uma prática de cuidados baseados na evidência, englobando uma revisão integrativa da literatura sobre o tema "Promoção do Autocuidado: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Esquizofrenia", bem como a descrição do programa implementado, a sua análise como método para aumentar a qualidade de vida destes doentes e o contributo deste trabalho de investigação para o desenvolvimento das competências associadas ao grau de mestre.

A redação deste relatório seguirá o novo acordo ortográfico e as normas da American Psychological Association (APA), 7ª edição. Além disso, serão observadas as diretrizes descritas no Guia de Normalização Técnico-Científica, em vigor na ESSVA.

## **PARTE 1: O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICO**

A especialização do enfermeiro em saúde mental e psiquiátrica exige um aprofundamento teórico e prático, de modo a consolidar competências que atendem às complexas necessidades do cuidado à pessoa com alterações ao nível da saúde mental.

Neste contexto, o desenvolvimento de competências é fortemente influenciado pelas bases teóricas que sustentam a prática clínica. Neste sentido, os capítulos seguintes exploram as teorias fundamentais que orientam o cuidado nesta área.

### **1 A Teoria das Transições e o Cuidado à Pessoa com Alterações de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Afaf Ibrahim Meleis é das teóricas de Enfermagem que mais se evidencia com estudos efetuados sobre fenómenos de transição e a sua importância para a profissão. As transições geram várias emoções que podem ser positivas ou negativas, conforme o tipo de transição, para a qual podemos já ter adquirido algumas competências anteriores ou não (Baptista, 2023).

Santos et al. (2015), definem a transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” referindo-se quer ao processo como ao próprio objetivo da interação cliente-ambiente. Este processo em que a pessoa tem que se reorganizar e adaptar-se a novas situações é caracterizado pela sua singularidade, diversidade, complexidade, em que o indivíduo pode vivenciar uma transição em diferentes contextos no mesmo momento (Silva et al., 2019).

As transições são o resultado de eventos críticos e das mudanças produzidas em indivíduos ou ambientes e centram-se nas respostas humanas aos processos de vida,

de saúde e de doença (Tavares et al., 2022). Porém, são desencadeadas por eventos críticos ou mudanças na vida do ser humano (Meleis, 2010).

Neste sentido, proporcionar transições saudáveis tornam-se um desafio diário para o enfermeiro, na medida em que existem pessoas dotadas de particularidades. De modo a compreender a forma como cada um experiencia a transição, é crucial observar as condições pessoais e ambientais que simplificam ou dificultam a mudança no sentido de alcançar uma transição saudável (Costa, 2016). Para tal, as experiências e respostas das pessoas à saúde e à doença devem ser vistas no contexto das relações de vida, considerando aspetos como a cultura, experiências diárias e objetivos (Meleis, 2018).

Posto isto, é imperativo que as intervenções de Enfermagem no âmbito das competências autónomas, mas também das interdependentes, proporcionem conhecimento e capacidade àqueles que as vivenciam (Tavares et al., 2022).

De modo estruturado, Meleis (2010) enuncia a existência de três componentes principais: natureza das transições, condicionantes da transição que podem ser facilitadores e inibidores e, padrões de resposta.

A natureza das transições pode ser de quatro tipos: desenvolvimental (relacionadas com as mudanças no ciclo vital), situacional (quando implica alterações de papéis), saúde/doença (quando há mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas com mudanças ambientais, sociais, políticas, económicas ou intraorganizacionais) (Guimarães & Silva, 2016).

Relativamente aos padrões, uma transição pode-se apresentar de forma simples, quando a pessoa vivencia uma única transição. As transições múltiplas podem ser sequenciais (se ocorrerem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas, podendo estar relacionadas ou não (Silva et al., 2019).

Porém, existem propriedades que influenciam diretamente ou indiretamente a transição. A consciencialização está relacionada com o conhecimento que o indivíduo apresenta sobre a experiência que se encontra a vivenciar (Santos et al., 2015). Neste sentido, é expectável que o indivíduo apresente ou desenvolva conhecimento sobre as alterações que ocorrem. Quando estas mudanças não são evidentes e observáveis, é posto em causa o início do próprio processo de transição (Meleis, 2010).

O envolvimento acaba por ser influenciado pelo conhecimento que se detém sobre o processo de transição. Desta forma, podemos afirmar que as duas primeiras fases já descritas estão relacionadas, pois, não existe envolvimento sem conhecimento (Santos et al., 2015).

No que concerne à mudança e à diferença, esta está relacionada com eventos críticos ou desequilíbrios que levam a alterações nas ideias, perceções, identidades, relações e rotinas. A diferença consiste nas expectativas não atendidas como por exemplo, o sentir-se diferente, ver o mundo de maneira diferente (Guimarães & Silva, 2016).

O espaço temporal compreende desde os primeiros sinais de mudança, passando por períodos de instabilidade, até um eventual desfecho (Gama, 2023).

Os eventos ou pontos críticos estão associados a um período de maior vulnerabilidade para os indivíduos exigindo um maior nível de ajustamento para lidar com a experiência da transição (Santos et al., 2015).

Relativamente às condições de transição, estas podem ser: pessoais, da comunidade e da sociedade, como o apoio familiar e social, os recursos disponíveis na sociedade, a representação social, podendo, também estas, dificultar ou facilitar a transição (Gama, 2023).

Nas condições pessoais podem ser identificados os significados, que dizem respeito aos acontecimentos que desencadeiam uma transição ou ao sentido atribuído pelo próprio ao processo de transição (Santos et al., 2015). Quando o significado atribuído à mudança é negativo, a transição pode estar comprometida (Tavares, 2020).

Por fim, os padrões de resposta são monitorizados através de indicadores capazes de identificar o nível de conhecimento e desempenho indispensável face a uma nova condição e contexto, bem como o impacto na transição (Silva et al., 2019).

No que diz respeito aos indicadores de processo, estes, permitem identificar se o indivíduo se encontra na direção de saúde ou bem-estar ou na direção de vulnerabilidade e risco (Guimarães & Silva, 2016). Compreende o sentir-se ligado, o interagir, o estar situado e o desenvolver da confiança e *coping* (Guimarães & Silva, 2016).

Por outro lado, os indicadores de resultado referem-se à mestria (domínio de novas competências) e à integração fluída de identidade (reformulação da identidade mais fluída e dinâmica). Deste modo, a capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso (Guimarães & Silva, 2016).

Criando um paralelismo com o processo de enfermagem, também a Teoria de Afaf Meleis contempla as cinco fases do processo de enfermagem: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Na fase de avaliação inicial é onde o enfermeiro entende as experiências de transição do indivíduo; o diagnóstico inclui a identificação dos desafios e das dificuldades que o utente encontra durante a sua transição; a fase do planeamento tem em conta os recursos e as barreiras encontradas ao longo da transição; no que toca a implementação, a teoria das transições refere que as intervenções devem ser adaptadas ao indivíduo, ajudando-o a desenvolver capacidades e habilidades e por fim, a avaliação, onde o enfermeiro ajusta o plano de cuidados de forma assegurar uma transição saudável.

Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para intervir ao longo de todo o processo de transição, desde a preparação da pessoa/família, acedendo às necessidades psicossociais durante o processo e assegurando as terapêuticas de enfermagem necessárias, facilitando o desenvolvimento de competências (Silva et al., 2019).

A Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição (Regulamento nº 515/2018).

O EEESMP é fulcral no processo de transição, desenvolvendo vivências, conhecimentos e capacidades no âmbito terapêutico que lhe permitem, durante a prática profissional, mobilizar competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e de parceria com o utente, aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução (Regulamento nº 515/2018).

Desta forma, cabe ao EEESMP promover uma responsabilidade partilhada de cooperação e de parceria, assegurar e promover o processo de transição, conduzindo

assim para a mestria nos comportamentos e na aquisição de novas competências para lidar com as novas condições (Silva et al., 2019).

Em suma, a relação estabelecida entre o enfermeiro e o utente permite, não só identificar as suas necessidades específicas, mas também planear as intervenções congruentes e ajustadas, conhecendo a família e a comunidade em que se insere de modo alcançar uma transição saudável.

## **2 Aplicação da Teoria de Peplau no Cuidado à Pessoa com Alterações de Saúde Mental e Psiquiátrica**

A Teoria de Peplau designada também como a Teoria das Relações Interpessoais é baseada num modelo psicodinâmico em que explica o processo interpessoal entre o enfermeiro, pessoa e comunidade de forma dinâmica (Bittencourt et al, 2018).

Segundo Peplau, esta teoria enfatiza o crescimento mútuo entre o enfermeiro e o utente, resultante da aprendizagem que ambos adquirem através das experiências vividas na relação terapêutica (Pinheiro et al., 2019).

Para o estabelecimento desta relação terapêutica existem quatro fases de atuação no processo de enfermagem que deverão ser educativas e terapêuticas: orientação, identificação, exploração e resolução (Peplau, 1990). Cada uma destas fases são caracterizadas pelas funções desempenhadas por cada interveniente – enfermeiro e pessoa – estando relacionadas entre si, variando na sua duração consoante o processo evolutivo para a resolução do problema (Moraes et al, 2006).

A fase de orientação marca o início da relação interpessoal, na qual o enfermeiro identifica as necessidades e informações dos utentes acerca do problema existente (Townsend, 2009).

Na segunda fase – identificação - o enfermeiro auxilia a pessoa na identificação das principais estratégias a utilizar, de forma a responder às necessidades identificadas (Bittencourt et al, 2018). Os utentes respondem de três formas: na base da participação ou das relações interdependentes com o enfermeiro; na base da independência e do isolamento do enfermeiro e; na base da impotência ou dependência do enfermeiro (Townsend, 2009). No fim desta fase, o utente começa a lidar com o problema, diminuindo a sensação de impotência e desesperança (Moraes et al, 2006).

No que toca à fase da exploração, esta ocorre quando a relação do enfermeiro com o utente se encontra fortalecida e explorada de modo atingir o seu potencial máximo (Bittencourt et al, 2018). Nesta fase, o utente identifica o enfermeiro como aquele que reconhece e compreende as relações interpessoais da situação, passando a explorar todos os serviços que lhe são oferecidos (Moraes et al, 2006).

Por fim, na fase da resolução é expectável que as necessidades do utente já tenham sido satisfeitas, iniciando-se assim o processo de desvinculação entre o enfermeiro e o utente (Moraes et al, 2006).

Desta forma, o papel do enfermeiro visa estabelecer o processo de comunicação e relacionamento terapêutico com o utente, estimulando a identificação de necessidades de forma a conquistar a sua independência e autonomia, promovendo a sua saúde física e mental (Moraes et al, 2006).

Tal como na teoria analisada anteriormente, também a Teoria das Relações Interpessoais faz um paralelismo com o processo de Enfermagem. Deste modo, a fase da orientação corresponde à avaliação inicial, colheita e análise de dados; a fase de identificação diz respeito à identificação de domínios de Enfermagem e formulação do respetivo diagnóstico; a exploração refere-se ao planeamento e implementação das intervenções de Enfermagem; e, por fim, a fase da resolução corresponde à avaliação final.

De salientar que na relação interpessoal, por vezes é difícil o estabelecimento de uma sequência fechada, podendo ocorrer duas ou mais etapas do processo de Enfermagem na mesma fase da relação terapêutica (Pinheiro et al., 2019).

Neste sentido, a teoria de Peplau possui um grande potencial nos processos de cuidados de enfermagem na área da saúde mental, possibilitando ao EEESMP o encontro da sua identidade como terapeuta, contribuindo para a valorização pessoal e profissional (Pinheiro et al., 2019).

Assim, a Teoria de Peplau realça a importância da relação terapêutica entre o enfermeiro e o indivíduo, especialmente no caso do doente com patologia mental, através de intervenções psicoterapêuticas adequadas de modo a promover a saúde mental, a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

### **3 Contextualização do Contexto Clínico**

Neste capítulo, o objetivo é proporcionar uma compreensão detalhada dos contextos clínicos vivenciados durante o desenvolvimento profissional, abordando tanto a estrutura física como a dinâmica organizacional dos campos de estágio. O percurso formativo foi desenvolvido em três momentos distintos, com diferentes focos de atenção: estágio em meio hospitalar (Estágio de Natureza Profissional I - Internamento de Agudos), estágio em contexto comunitário numa Unidade de Cuidados na Comunidade (Estágio de Natureza Profissional II - Comunidade) e estágio numa unidade especializada (Estágio de Natureza Profissional III - Unidades Especializadas: Reabilitação Funcional).

#### **3.1 Estágio de natureza profissional I – internamento de agudos**

O estágio de natureza profissional I – internamento de agudos decorreu entre 25 de novembro de 2024 e 24 de janeiro de 2025, no serviço de internamento de Saúde Mental e Psiquiatria de um hospital situado na zona norte do país.

Este hospital integra o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e é, atualmente, uma Unidade Local de Saúde (ULS). O edifício dedicado à saúde mental está dividido em três pisos: no piso -1 encontram-se os vestiários, no piso 0 funciona o serviço de ambulatório e o hospital de dia e, no piso 1 localiza-se o serviço de internamento.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos psiquiatras, uma enfermeira gestora, EEESMP, enfermeiros generalistas, secretárias de unidade, técnicos auxiliares de saúde (TAS), assistentes sociais, seguranças e psicólogos.

O serviço de internamento de Saúde Mental e Psiquiatria iniciou a sua atividade em janeiro de 2024, com 22 camas para internamento. Os utentes são admitidos através da referenciação do serviço de urgência ou da consulta externa, podendo os internamentos ocorrerem em regime voluntário ou involuntário.

A distribuição da equipa de enfermagem é organizada da seguinte forma: quatro enfermeiros no turno da manhã, três no turno da tarde e dois no turno da noite, sendo que em cada turno está sempre presente, pelo menos, um EEESMP. Durante os turnos da manhã e da tarde, o EEESMP não tem utentes distribuídos, ficando responsável por desenvolver intervenções psicoterapêuticas com os utentes e famílias, participar nas reuniões de serviço, articular com as famílias, garantir a alta assistida e colaborar com a restante equipa de enfermagem.

Por semana, são realizadas três reuniões: à segunda-feira, de manhã, ocorre uma reunião multidisciplinar com todos os utentes, na qual são abordadas as regras de funcionamento do serviço e sugestões de melhoria; à quarta-feira, à tarde, a reunião é com o médico responsável, o EEESMP e os utentes, sendo o tema livre e sugerido pelos próprios utentes; e à sexta-feira, de manhã, realiza-se uma reunião com toda a equipa multidisciplinar, cujo objetivo é discutir os casos clínicos de todos os utentes.

A visita aos utentes ocorre numa sala específica, sob a supervisão de um EEESMP. O período de visita tem a duração de uma hora, sendo que a organização do horário é definida consoante o dia do mês, de acordo com o número par ou ímpar. Ou seja, as camas 1 a 11 recebem visitas em dias ímpares, enquanto as camas pares 12 a 22 recebem visitas em dias pares. A distribuição das visitas é feita da seguinte forma: as primeiras seis camas de cada grupo têm visita das 16:30h às 17:30h e as restantes camas têm visita das 17:30h às 18:30h.

A administração da medicação aos utentes é realizada de forma individual, numa sala específica, antes das refeições, para garantir o cumprimento e a adesão ao tratamento. Esta abordagem permite assegurar a toma correta da medicação prescrita, além de proporcionar um ambiente controlado e discreto para os utentes.

Relativamente ao registo das intervenções psicoterapêuticas realizadas, utiliza-se uma agenda para o planeamento das mesmas. Dada a constituição recente do serviço, não existe um programa estruturado de intervenções psicoterapêuticas implementado. Esta problemática levou ao desenvolvimento de uma formação em serviço e à criação de um projeto de gestão, com vista à implementação de um programa estruturado, que será detalhado posteriormente neste relatório.

### **3.2 Estágio de natureza profissional II – comunidade**

O estágio de natureza profissional II – comunidade decorreu entre 31 de março de 2025 e 23 de maio de 2025, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente a uma ULS, situada no norte do país.

A UCC tem como objetivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção, de forma a obter ganhos em saúde. A prestação de cuidados é garantida todos os dias úteis, entre as 08h e as 20h, e aos fins de semana, entre as 09h e as 16h, para os utentes internados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). A equipa é composta por uma Enfermeira Gestora, uma Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, cinco enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, uma Enfermeira em Enfermagem de Saúde Comunitária, duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Médico-Cirúrgica.

A UCC conta, ainda, com a colaboração de dois médicos, uma assistente técnica, uma assistente social, um psicólogo, um nutricionista e uma TAS.

A UCC disponibiliza os seguintes serviços: ECCI, Saúde Escolar, Saúde Materna, Saúde Infantil, Saúde Mental, Estatuto do Cuidador Informal, Rede Social e Rendimento Social de Inserção.

A equipa de Saúde Mental desenvolve, atualmente, seis projetos que visam promover o bem-estar mental e emocional dos utentes, cuidadores e profissionais de saúde. O projeto “3AAA” tem como objetivo promover sentimentos e atitudes positivas no domínio da saúde mental, contribuindo para o desenvolvimento de capacidades individuais (assertividade, autoestima e identificação de estados de ansiedade e *stress*).

O projeto “RelaxadaMente” destina-se a pessoas com o diagnóstico de enfermagem “Ansiedade”, oferecendo cuidados de enfermagem diferenciados que funcionam como terapia coadjuvante para determinadas patologias, diminuindo a ansiedade associada a condições como a hipertensão, cefaleias, insónia, depressão, pânico, entre outras.

Por sua vez, o projeto “Consigno na Demência” consiste num programa psicoeducativo num grupo desenvolvido para os cuidadores informais de pessoas com demência a residir no domicílio. O objetivo é dotar os cuidadores de pessoas com demência de conhecimentos e habilidades para cuidar dos seus familiares ao longo do evoluir da doença, promover o desenvolvimento de estratégias eficazes de gestão do *stress* e melhorar o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida dos utentes com demência e a dos seus cuidadores.

O projeto “Segundas Feiras Positivas” foi implementado com o objetivo de promover o bem-estar da equipa multidisciplinar. Este projeto surgiu da necessidade de criar um ambiente de trabalho mais positivo e motivador, reduzindo os níveis de *stress* e prevenindo o *burnout*, um problema comum entre os profissionais da saúde. Este projeto conta, ainda, com os objetivos de: aumentar a coesão da equipa, melhorar o rendimento e a produtividade e potenciar o bem-estar físico, mental e emocional de toda a equipa.

Por fim, o projeto “Mente Ativa” consiste num programa de capacitação diferenciado, em grupo, que visa a implementação de abordagens integradas dirigidas a pessoas com défice cognitivo ligeiro e/ou demência em fase ligeira a moderada. Os principais objetivos deste programa são: estimular as funções cognitivas; contribuir para a manutenção, e sempre que possível, para a melhoria da cognição global; atrasar a progressão do declínio cognitivo; facilitar a adaptação às transições da vida; e promover a dignidade humana dos beneficiários ou pessoas com demência.

### **3.3 Estágio de natureza profissional III – unidades especializadas**

O estágio de natureza profissional III – unidades especializadas decorreu entre 10 de fevereiro de 2025 e 28 de março de 2025, no serviço de internamento de reabilitação psicossocial de uma instituição de prestação de cuidados de saúde mental na região norte.

O objetivo principal desta instituição consiste em proporcionar às pessoas acolhidas cuidados especializados de saúde integral. A missão institucional visa encarnar e expressar o carisma da hospitalidade, promovendo o acolhimento, a assistência e o

cuidado especializado às pessoas com doença mental e outras condições de maior vulnerabilidade (Irmãs Hospitaleiras, 2025).

Este serviço destina-se a internamentos de longa duração para utentes do sexo feminino que se encontram na fase crónica de uma doença mental grave (como por exemplo: esquizofrenia). O serviço está dividido em dois pisos - o piso A e o piso B – organizados de acordo com o grau de dependência das utentes. A unidade apresenta 63 utentes, sendo que 28 utentes estão no piso A e 35 utentes no piso B. O estágio decorreu no piso B, onde se encontram as utentes com maior potencial de reabilitação psicossocial.

O principal objetivo deste internamento é prestar cuidados assistidos que promovam a reconstrução e manutenção do projeto de vida das utentes, garantindo-lhes dignidade e qualidade de vida.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos psiquiatras, uma enfermeira gestora, EEESMP, enfermeiros de cuidados gerais, TAS, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Cada utente tem um técnico de referência, responsável pelo acompanhamento e planeamento das intervenções terapêuticas. As principais funções deste técnico incluem:

- Ser o elo de ligação entre a equipa de Saúde Mental, a utente e a família/ pessoas significativas;
- Reunir informações relevantes sobre a utente;
- Definir, em conjunto com a equipa multidisciplinar e a utente, o plano individual de cuidado;
- Monitorizar a evolução da utente ao longo do internamento;
- Identificar os problemas e as necessidades da utente e referenciar a utente para atividades terapêuticas.

Neste sentido, cada utente dispõe de um plano individual de cuidados no qual estão definidas as atividades semanais com os respetivos horários. Este planeamento permite que as utentes se desloquem de forma autónoma para as atividades, incentivando a responsabilização pelo cumprimento diário das mesmas.

Sendo um serviço de reabilitação psicossocial, este foca-se em atividades numa assistência à pessoa de forma global, onde estão incluídas atividades sociais, de lazer e profissionais, assim como, aptidões para as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (como por exemplo: regime alimentar, adesão ao tratamento, higiene pessoal, relação com o meio envolvente, entre outras).

Assim, este serviço visa não apenas a recuperação clínica, mas também a promoção da autonomia e bem-estar das utentes, assegurando um acompanhamento integral e personalizado por parte da equipa multidisciplinar. Através de um plano individual de cuidados, que inclui atividades terapêuticas e sociais (exemplo: atelier da pintura e atelier da lavandaria), é possível fomentar a responsabilização e o desenvolvimento das competências necessárias para a reintegração social e a manutenção de um estilo de vida saudável. Este processo, centrado na pessoa e nas suas necessidades, garante que as utentes possam viver com dignidade e qualidade de vida, alcançando uma reabilitação psicossocial eficaz e duradoura.

## **4 Pressupostos Teóricos Orientadores do Desenvolvimento de Competências Gerais do Enfermeiro Especialista**

O Enfermeiro Especialista é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana, sendo capacitado para prestar cuidados de enfermagem especializados em diversas áreas de atuação. Este profissional reúne um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Tais competências abrangem as dimensões da educação, orientação, aconselhamento, liderança e incluem a responsabilidade de descodificar, disseminar e conduzir investigações relevantes, que contribuam de forma significativa para o avanço e melhoria contínua da prática de enfermagem (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

As competências comuns partilhadas pelos enfermeiros especialistas são organizadas em quatro domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Com base nesses domínios, apresento uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas, explorando de forma aprofundada os contributos específicos de cada área de competência para a prática profissional.

### **4.1 Domínio de competências comuns dos enfermeiros especialistas**

Segundo o Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, as competências comuns dos enfermeiros especialistas agrupam-se em quatro domínios:

#### **a) Responsabilidade profissional, ética e legal**

O Enfermeiro Especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético da sua prática, aplicando habilidades adequadas na tomada de decisões éticas e deontológicas. Esta competência fundamenta-se no domínio ético-deontológico,

promovendo uma prática que respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

b) Melhoria contínua da qualidade

O Enfermeiro Especialista deve colaborar ativamente, desenvolver e reconhecer práticas e programas de melhoria contínua, promovendo a sua implementação de forma adequada, com um foco no bem-estar e na gestão eficaz dos riscos.

c) Gestão dos cuidados

O Enfermeiro Especialista é responsável por garantir a qualidade dos cuidados prestados, assegurando que os recursos disponíveis são devidamente ajustados às necessidades, sem comprometer a excelência dos cuidados prestados.

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O Enfermeiro Especialista deve demonstrar um elevado nível de autoconhecimento, reconhecendo a sua própria dimensão no contexto da relação com o outro. Além disso, deve assumir-se como um elo facilitador nos processos de tomada de decisão e de aprendizagem contínua, contribuindo para o desenvolvimento profissional próprio e dos seus pares.

Assim, nos subcapítulos seguintes, será abordada, de forma detalhada, cada uma das competências desenvolvidas no âmbito da componente prática, com o intuito de evidenciar a aplicação concreta dessas competências e os seus resultados, no exercício da função.

#### ***4.1.1 Domínio da responsabilidade profissional e ética legal***

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica constitui uma área de especialização que se foca na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição e sofrimento psíquico. A especificidade desta

prática clínica assenta no desenvolvimento de competências psicoterapêuticas e relacionais avançadas, que permitem ao EEESMP formular juízos clínicos singulares, adequando as suas intervenções ao contexto e à complexidade das vivências da pessoa em sofrimento.

As intervenções do EEESMP visam contribuir ativamente para a adequação das respostas da pessoa e da família face a problemas decorrentes da doença mental procurando evitar o agravamento do estado clínico, a desinserção social e promover a recuperação psicossocial e a melhoria da qualidade de vida.

O domínio da responsabilidade profissional e ética legal é basilar na prática do EEESMP. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), o enfermeiro especialista é aquele que detém competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem especializados, sendo-lhe reconhecido um título profissional conferido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro).

Segundo o Decreto-Lei nº156/2015, o enfermeiro deve atuar sempre com respeito pelos direitos humanos, promovendo a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência. Desta forma, “o enfermeiro respeita os princípios deontológicos da profissão, baseado a sua conduta profissional na ética, na legalidade e na evidência científica”. Acrescenta-se, ainda, que, no exercício das suas funções, o enfermeiro tem o dever de assegurar a confidencialidade da informação relativa à pessoa, o qual impõe ao enfermeiro a obrigação de manter o sigilo sobre todos os dados pessoais e clínicos de que tenha conhecimento no exercício da sua atividade.

No decorrer dos estágios, foi assegurado o cumprimento rigoroso dos princípios ético-legais, com particular ênfase na manutenção do sigilo profissional, na proteção dos direitos e interesses das pessoas em situações de vulnerabilidade e na criação de um ambiente terapêutico seguro e promotor de confiança. A prática ética do EEESMP implica, inevitavelmente, o respeito pela pessoa como um ser holístico e único, cujas necessidades emocionais, físicas sociais e espirituais devem ser integradas no plano de cuidados.

Neste contexto, a componente prática do estágio permitiu o desenvolvimento de competências ética e deontológicas robustas, bem como, a capacidade de tomada de decisão clínica em consonância com os valores fundamentais da profissão. A reflexão

ética tornou-se, assim, um instrumento essencial na prestação de cuidados individualizados e humanizados, respeitando a autonomia da pessoa, mesmo quando comprometida pela doença mental.

Assim, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal é estruturante na atuação do EEESMP, sendo necessário intervir com rigor técnico, mas também com profunda consciência ética, em contextos, muitas vezes, marcados pela complexidade, ambiguidade e vulnerabilidade. A sua prática deve refletir os valores e os princípios orientadores definidos pela OE, contribuindo para a dignificação da profissão e a defesa intransigente dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

#### ***4.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade***

O domínio da melhoria contínua da qualidade integra as competências comuns dos enfermeiros especialistas. Neste âmbito, compete ao enfermeiro assumir “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e, por fim, garantir “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Com o objetivo de dar resposta a este domínio, no campo de estágio I foi implementado um Programa de Estimulação Cognitiva (Apêndice I) e realizada uma formação acerca da Estimulação Cognitiva, dirigida aos EEESMP (Apêndice II). Esta iniciativa surgiu da identificação de uma necessidade formativa no seio da equipa, com o propósito de atualizar conhecimentos e promover práticas baseadas na evidência científica.

A formação visou reforçar a competência dos profissionais na aplicação de estratégias de estimulação cognitiva a utentes com o diagnóstico de “Cognição Comprometida”, proporcionando uma abordagem mais eficaz, estruturada e orientada para resultados clínicos. A sessão procurou, igualmente, fomentar a reflexão crítica sobre as práticas existentes, promovendo o pensamento clínico e a partilha de experiências entre todos os envolvidos.

No campo de estágio III, foi desenvolvido um Programa de Treino de Autonomia e Competências Sociais (Apêndice III), acompanhado de um Fluxograma de Admissão e Integração (Apêndice IV), que orienta o acolhimento do utente no serviço e a sua integração no programa.

Ainda neste estágio foram dinamizadas sessões de formação dirigidas às TAS, abordando três temáticas fundamentais: Gestão de Conflito (Apêndice V), Gestão das Emoções (Apêndice VI) e Comunicação Assertiva (Apêndice VII).

A sessão sobre “Gestão de Conflito”, iniciou-se com a definição do conceito, salientando a sua presença natural nas relações interpessoais, especialmente, em contextos de elevada exigência emocional. Foram abordadas as diversas formas de conflito e discutidas tanto as consequências negativas como os potenciais efeitos positivos, nomeadamente enquanto oportunidade de crescimento pessoal e reajuste das dinâmicas relacionais. Enfatizou-se a importância de uma gestão eficaz dos conflitos para o bom funcionamento da equipa e para a promoção de um ambiente terapêutico mais coeso e colaborativo. Foram exploradas estratégias práticas, como a comunicação assertiva e a escuta ativa, sublinhando o papel de cada elemento da equipa na prevenção e resolução de situações de tensão. A sessão terminou com um momento de partilha de experiências, em que as participantes relataram situações vivenciadas no contexto de trabalho, aplicando os conteúdos discutidos à prática real.

A sessão sobre “Gestão das Emoções” teve como objetivo sensibilizar o grupo para a importância do reconhecimento e da regulação emocional no contexto profissional. Iniciou-se com a exploração do conceito de emoção e das suas diferentes tipologias, realçando-se o impacto das emoções no comportamento e na relação com os utentes. Foram apresentadas estratégias de regulação emocional, bem como sugestões práticas para a sua aplicação no quotidiano. A sessão culminou com a realização de um exercício prático “A tua vida nos meus sapatos”, no qual cada participante escrevia, de forma anónima, uma situação em que se tivesse sentido desconfortável, colocando-a numa caixa. De seguida, cada elemento retirava um papel ao acaso e partilhava como se sentiria perante a situação descrita, promovendo a empatia, a autorreflexão e a compreensão emocional entre pares.

Por fim, realizou-se a sessão “Comunicação Assertiva”, cujo objetivo foi reforçar a importância da comunicação eficaz no desempenho profissional das formandas,

sobretudo ao nível das interações entre colegas. A sessão iniciou-se com uma reflexão sobre o papel das formandas enquanto cuidadoras formais. Destacou-se a relevância de uma comunicação clara, empática e respeitadora nas relações interpessoais em contexto institucional. A sessão terminou com um exercício prático, no qual cada participante partilhou situações do dia a dia profissional e praticou respostas assertivas em interações entre pares. Esta dinâmica fomentou a reflexão, o desenvolvimento de competências relacionais e a melhoria da comunicação.

#### **4.1.3 Domínio da gestão de cuidados**

O domínio da gestão dos cuidados é uma das competências essenciais previstas para a qualificação do EEESMP, conforme definido no Regulamento nº140/2019. O código C1 refere-se à responsabilidade de “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, enquanto o código C2 refere-se à necessidade de “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”. Esta gestão, exige uma abordagem específica e personalizada, dado o impacto direto na qualidade de vida dos utentes.

No âmbito do estágio de natureza profissional I, foi desenvolvido um Programa de Estimulação Cognitiva (Apêndice I), dirigido aos EEESMP. O objetivo deste programa foi, além de melhorar a prática clínica, uniformizar a prestação de cuidados, colmatando a ausência de um programa estruturado no serviço. Este programa foi idealizado para responder a uma lacuna identificada na prática, proporcionando uma intervenção sistematizada e evidenciada que contribui para a melhoria dos resultados clínicos.

O programa é composto por oito sessões, desenhado de forma personalizável e adaptável, podendo ser ajustado às necessidades específicas de cada utente diagnosticado com “Cognição Comprometida”. Ao assegurar a implementação deste programa, foi possível garantir uma prestação de cuidados mais uniforme e de maior qualidade, promovendo ganhos em saúde para os utentes e, simultaneamente, otimizando os processos internos da equipa.

No estágio de natureza profissional III, o foco foi o desenvolvimento da autonomia e competências sociais dos utentes. A partir de uma proposta da enfermeira chefe, foi concebido o Programa de Treino de Autonomia e Competências Sociais (Apêndice III), acompanhado de um Fluxograma de Admissão e Integração no Serviço (Apêndice IV). Este instrumento orientador assegura uma abordagem individualizada, sistematizada e eficaz, favorecendo intervenções adequadas a cada utente. O programa inclui sessões psicoeducativas e atividades práticas que reforçam a capacidade dos utentes para desenvolverem a sua autonomia funcional.

A implementação destes programas reflete a concretização das competências previstas pelo Regulamento nº 140/2019 e pelas diretrizes da OE, no que concerne à gestão de cuidados. Ao garantir que os programas sejam estruturados, uniformizados e adaptáveis, contribui-se para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, promovendo uma gestão eficaz dos recursos humanos e materiais. Além disso, essas intervenções também possibilitam a continuidade do cuidado entre as diversas fases do acompanhamento dos utentes, melhorando a coordenação entre os membros da equipa de saúde, proporcionando respostas mais adequadas às necessidades dos utentes.

Assim, a criação de programas como a estimulação cognitiva e o treino de autonomia não só assegura uma maior qualidade e segurança na execução das intervenções, mas também permite a visibilidade do papel do enfermeiro especialista na gestão de cuidados. Este tipo de atuação contribui para reforçar a relevância da enfermagem na área da saúde mental e psiquiatria, dando um impulso ao desenvolvimento da profissão e promovendo uma prática clínica baseada na evidência.

#### ***4.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais***

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme especificado no Regulamento nº140/2019 refere-se ao código D1 “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e ao código D2 “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

A prática reflexiva, a formação contínua e a disseminação de conhecimento marcaram de forma transversal os estágios realizados, promovendo o desenvolvimento de competências profissionais e contribuindo para o crescimento da equipa multidisciplinar.

No estágio de natureza profissional I, para complementar o Programa de Estimulação Cognitiva, foi dinamizada uma formação interna aos EEESMP (Apêndice II). Esta formação foi ministrada num único dia e foram abordados fundamentos teóricos e práticos da estimulação cognitiva com base na evidência científica. Esta sessão permitiu aprofundar conhecimentos, reforçar a segurança na aplicação de intervenções clínicas e promover a partilha de boas práticas entre os profissionais.

No estágio de natureza profissional III, com o intuito de capacitar e valorizar os membros da equipa, foram realizadas três sessões de formação dirigidas às TAS. Estas sessões, que ocorreram ao longo de três semanas, às terças-feiras, entre as 14h às 15h, abordaram temáticas essenciais para a prática clínica e o bem-estar dos profissionais. Os temas tratados foram: Gestão de Conflito (Apêndice V), Gestão das Emoções (Apêndice VI) e Comunicação Assertiva (Apêndice VII). A realização dessas sessões visou promover uma melhoria na comunicação e na gestão de situações desafiadoras no contexto de cuidados de saúde, visando sempre a excelência na prática clínica.

Assim, em ambos os estágios, os projetos foram bem-recebidos e elogiados pelos respetivos públicos-alvo, o que demonstra a relevância dos temas abordados. Através destas experiências, pude aplicar conhecimentos fundamentais para o desenvolvimento da minha prática clínica, promovendo um trabalho de qualidade que contribui para a melhoria do serviço prestado. A implementação destes projetos não só reforçou a importância de aplicar a evidência científica à prática diária, como também permitiu a promoção de competências de autoconhecimento e assertividade, alinhadas com os códigos D1 e D2 do Regulamento nº140/2019.

## **5 Cuidar da Pessoa com Alterações de Saúde Mental e Psiquiátrica em Diferentes Unidades de Cuidados: das Atividades Desenvolvidas às Competências Específicas Adquiridas**

A prestação de cuidados à pessoa com alterações de saúde mental e psiquiátrica é um dos pilares fundamentais da enfermagem em saúde mental. Com base no Regulamento nº 129/2011 e na evolução do exercício profissional, torna-se evidente que a intervenção do EEESMP traz benefícios significativos para a saúde dos indivíduos, contribuindo para a redução do impacto das perturbações mentais, promovendo ganhos em saúde e diminuindo o grau de incapacidade associado. Neste sentido, a enfermagem de saúde mental assume um papel de destaque na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção em situações que envolvam respostas humanas desajustadas ou desadaptadas ao processo de transição. As intervenções realizadas pelo EEESMP visam fomentar a adaptação das respostas da pessoa e da sua família aos desafios específicos da doença mental, com o objetivo de prevenir o agravamento da condição, evitar a exclusão social e promover a recuperação e a qualidade de vida.

A atuação do Enfermeiro Especialista é pautada por competências específicas, alicerçadas em respostas humanas aos processos de vida, bem como nas necessidades de saúde da pessoa, família, grupos e comunidades. Estas competências, inseridas no Regulamento nº 140/2019, exigem uma elevada adequação dos cuidados prestados às particularidades de cada indivíduo e seu contexto.

Entre as competências específicas do EEESMP, destacam-se:

- a) um profundo autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional, que conferem ao enfermeiro uma consciência elevada do seu papel enquanto pessoal e profissional de saúde;
- b) a capacidade de assistir a pessoa ao longo de todo o ciclo de vida, incluindo o seu contexto familiar, grupal e comunitário, com vista à otimização da saúde mental;
- c) a intervenção na recuperação da saúde mental, mobiliando os recursos e dinâmicas próprios de cada contexto e promovendo a integração social da pessoa;

d) a prestação de cuidados especializados nos domínios psicoterapêuticos, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional ou comunitárias, com o propósito de manter, melhorar ou recuperar a saúde mental.

Nesse sentido, o regulamento prevê um desdobramento de cada uma destas quatro competências principais em unidades de competência mais específicas, que serão analisadas posteriormente.

Assim, o EEESMP desempenha um papel central no cuidado à pessoa com alterações de saúde mental, orientado a sua prática para humanização e personalização dos cuidados, e promovendo uma resposta integrada às complexas necessidades dos indivíduos e dos contextos em que estão inseridos.

## **5.1 Cuidar da pessoa em internamento de agudos**

O estágio de natureza profissional I foi desenvolvido num serviço de saúde mental e psiquiatria, de agudos, num hospital na zona norte do país. Através das intervenções realizadas, o EEESMP favorece o fortalecimento das relações interpessoais da pessoa durante o processo terapêutico.

Neste sentido, ao longo do estágio I, consegui desenvolver a competência F1.1. que refere: “demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (Regulamento nº 129/2011).

Durante a minha prática, fui confrontado com situações que me levaram a refletir sobre preconceitos e estigmas associados à doença mental, alguns dos quais ainda estão enraizados na sociedade. Consciente dessa realidade, esforcei-me por manter uma postura empática, não julgadora e centrada na pessoa, reconhecendo como a minha própria percepção poderia influenciar o vínculo terapêutico.

Notei que a forma como interpreto determinados comportamentos – como a agitação ou a agressividade verbal – pode estar condicionada por experiências anteriores, valores

peçoais ou até mesmo pelo contexto hospitalar. Em alguns momentos, interpretei certos comportamentos como resistência ou falta de colaboração, no entanto, com a prática e a reflexão, percebi que, eram na verdade expressões de sofrimento, medo ou desconfiança por parte dos utentes.

Este reconhecimento exigiu de mim um esforço de autorreflexão e análise crítica, que partilhei e discuti com o enfermeiro orientador. Esse processo permitiu-me reformular o meu olhar clínico e adotar uma abordagem mais compreensiva e centrada no momento emocional da pessoa.

Desta forma, ao ajustar a minha perceção e postura, consegui estabelecer relações terapêuticas mais sólidas, promovendo uma maior colaboração, respeito, escuta ativa e reconhecimento da individualidade de cada utente.

Também tive a oportunidade de identificar dinâmicas de transferência e contratransferência, particularmente numa relação que se prolongou por um período longo com a utente. Durante o estágio, percebi que algumas das minhas respostas emocionais não eram apenas reações ao comportamento da utente, mas estavam também ligadas às minhas próprias experiências pessoais e profissionais. Por exemplo, ao acompanhar a utente, que manifestava grande vulnerabilidade emocional, expressando tristeza profunda e isolamento, senti vontade de “proteger” essa pessoa. Se não tivesse reconhecido essas emoções, corria o risco de me envolver emocionalmente de forma excessiva, comprometendo a objetividade e os limites profissionais essenciais à relação terapêutica.

Através da supervisão clínica e da reflexão pessoal, aprendi a identificar esses momentos em que a contratransferência emergia, o que me permitiu questionar e ajustar a minha postura terapêutica. Este processo foi fundamental para manter os limites profissionais, evitar respostas impulsivas e garantir uma intervenção ética, respeitadora e centrada nas reais necessidades da utente.

No que diz respeito à competência F2.2. que estabelece a necessidade de “executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (Regulamento nº 129/2011), esta foi atingida por meio de uma recolha de dados sistemática e estruturada. Este processo permitiu explorar não apenas o histórico clínico e psicossocial, mas também identificar

fatores de vulnerabilidade e resiliência, proporcionando uma avaliação inicial criteriosa e ajustada às especificidades de cada utente e respetiva família.

A colheita de dados é o primeiro passo no processo de enfermagem, sendo esta a base metodológica que rege a prática. A avaliação inicial tem como objetivo segundo Barros et al. (2015), “avaliar o estado de saúde da pessoa, identificar problemas e estabelecer um relacionamento terapêutico” (p. 43), de forma a dar resposta ao objetivo do presente trabalho.

Relativamente à competência F3.1. que preconiza a capacidade de “estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade” (Regulamento nº 129/2011), esta foi atingida através da realização de uma colheita de dados detalhada, que possibilitou a identificação de focos específicos e, conseqüentemente, a formulação de diagnósticos de enfermagem adequados, constituindo a base para intervenções eficazes.

A competência F3.2., que o enfermeiro “identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental” (Regulamento nº 129/2011), foi alcançada por meio da elaboração de planos de cuidados. Estes planos permitiram definir resultados esperados de forma realista, traduzidos na melhoria dos resultados obtidos nos instrumentos de avaliação utilizados, evidenciando o impacto positivo das intervenções realizadas.

A aplicação de escalas em saúde mental acrescenta rigor e objetividade ao processo de avaliação, permitindo quantificar de forma consistente as mudanças no estado clínico do utente. O uso de instrumentos de avaliação, permite acompanhar a evolução do utente de forma mais precisa ao longo do tempo, possibilitando a identificação precoce de desvios em relação aos resultados esperados e sustentar a tomada de decisão baseada na evidência. Além disto, estes instrumentos fortalecem a comunicação interdisciplinar e documentam de forma clara o impacto das intervenções, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados.

A competência F3.4. estabelece que o EEESMP deve ser capaz de “realiza e implemente um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (Regulamento nº 129/2011). Durante o estágio de natureza profissional, considero que esta competência foi plenamente desenvolvida e posta em prática, através da identificação rigorosa de focos

de atenção, da formulação de diagnósticos fundamentados, do planeamento detalhado das intervenções e da avaliação contínua dos cuidados prestados. Estes elementos foram cruciais para garantir um acompanhamento individualizado, eficaz e adaptado às necessidades de cada utente.

Ao longo da minha prática clínica, compreendi a importância de utilizar uma linguagem padronizada na formulação de diagnósticos de enfermagem em saúde mental. A adoção deste referencial foi fundamental para apoiar as minhas decisões clínicas de modo a garantir a coerência e clareza na comunicação com toda a equipa e promovendo a segurança dos cuidados prestados.

De acordo com a ICN (2016), um diagnóstico de enfermagem consiste na designação atribuída por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem. A observação sistemática dos sinais e sintomas apresentados pelos utentes permitiu-me identificar focos relevantes e formular diagnósticos coerentes, que serviram de base para o planeamento dos cuidados.

A aplicação do Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da OE (2018), revelou-se, na minha experiência, uma ferramenta indispensável na prática clínica. Este padrão orienta a construção do plano de intervenção com base num juízo clínico resultante da avaliação dos dados e das premissas teóricas, sempre em articulação com o utente. A participação ativa do utente na definição do seu plano de cuidados, contribui não só para a eficácia da intervenção, como também para reforçar a relação terapêutica, o que considero fundamental na área da saúde mental.

A utilização da CIPE foi igualmente central na minha prática. Esta linguagem classificada, conforme preconizada pela ICN e adotada pela OE, permite uma uniformização dos registos, facilita a comunicação entre os profissionais e contribui para a continuidade e qualidade dos cuidados. No meu percurso profissional, reconheço que a utilização da CIPE não só melhora a estruturação dos diagnósticos e intervenções, como também dá maior visibilidade e cientificidade ao trabalho de enfermagem.

Desta forma, o estágio de natureza profissional proporcionou-me a oportunidade de consolidar um raciocínio clínico mais apurado, prestar cuidados mais individualizados e garantir uma resposta mais eficaz às necessidades dos utentes em saúde mental. Esta

experiência foi determinante para reforçar a importância de uma prática baseada em evidência, colaborativa e centrada na pessoa.

Por outro lado, também a competência F4.2. que menciona “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” (Regulamento nº 129/2011) foi atingida.

Esta competência foi alcançada ao longo de todas as aprendizagens desenvolvidas em estágio, por meio da realização de diversas intervenções. Consegui também desenvolver intervenções psicoterapêuticas como a escuta ativa, relação de ajuda formal, reestruturação cognitiva, estimulação cognitiva e o relaxamento. Estas intervenções permitiram estabelecer e manter uma relação terapêutica eficaz e orientada para o utente.

A Escuta Ativa (Apêndice VIII) e a Relação de Ajuda Formal (RAF) (Apêndice IX) foram realizadas em conjunto, com o objetivo de dar resposta ao foco “Humor”. A escuta ativa foi realizada ao longo de três sessões com o intuito de proporcionar apoio emocional e reflexão à utente. Durante as sessões, a escuta ativa foi aplicada de forma a criar um ambiente seguro e acolhedor, permitindo que a utente se sentisse à vontade para expressar os seus sentimentos, preocupações e pensamentos.

Ao longo do processo estabeleceu-se uma comunicação empática e sem julgamentos o que possibilitou observar uma evolução da utente no que diz respeito à confiança. Isso facilitou a partilha das suas experiências, evidenciando um aumento da sua disposição em explorar questões mais profundas. A utente mostrou-se bastante colaborante, e revelou estar mais consciente das suas emoções, adquirindo maior capacidade para lidar com elas de forma construtiva. A intervenção psicoterapêutica foi bem-sucedida, proporcionando uma relação terapêutica significativa, baseada na compreensão empática.

Segundo Sequeira e Sampaio (2020), a escuta ativa, enquanto intervenção psicoterapêutica de enfermagem, possibilita a compreensão das necessidades da pessoa, através de uma atitude de interesse, respeito e aceitação incondicional. Essa prática ocorre num *setting* próprio, integrando um processo dinâmico, ativo e voluntário. Neste sentido, a escuta ativa favorece a expressão livre do utente, fundamentando-se

essencialmente na compreensão empática e no estabelecimento de uma relação terapêutica significativa.

Relativamente à RAF, esta foi estabelecida por meio de uma relação terapêutica fundamental através da escuta ativa e do apoio emocional, promovendo o envolvimento da utente no processo. A RAF consistiu em seis sessões, ao longo das quais a utente demonstrou colaboração e empenho na realização das tarefas propostas.

A RAF constitui uma abordagem não diretiva, centrada na pessoa, com o objetivo de criar um ambiente propício ao crescimento e desenvolvimento do utente, permitindo que este se sinta compreendido e aceite. Para isso, é necessário estabelecer um contexto específico que favoreça este desenvolvimento, num processo sequencial implementado por um profissional com conhecimentos especializados (Sequeira & Sampaio, 2020).

Uma característica distintiva da RAF é a adaptação da intervenção de enfermagem às particulares do utente. Neste sentido, a intervenção psicoterapêutica é aplicada quando o utente apresenta uma necessidade de ajuda e se encontra incapaz de utilizar o seu sistema de autorregulação para lidar com um ou mais eventos *stressantes* (Sequeira & Sampaio, 2020).

Desta forma, durante o percurso, verificou-se a aquisição de estratégias de autorregulação emocional, destacando-se a utilização da escrita como meio de expressão de sentimentos e pensamentos. A escrita revelou-se um recurso valioso, permitindo à utente transmitir e processar os seus sentimentos em momentos de maior saudade e falta do filho. Este exercício tornou-se um espaço de maior liberdade emocional, com a utente a relatar sentir-se mais aliviada após a escrita. Este progresso foi essencial para melhorar a gestão emocional em relação à ausência do filho.

Ao longo das sessões, os avanços tornaram-se evidentes, refletindo-se numa melhoria nos resultados obtidos com os instrumentos de avaliação aplicados (nível de depressão e equilíbrio do humor). Além disso, a utente foi capaz de verbalizar medos, preocupações, indecisões e inseguranças, alcançando os resultados esperados para a intervenção. Assim, a “Relação de Ajuda Formal” demonstrou-se eficaz na promoção de estratégias de regulação emocional e, sobretudo, na melhoria do bem-estar global da utente.

A intervenção psicoterapêutica “Reestruturação Cognitiva” (Apêndice X) foi desenhada para responder ao diagnóstico “Ideação suicida, presente”. Esta intervenção foi conduzida ao longo de sete sessões.

Segundo Sequeira e Sampaio (2020), a reestruturação cognitiva enquadra-se nos modelos cognitivistas das teorias do comportamento, defendendo que todo o comportamento é o resultado de um processamento racional, tendo como base as cognições.

Neste sentido, esta intervenção psicoterapêutica tem como objetivo reforçar/ promover o funcionamento cognitivo desejável ou alterar o funcionamento cognitivo indesejável, ajudando a pessoa a alterar padrões de pensamento distorcidos e a olhar para si própria e para o mundo de forma mais realista (Sequeira & Sampaio, 2020).

Nas primeiras sessões, a utente apresentou-se muito emotiva, com sinais evidentes de angústia e tristeza. Apesar disso, conseguiu verbalizar, de forma clara, os seus medos, dificuldades e preconceitos, mantendo pensamentos associados à ideação suicida. Desde o início, demonstrou *insight* para o seu problema, evidenciando a capacidade de reconhecer a sua situação e refletir sobre ela.

A partir da quarta sessão, observou-se uma redução significativa da emotividade, acompanhada de uma maior abertura para explorar e elaborar planos de resolução de problemas. A utente começou a identificar estratégias viáveis para lidar com as suas dificuldades, demonstrando progressiva capacidade de organização mental. Durante as sessões, destacou a importância de refletir sobre os temas abordados, mostrando envolvimento ativo no processo terapêutico.

No término da intervenção, a utente apresentou um pensamento estruturado e direcionado para o enfrentamento de possíveis problemas futuros. Esse progresso reflete o desenvolvimento de competências essenciais para a gestão emocional e a reformulação de cognições distorcidas com vista à resolução de problemas, reforçando a eficácia da intervenção.

No âmbito da intervenção psicoterapêutica “Estimulação Cognitiva” (Apêndice XI), esta foi delineada de forma a dar resposta ao diagnóstico de enfermagem “Cognição, comprometida”.

A estimulação cognitiva assenta num processo de cooperação entre a pessoa com défice cognitivo e os profissionais de saúde, familiares e membros da comunidade mais ampla e tem como objetivo tratar ou aliviar os défices cognitivos resultantes de um dano neurológico (Sequeira & Sampaio, 2020).

A intervenção foi aplicada a uma utente ao longo de oito sessões, abrangendo todas as funções cognitivas. Para tal, a avaliação da cognição foi realizada na sessão inicial e final, com o objetivo de comparar os resultados antes e após a implementação do programa. Nas sessões intermédias, cada função cognitiva foi trabalhada individualmente: memória, atenção, linguagem, cálculo e habilidade construtiva e terapia de orientação para a realidade.

Ao longo das sessões, a utente mostrou-se colaborante na execução dos exercícios propostos, revelando uma melhoria nos instrumentos de avaliação (MEEM e TR), após a implementação do programa.

Por fim, o planeamento da intervenção psicoterapêutica intitulada “Relaxamento” (Apêndice XII), incluiu três sessões desenhadas para responder ao diagnóstico “Insónia [inicial], presente”.

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas (OE, 2023), o relaxamento tem como principal objetivo promover o alívio de sinais e sintomas indesejáveis. Existem diversas técnicas de relaxamento, todas orientadas para a prevenção e alívio do *stress* e das consequências fisiológicas, para induzir e melhorar a qualidade do sono e para reduzir a tensão muscular (Sequeira & Sampaio, 2020).

A primeira sessão compreende a técnica de relaxamento modificado, a segunda sessão versa a técnica do relaxamento através do treino autogénico de Schultz e a terceira sessão diz respeito à técnica de relaxamento por imaginação guiada.

Os resultados foram avaliados através da comparação de sinais vitais, como a tensão arterial e a frequência cardíaca, registando-se uma diminuição dos valores após a aplicação das técnicas de relaxamento.

Assim, a intervenção revelou-se eficaz no alcance dos objetivos propostos. Os utentes relataram uma melhoria significativa no padrão e na qualidade do sono. A diminuição dos episódios de insónia inicial, aliada à menor necessidade de recorrer à medicação

prescrita em SOS, reflete o impacto positivo das técnicas de relaxamento aplicadas. Além disso, os utentes expressaram um sentimento geral de maior tranquilidade e bem-estar após cada sessão, reforçando a relevância do relaxamento como estratégia terapêutica no tratamento da insónia. Estes resultados destacam o valor desta intervenção na promoção de uma melhoria sustentada na qualidade de vida.

## **5.2 Cuidar da pessoa na comunidade**

O estágio de natureza profissional II decorreu numa unidade de cuidados na comunidade situada na zona norte do país. Atualmente, com a descentralização dos serviços hospitalares e a criação das unidades locais de saúde, tem-se verificado uma integração progressiva dos cuidados de saúde mental no seio da comunidade. Este modelo permite que os profissionais de saúde estejam mais próximos das pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, incluindo aquelas com cognição comprometida, assim como dos seus cuidados, quer em contexto domiciliário, quer comunitário.

Neste sentido, durante o estágio foi possível adquirir e consolidar as seguintes competências específicas no âmbito dos cuidados de saúde mental na comunidade:

F2.1: “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.”

F2.3: “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos”.

F3.2: “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.”

F3.3: “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.”

F3.4: “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.”

F3.5: “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.”

F4.1: “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.

F4.2: “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.” (Regulamento nº 129/2011)

Desta forma, estas competências foram adquiridas e consolidadas por meio das atividades desenvolvidas, conforme será descrito a seguir.

Durante este estágio, tive a oportunidade de participar no projeto “Consigno na Demência”, no âmbito do qual foi concebido, planeado e implementado um plano de conceção de cuidados individualizado. Este inclui a intervenção “executar estimulação cognitiva”, dirigida a três pessoas com o diagnóstico de “Cognição Comprometida”.

As sessões decorreram individualmente, nos respetivos domicílios, o que revelou vantajoso, uma vez que promoveu uma maior proximidade entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, facilitando o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança. Além disso, este contexto permitiu uma avaliação mais realista das necessidades e, conseqüentemente, uma melhor adequação das estratégias de intervenção.

Os três utentes demonstravam interesse e motivação ao longo das sessões, revelando-se colaborantes e empenhados. Cada sessão teve uma duração de aproximadamente 20 minutos sendo adaptada às capacidades cognitivas e preferências de cada pessoa, com o objetivo de estimular a atenção, a memória, a linguagem, o cálculo e as funções executivas, contribuindo para a manutenção de autonomia e qualidade de vida.

Paralelamente, também participei no projeto “Segundas Feiras Positivas”, onde dinamizei uma sessão de relaxamento com recurso à técnica de “Imaginação Guiada”,

adaptada a um cenário de montanha (Anexo I). Antes da sessão, foi solicitado aos profissionais que trouxessem um colchão, tendo o espaço sido preparado de forma a potenciar o relaxamento, com velas aromáticas, luz ambiente reduzida e música de fundo suave.

A técnica por imaginação guiada baseia-se na evocação intencional de imagens mentais e estímulos sensoriais, provenientes da memória ou da imaginação, com vista à obtenção de efeitos terapêuticos (Sampaio et al., 2023).

A sessão teve a participação de 10 profissionais de saúde, que, no final, partilharam sentimentos de maior tranquilidade, bem-estar e leveza emocional. Este *feedback* reforça a importância de iniciativas que promovam o autocuidado dos profissionais, contribuindo para a criação de um ambiente de trabalho mais positivo, com impacto na redução do *stress* ocupacional e na promoção do bem-estar físico, psicológico e emocional da equipa.

A par disto, também tive a oportunidade de participar em sessões de formação dirigida a alunos do 10º ano de uma escola secundária, cujo tema foi “Saúde Mental Positiva” (Apêndice XIII). Estas sessões decorreram durante o horário letivo, garantindo a participação de todos os alunos das turmas envolvidas.

A escolha de realizar as sessões neste período revelou-se estratégica, uma vez que permitiu alcançar um maior número de participantes e garantir uma maior adesão ao conteúdo, sem comprometer a rotina escolar dos alunos. O tema da saúde mental positiva mostrou-se particularmente pertinente, considerando os desafios que os adolescentes enfrentam nesta fase de desenvolvimento, marcada por alterações emocionais, sociais e académicas significativas.

As sessões foram dinamizadas com recurso a metodologias ativas e interativas, promovendo o envolvimento dos alunos através de dinâmicas de grupo, debates e momentos de partilha. O principal objetivo foi sensibilizar para a importância da promoção da saúde mental, fornecendo estratégias práticas para a gestão emocional, a valorização da autoestima e o fortalecimento das relações interpessoais.

O *feedback* recolhido junto dos alunos e professores foi bastante positivo. Muitos alunos demonstraram interesse em aprofundar o tema e destacaram a importância de se falar mais abertamente sobre saúde mental no contexto escolar. Por sua vez, os professores

realçaram a relevância da iniciativa como complemento ao currículo, bem como a necessidade de integrar mais frequentemente este tipo de ações preventivas e educativas no ambiente escolar.

Esta experiência revelou-se extremamente enriquecedora do ponto de vista profissional e pessoal, permitindo não só aplicar conhecimentos adquiridos na área bem como também a desenvolver competências de comunicação, dinamização de grupos e adaptação da linguagem ao público-alvo.

### **5.3 Cuidar da pessoa em contextos especializados**

O estágio de natureza profissional III foi realizado num serviço de cuidados especializados, nomeadamente, na área de reabilitação psicossocial, numa instituição situada na zona norte do país.

No decorrer do estágio, foram alcançadas diversas competências específicas, tais como:

F.1.1: “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”

F.2.1: “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.”

F.2.3: “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.”

F.3.5: “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.”

F.4.1 : “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.”

F.4.2 : “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.”

F.4.3 : “Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais” (Regulamento nº 129/2011).

Neste sentido, o desenvolvimento destas competências foi consolidado durante as atividades que serão detalhadas adiante.

Por sugestão da enfermeira chefe, foi solicitado que fossem realizadas três sessões de formação com as TAS, devido aos problemas identificados na equipa. Essas sessões ocorreram uma vez por semana, com a duração de uma hora cada, abordando os seguintes temas: gestão de conflito, gestão das emoções e comunicação assertiva.

No decorrer das sessões, os participantes participaram ativamente quando solicitado, demonstraram interesse e motivação relativamente aos temas apresentados, tendo contribuído positivamente para as suas aprendizagens. No final de cada sessão, foi estipulado de forma estratégica um momento de reflexão para que houvesse partilha e interação entre todos, de forma a consolidar melhor os conhecimentos.

No contexto deste estágio, também foi implementado, um projeto destinado à reabilitação funcional das utentes, visando promover a sua autonomia no quotidiano. Este projeto inclui sessões de psicoeducação e de treino de autonomia designado como “Treino de Autonomia e Competências Sociais”, onde se encontra detalhado no Apêndice III. Para a seleção dos utentes a integrar este programa, foi elaborado um fluxograma (Apêndice IV), que se inicia com a admissão da utente, seguida de uma avaliação multidisciplinar e aplicação da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF). Caso a utente apesente potencial para o programa, é integrada no mesmo.

A intervenção psicoterapêutica “Psicoeducação” visa dotar as pessoas de conhecimentos e capacidades que partilham de um mesmo problema de manutenção

de saúde (Sequeira & Sampaio, 2020). Para tal, deve ser delimitada no tempo, estruturada em sessões, focada na atualidade e na técnica de resolução de problemas.

A CIF avalia a funcionalidade e a incapacidade, considerando as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação, bem como fatores contextuais. No entanto, no âmbito do estágio, foi avaliada apenas a função “atividades e participação”, uma vez que as demais funções foram consideradas dentro dos parâmetros de funcionalidade pela equipa multidisciplinar.

O domínio “atividades e participação” da CIF é composto pelos seguintes itens: “aprendizagem e aplicação do conhecimento”, “tarefas e demandas gerais”, “comunicação e mobilidade”, “cuidado pessoal”, “vida doméstica”, “relações e interações interpessoais”, e “áreas principais da vida”.

Após a aplicação da CIF às utentes, os dados obtidos foram analisados para identificar os itens com maiores défices e, posteriormente, desenvolveu-se um plano de intervenção psicoterapêutica adequado às necessidades das utentes. A análise revelou que, embora algumas utentes apresentem dificuldades severas ou moderadas no qualificador de desempenho, em relação ao qualificador de capacidade, as dificuldades são leves, conforme se pode verificar através do quadro 1. Ou seja, todas as utentes têm potencial para melhorar e alcançar uma maior autonomia.

## Quadro 1

*Análise dos dados obtidos relativamente ao Domínio “Atividades e Participação”*

ITENS	Qualificador de desempenho (Ambiente Real)	Qualificador de capacidade (Ambiente Ideal)	Dificuldade de desempenho (%)	Dificuldade de capacidade (%)
<b>Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento</b> Máximo: 24	3,4	0,4	14,2% - Leve	1,67% - Leve
<b>Tarefas e Demandas gerais</b> Máximo: 8	3	1	37,5% - Moderado	12,5% - Leve
<b>Comunicação</b> Máximo: 20	5,4	0,8	27% - Moderado	4% - Leve
<b>Mobilidade</b>	7,8	5	32,5% - Moderado	20,83% - Leve

<b>Máximo: 24</b>				
<b>Cuidado Pessoal</b> <b>Máximo: 28</b>	2	0,2	7,1% - Leve	0,71% - Leve
<b>Vida Doméstica</b> <b>Máximo: 16</b>	10,2	1,4	63,75% - Severo	8,75% - Leve
<b>Relações e Interações interpessoais</b> <b>Máximo: 28</b>	10,4	3,6	37,1% - Moderado	12,86% - Leve
<b>Áreas Principais da Vida</b> <b>Máximo: 24</b>	15,8	5	65,8% - Severo	20,83% - Leve
<b>Vida Comunitária Social e Cívica</b> <b>Máximo: 20</b>	8,4	2	42% - Moderado	10% - Leve

Desta forma, o programa foi implementado a cinco utentes com maior potencial para alcançar um nível acrescido de autonomia. Todas as utentes demonstraram interesse em participar e aceitaram integrá-lo de forma voluntária, com a possibilidade de se ausentarem a qualquer momento.

Na execução deste programa, participei ativamente nas intervenções de treino de autonomia, que incluíram sessões teóricas e práticas sobre vida comunitária, social e cívica; comunicação e gestão da vida doméstica, incluindo exercícios de tomada de decisão para reforço da autoconfiança. As sessões práticas decorreram em contextos reais, como idas a um restaurante, ao cinema e a um supermercado, permitindo às utentes aplicar e consolidar as competências adquiridas em situações do dia a dia. Estas intervenções foram orientadas pelos princípios do *Recovery* e *Empowerment*, promovendo a participação ativa das utentes no seu próprio processo de reabilitação e incentivando-as a identificar e utilizar os seus recursos pessoais e comunitários.

A relação terapêutica foi construída de forma gradual, através de escuta ativa, respeito pelas escolhas individuais e valorização dos progressos, o que facilitou o envolvimento das utentes nas atividades. Apesar de o tempo limitado de estágio não ter possibilitado o envolvimento direto dos familiares, reconheço que essa participação constituiria uma mais-valia para potenciar os resultados obtidos e assegurar a continuidade das estratégias de autonomia no contexto familiar e social.

#### **5.4 Contributo da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica**

A componente clínica representa uma fase essencial na formação do EEESMP, contribuindo, significativamente, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Segundo o Regulamento nº 129/2011, o EEESMP mobiliza na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos evidenciando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, refletidos em competências clínicas especializadas. Esta articulação de conhecimentos tornou-se evidente ao longo de todo o percurso clínico, através da implementação de intervenções psicoterapêuticas centradas na pessoa e adaptadas às suas necessidades.

Os diferentes contextos de estágio, com as suas múltiplas realidades, desafios e dinâmicas de equipa, proporcionaram oportunidades únicas para a aquisição de competências avançadas, impulsionando o crescimento enquanto profissional de saúde. A diversidade dos contextos clínicos permitiu ampliar os conhecimentos teóricos em situações concretas, promovendo uma aprendizagem significativa e sustentada numa prática reflexiva e crítica.

A integração em equipas multidisciplinares revelou-se um dos pilares do desenvolvimento profissional. Esta integração exigiu não só competências técnicas e científicas, mas também de competências relacionais, emocionais e éticas, fundamentais para dar resposta de forma adequada às necessidades dos utentes e dos serviços.

O desenvolvimento pessoal foi, especialmente, marcado pela valorização da relação terapêutica, entendida como um processo dinâmico e colaborativo entre o enfermeiro e o utente, centrado na confiança, empatia, escuta ativa e autenticidade (Peplau, 1990). Tal como referem Sequeira e Sampaio (2020), a comunicação terapêutica baseia-se na utilização intencional do conhecimento da comunicação através do estabelecimento de uma relação efetiva de confiança que permite à pessoa enfrentar os seus problemas de forma mais eficaz.

A prática clínica permitiu também o desenvolvimento de um conjunto de qualidades descritas por Phaneuf (2005), nomeadamente a empatia, a escuta ativa, a capacidade de autorreflexão e a inteligência emocional – elementos centrais no desempenho do papel do EEESMP.

Conforme defende a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e autores reforçam, como Townsend (2009), ressalta-se a importância da presença terapêutica e da capacidade do enfermeiro para promover ambientes seguros e facilitadores do processo de mudança e reabilitação da pessoa em sofrimento psíquico. Neste sentido, a prática clínica revelou-se um campo privilegiado para o desenvolvimento destas capacidades, consolidando um perfil profissional mais confiante e ético.

Paralelamente, os desafios encontrados ao longo do percurso exigiram a mobilização de recursos internos como a resiliência, a capacidade de adaptação e o pensamento crítico, competências fundamentais para a construção da identidade profissional. Estes desafios funcionaram como oportunidades de aprendizagem transformadora, que me permitiram reconhecer pontos fortes, como a capacidade de criar relações de confiança com as utentes e de comunicar de forma empática, bem como a identificação de aspetos a melhorar, como a gestão do tempo e a priorização de tarefas em contexto clínico dado o reduzido tempo de estágio de natureza profissional. Ao lidar com estas situações, desenvolvi maior segurança na tomada de decisões, aprimorei a minha capacidade de organização e aumentei a confiança para agir de forma assertiva perante imprevistos, o que representou um avanço significativo no meu autoconhecimento e crescimento pessoal.

Assim, a componente clínica foi determinante na consolidação dos conhecimentos que adquiri ao longo do percurso formativo, permitindo-me desenvolver competências especializadas e fortalecer a minha identidade enquanto futura EEESMP. Este percurso também representou um crescimento pessoal profundo: aprendi a reconhecer melhor as minhas emoções em contexto de prática, a estabelecer relações mais empáticas com as pessoas que cuidei e a oferecer cuidados com maior sensibilidade e presença. Estas experiências permitiram-me compreender, na prática, que cuidar vai muito além da técnica — envolve estar disponível, ouvir e criar um espaço seguro para o outro.

## **PARTE DOIS: A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDENCIA**

A prática baseada na evidência é amplamente reconhecida como uma abordagem coerente, segura e organizada para implementação de práticas profissionais, priorizando aquelas que oferecem os melhores resultados e otimizam os recursos disponíveis (Peixoto et al., 2016).

Com o objetivo de atender às exigências de uma prática de cuidados fundamentada em evidências, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Esta revisão centrou-se nas intervenções autónomas do EEESMP voltadas para a promoção do autocuidado na pessoa com esquizofrenia. A escolha do tema reflete a importância de desenvolver estratégias que empoderem os indivíduos a aumentarem a sua autonomia, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

### **1 Revisão Integrativa da Literatura - Promoção do Autocuidado: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Esquizofrenia**

A esquizofrenia é um transtorno mental crónico e é caracterizada por alterações graves no pensamento, nas emoções e no comportamento (Kalavalli et al., 2021). As primeiras manifestações surgem, geralmente, entre o fim da adolescência e o início da idade adulta (Spagolla & Costa, 2021).

A pessoa com esquizofrenia tem dificuldade em compreender os sintomas e a entender o mundo que a rodeia, pois vive uma realidade diferente, paralela ao mundo real (Chavertana, 2020).

O evoluir rápido desta condição clínica leva a distorções da atenção e percepção dos indivíduos, o que origina pensamentos automáticos disfuncionais (Sahin Altun et al., 2021).

Os pensamentos automáticos disfuncionais emergem sem julgamento consciente e afetam as emoções e comportamentos dos indivíduos, podendo afetar as atividades de vida diária, as relações sociais, a comunicação, a vida profissional e a aceitação da doença e do tratamento impedindo-o de realizar os seus autocuidados (Sahin Altun et al., 2021). Desta forma, é possível caracterizar a sintomatologia como positiva: alucinações, delírios, perturbações do pensamento, linguagem e sentimentos e, como negativa: isolamento, perda de volição e depressão (Coelho, 2015).

Segundo a definição de Dorothea Orem, o autocuidado consiste num conjunto de atividades que cada indivíduo inicia e realiza com o objetivo de manter a vida, o bem-estar e a saúde. Quando as exigências do autocuidado são maiores do que a capacidade de resposta do indivíduo, surge um défice no autocuidado (Coelho, 2015).

O comprometimento do autocuidado nestes indivíduos revela-se um desafio para as suas famílias e para a sociedade. Neste sentido, cabe ao enfermeiro abordar a pessoa com esquizofrenia e a sua família por meio de intervenções que potencializam o seu processo de reabilitação psicossocial (Pinho et al., 2021).

As intervenções de enfermagem devem ir ao encontro das necessidades dos indivíduos, ajudando-os a superar as suas dificuldades, promovendo um autocuidado adequado. Neste sentido, o enfermeiro desempenha um papel crucial na promoção do autocuidado, em indivíduos com esquizofrenia, através de um conjunto de intervenções autónomas.

As intervenções autónomas de enfermagem compreendem as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade que, assenta em contributos da investigação em enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro). Deste modo, visam dar resposta a um diagnóstico de enfermagem, que neste contexto seria “Autocuidado, comprometido”.

Face ao supracitado, a pergunta de investigação é:

“Quais as intervenções autónomas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na promoção do autocuidado na pessoa com esquizofrenia?”

O objetivo geral do estudo passa por identificar as intervenções autónomas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na promoção do autocuidado na pessoa com esquizofrenia.

## Métodos

Para responder ao objetivo definido, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre as intervenções autónomas de enfermagem que promovem o autocuidado na pessoa com esquizofrenia.

O objetivo de uma revisão integrativa da literatura consiste em reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Mendes et al., 2008).

Segundo Mendes et al. (2008), para a construção de uma revisão integrativa da literatura são necessárias 6 etapas, que foram devidamente percorridas, como mostra o quadro 2.

## Quadro 2

### *Componentes da Revisão Integrativa da Literatura*

<p><b>Fase 1: Estabelecimento da hipótese ou questão de partida</b></p>	<p><u>Escolha e definição do tema:</u> Promoção do autocuidado na pessoa com esquizofrenia.</p> <p><u>Objetivos:</u> Identificar as intervenções autónomas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na promoção do autocuidado na pessoa com esquizofrenia.</p> <p><u>Identificação descritores:</u> (schizophrenia) AND (nursing care) AND (self care)</p>
<p><b>Fase 2: Amostragem ou busca na literatura</b></p>	<p><u>Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão:</u> Artigos publicados nos últimos 5 anos (2019-2024); com texto integral de acesso livre; nos idiomas português, inglês e espanhol e que dessem resposta ao objetivo do estudo. Os artigos que incluíssem outro tipo de intervenções multidisciplinares noutros contextos e noutras populações foram eliminados.</p> <p><u>Uso de base de dados:</u> A pesquisa na web decorreu entre fevereiro e abril de 2024 nas seguintes bases de dados: PubMed, Google Scholar, CINAHL, Medline e Nursing &amp; Allied Health Collection: Comprehensive.</p> <p><u>Seleção dos estudos:</u> Os estudos foram selecionados tendo em conta o método PRISMA, conforme está demonstrado na figura 1.</p>
<p><b>Fase 3: Categorização dos estudos</b></p>	<p><u>Extração das informações; organização e sumarizar as informações e formação do banco de dados:</u> Os artigos</p>

	selecionados foram categorizados de acordo com o objetivo, métodos, principais resultados e intervenções autónomas de enfermagem que emergiram dos resultados, conforme apresentado no quadro 2.
<b>Fase 4: Avaliação dos estudos incluídos na revisão</b>	<u>Aplicação de análises estatísticas e inclusão/exclusão de estudos:</u> Esta fase é aprofundada no capítulo dos resultados. <u>Análise crítica dos estudos selecionados:</u> A análise crítica dos estudos foi realizada de forma descritiva.
<b>Fase 5: Interpretação dos resultados</b>	<u>Discussão dos resultados:</u> A discussão dos resultados consiste no agrupamento das intervenções autónomas de enfermagem em 4 áreas distintas: promoção do funcionamento social, treino do autocuidado, envolvimento da família e outras intervenções. <u>Propostas de recomendações e sugestões para futuras pesquisas:</u> Esta fase é aprofundada no capítulo da discussão.
<b>Fase 6: Síntese de conhecimento ou apresentação da revisão</b>	<u>Resumo das evidências disponíveis e criação de um documento que descreva detalhadamente a revisão:</u> A divulgação é realizada através do presente artigo.

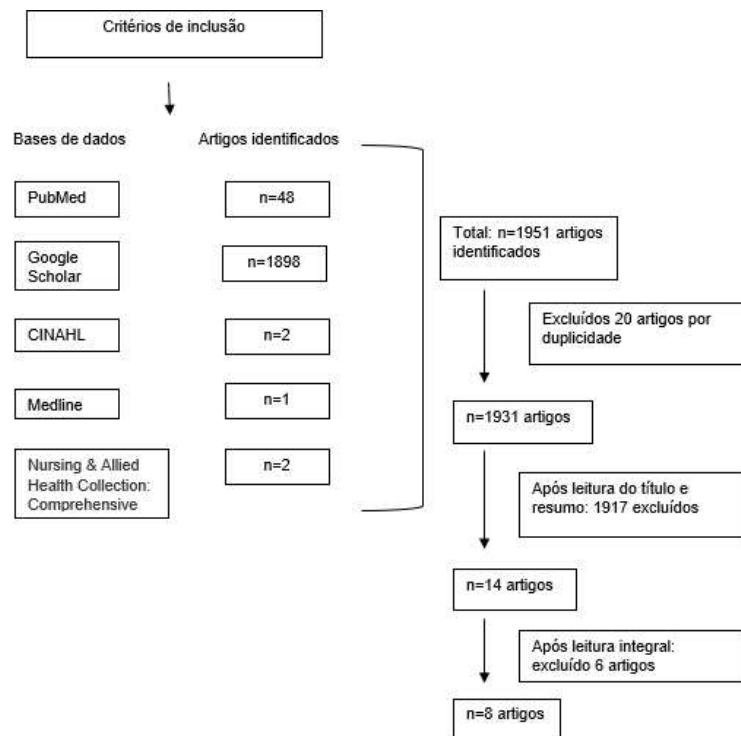
*Nota.* Adaptado de: Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão Interativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Copyright 2024 da Revista Texto & Contexto – Enfermagem.

## Resultados

Foram identificados 1951 artigos dos quais 8 integram a revisão da literatura, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, como se verifica na figura 1.

**Figura 1**

*Processo de Seleção dos Estudos Incluídos na Revisão da Literatura*



*Nota.* Adaptado de: Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. (2015). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>. Copyright 2024 da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.

Os artigos incluídos na revisão integrativa foram sujeitos a uma análise categorial, através de quatro categorias pré-estabelecidas: objetivo, método, principais resultados e intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados. A apresentação dos resultados foi descritiva, conforme demonstrado no quadro 3.

### Quadro 3

#### Estudos Incluídos na Revisão Integrativa

Amir, F., Suhron, M., & Sulaihah, S. (2021). Family care model development in treating schizophrenia patients that have self-deficit nursing based system: Structural equation modeling analysis. <i>International Journal Of Health &amp; Medical Sciences</i> , 5(1), 7-14. <a href="https://doi.org/10.21744/ijhms.v5n1.1808">https://doi.org/10.21744/ijhms.v5n1.1808</a>			
<b>Objetivo principal</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)</b>
Desenvolver um modelo de cuidado familiar no cuidado de doentes esquizofrénicos que vivenciam auto défice baseado num sistema de enfermagem durante a covid-19	- Estudo transversal - n = 72 famílias	Fatores familiares e fatores condicionantes: psicoeducação, adaptação ao estresse, treinamento de estabilidade emocional, reconhecimento e resolução estruturado de problemas	- Orientar o doente para a realidade - Promover um nível de funcionamento social - Identificar pontos fortes e ativos - Encorajar a interação social - Ajudar a comunicar eficazmente com os outros - Estabelecer um equilíbrio adequado de sono - Fornecer treinos de autocuidado - Manter rotinas adequadas para o bem-estar físico - Compartilhar informações sobre a condição, tratamento e autocuidado com o doente/família - Explorar as preocupações emocionais, sociais e espirituais
Rizal, A. A. F., Milkhatun, M., Asthiningsih, N. W. W., & Sutriani, M. (2022). Self-care assistance approach to Dorothea Orem theory on activity daily living capabilities of schizophrenic patients at Atma Husada Mahakam Psychiatric Hospital, Samarinda. <i>South East Asia Nursing Research</i> , 4(3), 14-20. <a href="https://doi.org/10.26714/seanr.4.3.2022.14-20">https://doi.org/10.26714/seanr.4.3.2022.14-20</a>			
<b>Objetivo principal</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)</b>
Determinar o efeito da abordagem de autocuidado da teoria de Dorothea Orem nas AVD's de doentes esquizofrénicos no Hospital Psiquiátrico Atma Husada Mahakam, Samarinda	- Estudo quase experimental - n = 30 doentes esquizofrénicos com défices no autocuidado	- Aumento da capacidade de AVD's está relacionado com a idade, sexo, escolaridade, estado civil e tipo de esquizofrenia. - Terapia de reabilitação com assistência ao autocuidado melhorou a capacidade de AVD's em doentes esquizofrénicos	- Fornecer treinos de autocuidado
Kalavalli, Kanniammal, & Malarvizhi. (2021). Effectiveness of practicing self-care module on Activities of Daily Living (ADL) among patients with schizophrenia in a selected Hospital. <i>International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences</i> , 12(1), 39-45. <a href="https://doi.org/10.26452/ijrps.v12i1.3909">https://doi.org/10.26452/ijrps.v12i1.3909</a>			
<b>Objetivo principal</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)</b>

Treinar os doentes esquizofrénicos para melhorar as suas atividades de vida diária	- Estudo quase experimental - n = 30 doentes com esquizofrenia	- Melhoria no desempenho das AVD's após o programa baseado no módulo de autocuidado	- Fornecer treinos de autocuidado - Compartilhar informações sobre a condição, tratamento e autocuidado com o doente/família - Ajudar a comunicar eficazmente com os outros
Zhang, Y. (2022). Application research of humanistic care and situational integration in nursing of schizophrenia in recovery period. <i>Contrast Media and Molecular Imaging</i> , Artigo ID 4705107. <a href="https://doi.org/10.1155/2022/4705107">https://doi.org/10.1155/2022/4705107</a>			
<b>Objetivo principal</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)</b>
Desenvolver intervenções de enfermagem para melhorar a qualidade do cuidado humanístico de enfermagem dos doentes com esquizofrenia	- Estudo quase experimental - n = 110 doentes com esquizofrenia	- O cuidado humanístico melhora a autoconfiança, as emoções negativas, a satisfação com o cuidado e promove a integração precoce na sociedade.	- Explorar as preocupações emocionais, sociais e espirituais - Compreender as diferentes necessidades dos doentes - Fornecer treino de autocuidado
Spagolla, K. C., & Costa, M. O. (2021). A atuação da enfermagem na assistência ao portador de esquizofrenia no ambiente familiar. <i>Research, Society and Development</i> , 10(7), Artigo e30410716601. DOI: <a href="https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16444">10.33448/rsd-v10i7.16444</a>			
<b>Objetivo principal</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)</b>
Conhecer de que forma a prestação de assistência de enfermagem no atendimento de pessoas esquizofrénicas pode contribuir na relação com a família durante o processo de tratamento	Revisão sistemática da literatura (10 artigos)	Os resultados encontram-se divididos entre duas temáticas: (1) papel da equipa de enfermagem na relação com os familiares de portadores de esquizofrenia (2) obstáculos e dificuldades das famílias	- Estabelecimento de uma relação terapêutica - Compreender as diferentes necessidades dos doentes - Compartilhar informações sobre a condição, tratamento e autocuidado com o doente/família - Ajudar a comunicar eficazmente com os outros - Encorajar a interação social - Encorajar as famílias - Promover um nível de funcionamento social
Calrskan, M. B., Ata, E. E., & Dikec, G. (2021). Psychosocial rehabilitation programs applied to patients with schizophrenia by psychiatric nurses: Systematic Review. <i>Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/Current Approaches to Psychiatry</i> , 13(1), 77-92. Doi: <a href="https://doi.org/10.18863/pgy.711187">10.18863/pgy.711187</a>			
<b>Objetivo principal</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)</b>
Revisar os estudos sobre programas de reabilitação psicossocial implementados por enfermeiros psiquiatras para doentes com diagnóstico de esquizofrenia	Revisão sistemática da literatura (8 artigos)	- Funcionamento social - Adesão à medicação - Adesão ao tratamento - Prevalência da sintomatologia - Deterioração cognitiva - Dependência nos autocuidados	- Fornecer programas de psicoeducação - Fornecer programas de reabilitação psicossocial no ambulatório - Estabelecimento de uma relação terapêutica - Fornecer treinos de autocuidado - Encorajar a interação social - Explorar as preocupações emocionais, sociais e espirituais

Zamanpoor, S. K., Pahlevanzadeh, S., & Alimohammadi, N. (2020). The Effectiveness of self-care training, based on the self-care model, on the global function of schizophrenia. <i>Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing</i> , 7(2), 40-51.			
<b>Objetivo principal</b>	<b>Métodos</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Intervenções autónomas de enfermagem que emergem dos resultados (linguagem natural)</b>
Investigar o impacto de um programa de educação para o autocuidado baseado no modelo de Orem em quatro estágios de avaliação, planeamento, implementação e avaliação de metas.	- Ensaio clínico - Estudo qualitativo e quantitativo - n= 70 pessoas (35 no grupo de controlo e 35 no grupo experimental)	A função global dos pacientes do grupo experimental foi superior à do grupo de controlo após 1 e 3 meses.	- Estabelecimento de uma relação terapêutica - Avaliar a compreensão do doente acerca da sua formação e défice de autocuidado
Kamesyworu, & An'umillah Fatharani, N. (2023). Case study: Nursing implementation of fulfilling self-care needs in patients with self-care deficits. <i>International Journal Scientific and Profesional</i> , 2(2), 23-25. <a href="https://doi.org/10.56988/chiprof.v2i2.53">https://doi.org/10.56988/chiprof.v2i2.53</a>			
Obter uma visão geral da implementação de necessidades adequadas de autocuidado em pacientes com deficit de autocuidado	- Estudo de caso descritivo - Estudo qualitativo - n = 2 pessoas	Sucesso na estratégia de implementação: fornecer necessidades de autocuidado de forma independente	- Estabelecimento de uma relação terapêutica - Compreender as diferentes necessidades dos doentes - Fornecer treinos de autocuidado

## Discussão

A localização geográfica dos estudos incluídos na revisão são: Brasil (1), Indonésia (3), Irão (1), China (1), Índia (1) e na Turquia (1).

Na classificação dos estudos quanto ao tipo de método, foram considerados: 3 estudos quase-experimentais, 2 revisões da literatura, 1 estudo transversal, 1 ensaio clínico e 1 estudo de caso.

Entre os estudos quase-experimentais, o número mínimo de amostra foi 30 e máximo de 110 pessoas com esquizofrenia. As revisões da literatura consistem na utilização de 8-10 artigos. O estudo transversal foi aplicado a 72 doentes, o ensaio clínico a 70 pessoas com esquizofrenia sendo que 35 pertenciam ao grupo de controlo e os outros

35 ao grupo experimental e o estudo de caso foi aplicado a 2 pessoas com esquizofrenia.

As intervenções de enfermagem identificadas e apresentadas foram selecionadas de acordo com os resultados da revisão integrativa da literatura, devendo ser adaptadas a cada caso clínico e, portanto, cabe ao enfermeiro responsável pela prestação de cuidados essa decisão.

Tendo em conta as intervenções não farmacológicas de enfermagem mais utilizadas, na promoção do autocuidado, estas foram agrupadas em 4 áreas distintas: promoção do funcionamento social, treino do autocuidado, envolvimento da família e outras intervenções.

Face a estas áreas elencou-se um conjunto de intervenções autónomas de Enfermagem com recurso a linguagem classificada, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®, versão 2015 para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem “Autocuidado, comprometido”, como mostra o quadro 4.

#### Quadro 4

*Intervenções Autónomas de Enfermagem para dar Resposta ao Diagnóstico “Autocuidado, comprometido”, segundo a CIPE®, Versão 2015 (ICN, 2016)*

Diagnóstico de Enfermagem	Área de intervenção	Intervenção de enfermagem (linguagem natural)	Intervenção autónoma de enfermagem segundo a CIPE®
Autocuidado (10017661), comprometido (10012938)	Promoção do funcionamento social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajudar a comunicar eficazmente com os outros</li> <li>- Compreender as diferentes necessidades dos doentes</li> <li>- Explorar preocupações emocionais, sociais e espirituais</li> <li>- Estabelecimento de uma relação terapêutica</li> <li>- Encorajar a interação social</li> <li>- Fornecer programas de reabilitação psicossocial no ambulatório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover (10015801) a comunicação (1004705)</li> <li>- Incentivar (10012242) a [interação social]</li> <li>- Executar (10014291) [treino de competências psicossociais]</li> </ul>
	Treino do autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter rotinas adequadas para o bem-estar físico</li> <li>- Avaliar a compreensão do doente acerca da sua formação e défice no autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar autocuidado (10021844)</li> <li>- Promover autocuidado (10026347)</li> <li>- Treinar (10020007) autocuidado (10017661)</li> </ul>

			- Ensinar sobre autocuidado (10045014)
	Envolvimento da família	- Encorajar as famílias - Compartilhar informações sobre a condição, tratamento e autocuidado com o doente/família - Fornecer programas de psicoeducação	- Envolver (10010877) a família (10007554) - Ensinar a família sobre doença [condição, tratamento e autocuidado] (10021719) - Executar (10014291) [psicoeducação]
	Outras intervenções	- Orientar o doente para a realidade - Identificar pontos fortes e ativos - Estabelecer um equilíbrio adequado do sono	- Orientar (10008592) cliente (10014132) - Promover sono (10050949) - Promover <i>status</i> psicológico positivo (10032505)

Para uma melhor compreensão, esta discussão está organizada em torno das mesmas.

### **Promoção do funcionamento social**

A comunicação é um dos focos centrais relativamente à pessoa com esquizofrenia (Carvalho, 2012), uma vez que a interação social é prejudicada em função das dificuldades ao nível da comunicação.

No estudo de D'Assunção et al. (2016), a interação social é vista como uma intervenção favorável aos doentes com esquizofrenia. Os enfermeiros devem incentivar o envolvimento do doente, bem como a interação social levando ao bem-estar funcional (Souza & Gusmão, 2017).

Segundo Galvão (2020), competência social é identificada como o desempenho social do individuo, ou seja, a capacidade deste em organizar pensamentos, sentimentos e ações adequados ao ambiente onde está inserido e de acordo com os seus próprios valores e objetivos.

A falta de *insight* afeta negativamente o funcionamento social, o desempenho no autocuidado e as relações interpessoais (Yuksel & Bahadir-Yilmaz, 2021). Para tal, torna-se imperioso intervir no treino de competências psicossociais de modo a promover a comunicação, a resolução de problemas e o aumento do nível de conhecimentos, levando a um adequado funcionamento social (Ongun et al., 2022).

Ongun et al. (2022), revelam nos seus estudos que a realização do treino de competências psicossociais, quer no internamento, quer no ambulatório, é essencial para melhorar a qualidade de vida dos doentes com esquizofrenia.

Desta forma, “executar [treino de competências psicossociais]” garante uma melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida (Yuksel & Bahadir-Yilmaz, 2021).

Assim, para melhorar o funcionamento social destes indivíduos, destaco as seguintes intervenções autónomas de enfermagem: promover (10015801) a comunicação (1004705); incentivar (10012242) a [interação social] e executar (10014291) [treino de competências psicossociais].

### **Treino do autocuidado**

A vida de uma pessoa com esquizofrenia concerne principalmente em enfrentar os desafios do dia a dia. Atividades como levantar da cama, cuidar da higiene pessoal ou tomar o pequeno-almoço podem, com o tempo, tornar-se um problema (Pawlowski et al., 2022).

O autocuidado consiste na prática de atividades que o indivíduo inicia e executa para o seu próprio benefício a partir de determinados requisitos que podem ser fisiológicos, de desenvolvimento ou comportamentais (Silva, 2013).

A perda de motivação e interesse pela vida são fatores que contribuem para o défice no autocuidado, uma vez que a apatia interfere nas atividades de vida diária (Rosmini et al., 2020).

Neste sentido, o objetivo do enfermeiro é ajudar o indivíduo a realizar ações relacionadas com o autocuidado, de modo a conservar a sua saúde e a recuperar de uma situação de doença. Para que as pessoas sejam capazes de realizar o seu autocuidado, é necessário que possuam as capacidades adequadas, ou seja, que consigam regular os fatores internos e externos que afetam o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Coelho, 2015).

Esta capacidade de se envolver e executar as atividades está sujeita a vários fatores como, idade, experiências de vida, valores, crenças, cultura em que se está inserido,

assim como limitações físicas e psicológicas. Estes fatores implicam a necessidade de compreensão e treino (Silva, 2013).

Assim, o treino do autocuidado realizado de forma diária e sistematizada, pode ajudar a reduzir a abulia (Rosmini et al., 2020). Para o autor, a implementação de sessões de educação em saúde focadas na autonomia da pessoa com esquizofrenia são uma mais-valia significativa para promover autocuidado (10026347) (Rosmini et al., 2020).

Esse enfoque no autocuidado é um princípio orientador essencial nas intervenções autónomas de enfermagem (Coelho, 2015). Para tal, é primordial que a equipa de enfermagem foque em avaliar autocuidado (10021844), ensinar sobre autocuidado (10045014) e treinar (10020007) autocuidado (10017661), de forma a assistir a pessoa na recuperação da doença.

### **Envolvimento da família**

O apoio e o envolvimento da família são considerados fatores protetores no processo de reabilitação social da pessoa com esquizofrenia uma vez que contribuem para a melhoria de cuidados prestados (D'Assunção et al., 2016). No entanto, existem lacunas no que concerne aos conhecimentos acerca da doença, tratamento e condição de saúde levando à sobrecarga dos cuidadores (Souza & Gusmão, 2017).

Neste sentido, é imperial dotar de conhecimentos o doente e as famílias sobre saúde mental. Carvalho (2012), refere que cabe à equipa de enfermagem a responsabilidade de dotar os doentes e as famílias de competências para saberem lidar com as situações do dia a dia. Por esse motivo, executar intervenção psicoeducacional, releva-se imprescindível para promover condições para que os cuidadores sejam capazes de criar mecanismos que sustentem a sua prática de cuidados (Souza e Gusmão, 2017; Hartanto et al., 2019). Para além disto, os programas de psicoeducação, também se mostram eficazes na redução do estigma, contribuindo desta forma para uma melhoria contínua de cuidados (Mohammed et al., 2021)

O conhecimento das características das famílias é fundamental pois cada uma tem as suas especificidades. Sendo a enfermagem uma área de conhecimentos próprios, cabe aos enfermeiros tomarem decisões autónomas: envolver (10010877) a família (10007554); ensinar a família sobre doença [condição, tratamento e autocuidado] (10021719) e executar (10014291) [psicoeducação].

## **Outras intervenções**

As pessoas com esquizofrenia precisam de orientação e de apoio externo para que tenham capacidade de cuidar de si próprios, de forma independente, e disposição para resolverem os problemas (Rosmini et al., 2020).

Segundo Galvão (2020), a capacidade de ouvir o indivíduo sem o julgar, compreender o silêncio, as mensagens verbais e não verbais e tudo o que é dito de forma indireta, contribui para que estes indivíduos mudem os comportamentos menos saudáveis e adquirem comportamentos de saúde positivos.

De acordo com a Teoria de Dorothea Orem, o objetivo do enfermeiro consiste em ajudar os indivíduos a alcançar e a manter o autocuidado adequado de modo a promover a sua saúde e o bem-estar. Tendo por base a teoria, as necessidades do autocuidado podem ser classificadas de acordo com três categorias: necessidades fundamentais como a alimentação, padrão de sono e repouso; necessidades relacionadas com o ciclo vital e necessidades que resultam das alterações do estado de saúde (Coelho, 2015).

Para um bom funcionamento social nestes indivíduos, é essencial ter hábitos de sono adequados e saudáveis. Num estudo realizado por Cordeiro (2015), em pessoas com esquizofrenia foi evidente que a prática de exercício físico melhorou a qualidade de vida e a saúde física além de combater as emoções negativas, reduzir o *stress*, melhorar a qualidade de sono, a autoestima e ainda, os sintomas positivos.

Neste âmbito, como intervenções autónomas de enfermagem podem ser instituídas: orientar (10008592) cliente (10014132), promover sono (10050949) e promover *status* psicológico positivo (10032505).

Estes resultados podem ser pertinentes na prestação de cuidados de enfermagem neste âmbito. Contudo, existem algumas limitações do estudo que podem influenciar os resultados obtidos, tais como a existência de outras intervenções não mencionadas, a dificuldade na utilização de linguagem classificada, além de existir uma lacuna na literatura sobre intervenções autónomas de enfermagem, especificamente em Portugal, indicando a necessidade de conduzir estudos locais para entender melhor o contexto e as práticas específicas do país.

## **Conclusão**

O desenvolvimento deste estudo permitiu identificar um conjunto de intervenções autónomas de enfermagem para a promoção do autocuidado, em pessoas com esquizofrenia. Estas intervenções foram inferidas para quatro áreas de atenção: promoção do funcionamento social, treino do autocuidado, envolvimento da família e outras intervenções.

Assim, torna-se primordial capacitar os indivíduos com esquizofrenia através do ensino, treino e incentivo para a participação ativa no seu processo de tratamento. Também, envolver as famílias através de programas de psicoeducação promove um ambiente de apoio no autocuidado.

## **Implicações para a prática clínica**

As implicações para a prática clínica decorrentes desta revisão integrativa da literatura, sobre a promoção do autocuidado em pessoas com esquizofrenia, destacam a importância fundamental do papel do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica no apoio aos défices e na realização do potencial dos doentes. O enfermeiro, ao adotar este conjunto de intervenções autónomas no seu plano de cuidados, pode contribuir significativamente para a melhoria da saúde mental, do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia.

Através de intervenções focadas no autocuidado, os doentes adquirem uma maior autonomia e autoestima, capacitando-os a gerir melhor a sua condição de saúde e a tomar decisões informadas. Estas intervenções podem contribuir para a diminuição das taxas de reinternação hospitalar, ao manter os doentes estáveis, ao ajudá-los a reconhecer precocemente os sinais de recaída e na medida em que são contrariados os défices (sem sinais de doença) e se promove um projeto de vida.

## **2 A Prática Baseada em Evidência**

De acordo com o Regulamento nº140/2019 (6 de fevereiro, 2019), é dever do enfermeiro fundamentar a sua prática clínica em evidências científicas, assegurando, assim, a prestação de cuidados de qualidade, a promoção do conhecimento e o desenvolvimento contínuo da prática clínica especializada.

No capítulo seguinte, será descrito o programa a ser implementado, detalhando as estratégias e intervenções, com especial atenção ao papel do EEESMP.

### **2.1 Descrição do programa a implementar**

O programa tem como objetivo geral aumentar a autonomia e a funcionalidade de pessoas com esquizofrenia nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Como objetivos específicos propõe-se: identificar as barreiras e dificuldades enfrentadas pelos utentes no autocuidado; promover a aprendizagem e a consolidação de estratégias que facilitem a autonomia; estimular a melhoria das competências interpessoais; incentivar o envolvimento das famílias no suporte ao autocuidado e na melhoria das relações familiares; fomentar a adesão ao plano terapêutico e avaliar o impacto das intervenções autónomas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na promoção do autocuidado dos doentes.

Tendo em conta a temática do programa, todos os participantes devem cumprir os seguintes critérios de inclusão:

- i. Cognição preservada;
- ii. Motivação e volição para participar no programa mediante assinatura do consentimento informado (Anexo II);
- iii. Comunicar na língua portuguesa;

iv. Apresentar como diagnóstico clínico principal “Esquizofrenia”.

Desta forma, serão excluídos todos os participantes que não obedecem aos critérios de inclusão supramencionados.

Neste contexto, o programa poderá ser implementado em dias úteis, no período da manhã ou da tarde. Estabeleceu-se como meta do projeto a realização de uma sessão para cada área distinta identificada, além de uma sessão inicial e uma sessão final. A duração do programa poderá ser de quatro semanas, com uma a duas sessões por semana. No entanto, poderão ser feitos ajustes em função da gestão e da disponibilidade dos participantes.

Na sessão inicial, será feita a apresentação do programa, explicado o funcionamento das sessões, obtido o consentimento informado para recolha de dados e aplicado um questionário sociodemográfico (Anexo III), o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo IV) e a Escala de Requisitos do Autocuidado validada para a população portuguesa (ERA-h) (Anexo V). Na sessão final do programa, a escala ERA-h deverá ser novamente aplicada para avaliar o impacto das intervenções autónomas do EEESMP na promoção do autocuidado. As sessões serão realizadas numa das salas de formação do serviço.

## **2.2 Método**

O programa foi implementado a dois participantes internados num serviço de saúde mental e psiquiatria de agudos de um hospital localizado no norte do país e a um participante a residir numa unidade de reabilitação psicossocial no norte do país.

Conforme referido anteriormente, na sessão inicial foi aplicado um questionário para caracterização sociodemográfica dos participantes, composto por seis perguntas de resposta fechada.

O MEEM consiste em questões que avaliam as funções cognitivas: orientação, memória, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidades construtivas. A pontuação máxima de 30 pontos e considera-se com défice cognitivo: os analfabetos ≤

15 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos e com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos.

A ERA-h é composta por 33 itens, em que as respostas a cada item são apresentadas numa escala de 1 a 5 pontos, sendo que 1 é “nada deficitário” e 5 “totalmente deficitário”. A pontuação máxima na escala é de 165 pontos, representando a total incapacidade de responder aos diferentes requisitos de autocuidado. Por outro lado, a pontuação mínima possível é de 33 pontos, indicando total capacidade de resposta aos requisitos de autocuidado (Coelho, 2015).

Os itens da escala estão agrupados em seis domínios distintos: manutenção de uma quantidade suficiente de ar água e alimentos, prestação de cuidados associados aos processos de eliminação, manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso, manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social, prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano e promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais. O quadro 5 apresenta os itens organizados por domínios.

## Quadro 5

### *Grelha de Interpretação da ERA-h*

Item 1,2,3,4,5,6 Total: 30 (Total incapacidade)	<b>D1 Manutenção de uma quantidade suficiente de ar, água e alimentos</b>
Item 7,8,9 Total: 15 (Total incapacidade)	<b>D2 Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação</b>
Item 10,11,12,13,14,15 Total: 30 (Total incapacidade)	<b>D3 Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso</b>
Item 16,17,18 Total: 15 (Total incapacidade)	<b>D4 Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</b>
Item 19,20,21,22,23,24,25,26,27,28 Total: 50 (Total incapacidade)	<b>D5 Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano</b>
Item 29,30,31,32,33 Total: 25 (Total incapacidade)	<b>D6 Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais</b>

Importa referir, que foi solicitada devida autorização à Investigadora Joana Coelho para utilização da escala ERA-h (Anexo VI).

Relativamente ao planeamento das sessões, este foi desenvolvido com o objetivo de uniformizar e orientar a prática de cuidados. Contudo, admite-se a necessidade de ajustes em função das características e necessidades individuais de cada participante, de forma a garantir a personalização das intervenções e a sua eficácia.

As sessões foram delineadas com base nas quatro áreas distintas das intervenções autónomas de enfermagem, tendo em consideração as intervenções não farmacológicas mais utilizadas na promoção do autocuidado: promoção do funcionamento social, treino do autocuidado, envolvimento da família e outras intervenções.

Cada uma das áreas foi desenvolvida de forma a garantir a adaptabilidade às necessidades dos participantes, utilizando metodologias ativas e participativas. As atividades realizadas incluíram demonstrações práticas, exercícios individuais e em grupo, jogos pedagógicos e momentos de reflexão conjunta.

O programa implementado encontra-se no Apêndice XIV onde é apresentada a descrição detalhada de cada sessão, o foco temático e as metodologias aplicadas.

## **2.3 Resultados**

No seguimento do estudo realizado, pretende-se apresentar uma visão global dos resultados obtidos após a implementação do programa. Para tal, procede-se à análise dos resultados com base na categorização dos domínios relativos à escala ERA-h.

Após aplicação do MEEM, verificou-se que todos os participantes apresentam cognição preservada. O estudo contou com a participação de três pessoas, um do sexo masculino e duas do sexo feminino.

Relativamente ao estado civil, dois participantes eram solteiros e um divorciado. No que diz respeito ao nível de escolaridade, os participantes possuem diferentes graus de formação: um tem o 4º ano, outro o 7º ano e um é licenciado.

Quanto à situação profissional, dois dos participantes encontram-se desempregados e um está reformado. Os diagnósticos apresentados incluem perturbação esquizofrénica, sendo que um dos participantes tem como diagnóstico perturbação esquizoafetiva.

Para facilitar a interpretação dos dados, o quadro 6 apresenta uma caracterização detalhada dos participantes do estudo, onde está descrito o sexo, a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, a situação profissional e o diagnóstico.

## Quadro 6

### *Caracterização dos participantes do estudo*

Participante	Sexo	Idade	Estado civil	Nível de escolaridade	Situação profissional	Diagnóstico
1	Masculino	36	Solteiro	7º ano	Desempregado	Perturbação esquizofrénica
2	Feminino	43	Solteiro	Licenciatura	Desempregado	Perturbação esquizoafetivo
3	Feminino	59	Divorciado	4º ano	Reformado	Perturbação esquizofrénica

Como mencionado anteriormente, foi realizada uma avaliação da escala ERA-h na primeira e última sessão. Após a caracterização sociodemográfica dos participantes, seguem-se os resultados das duas avaliações, permitindo analisar a evolução dos participantes ao longo do programa.

O quadro 7 apresenta os resultados da escala ERA-h, organizados de acordo com os seis domínios avaliados, considerando os resultados iniciais e finais dos três participantes.

## Quadro 7

### *Apresentação dos resultados da escala ERA-h*

<b>Domínios</b>	<b>Participante</b>	<b>Sessão inicial</b>	<b>Sessão final</b>
<b>D1 - Manutenção de uma quantidade suficiente de ar, água e alimentos</b>	1	24/30	17/30
	2	16/30	14/30
	3	18/30	16/30
<b>D2 - Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação</b>	1	3/15	3/15
	2	3/15	3/15
	3	3/15	3/15
<b>D3 - Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso</b>	1	16/30	13/30
	2	17/30	16/30
	3	21/30	20/30
<b>D4 - Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social</b>	1	4/15	4/15
	2	12/15	10/15
	3	12/15	12/15
<b>D5 - Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano</b>	1	27/50	20/50
	2	22/50	20/50
	3	22/50	21/50
<b>D6 - Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais</b>	1	20/25	17/25
	2	20/25	17/25
	3	17/25	15/25

Os resultados apresentados no quadro 7 fornecerem uma visão detalhada sobre o desempenho dos participantes em cada um dos seis domínios da escala ERA-h. Esta organização permite observar as variações entre a sessão inicial e a sessão final, evidenciando as mudanças, conforme discuto no subcapítulo que se segue.

## 2.4 Discussão

A análise dos resultados baseou-se na categorização dos domínios da escala ERA-h, permitindo uma avaliação detalhada das várias dimensões em estudo. Os dados sugerem que, apesar das diferenças nos perfis demográficos e clínicos, todos os participantes mantêm a cognição preservada, conforme avaliado pelo MEEM.

A diversidade nas variáveis sociodemográficas, como o género, o estado civil, nível de escolaridade e situação profissional, oferece uma perspetiva abrangente sobre o grupo em análise, possibilitando uma compreensão mais aprofundada dos resultados obtidos. Esta heterogeneidade permite explorar como as características individuais podem influenciar a resposta ao programa implementado.

O programa implementado consistiu em 6 sessões, incluindo uma sessão inicial e uma sessão final. As quatro sessões intermédias focaram-se na implementação das intervenções propostas. Contudo, a sessão de *follow-up* não foi realizada, devido às limitações de tempo decorrentes do estágio. Além disso, na sessão três, que envolvia o envolvimento da família, não foi possível concretizar a participação em dois casos: um dos participantes não tinha família nem pessoa de referência, e a família do outro participante não apresentou disponibilidade para colaborar.

A discussão dos resultados será organizada por domínios da escala ERA-h permitindo uma análise pormenorizada de cada domínio.

### Domínio 1 – Manutenção de uma quantidade suficiente de ar, água e alimentos

Os três participantes apresentaram uma diminuição no *score* entre a sessão inicial e a sessão final, o que evidenciando uma melhoria nas tarefas após a implementação do programa. Na avaliação inicial, este domínio foi identificado como um dos mais deficitários para todos os participantes. No entanto, na avaliação final, embora tenha havido uma melhoria geral, apenas para o participante 2 o domínio deixou de ser considerado deficitário.

O participante 1 registou a maior redução no *score*, o que pode estar relacionado a uma maior facilidade na aquisição de conhecimentos, possivelmente associado à sua menor idade em comparação com os demais.

Essa evolução sugere que as estratégias implementadas foram eficazes para aumentar os conhecimentos e competências dos participantes, contribuindo para um melhor desempenho nas atividades associadas à manutenção de ar, água e alimento.

### Domínio 2 – Prestação de cuidados associados aos processos de eliminação

Em relação a este domínio, os resultados mantiveram-se entre a sessão inicial e a sessão final, não sendo considerado deficitário para nenhum dos participantes.

Desde a avaliação inicial, os participantes já apresentavam um nível satisfatório de funcionamento nesta área, não havendo necessidade de melhorias adicionais. Além disso, a estabilidade dos *scores* pode ser interpretada de forma positiva, indicando que, apesar das perturbações esquizofrénicas, os cuidados associados aos processos de eliminação permaneceram adequados, ao longo do tempo.

### Domínio 3 – Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso

No domínio apresentado, a avaliação inicial revelou que este era considerado deficitário para todos os participantes. No entanto, após a implementação do programa, observou-se uma evolução mais acentuada no participante 1 levando a que este deixasse de ser classificado como um domínio deficitário.

Essa melhoria sugere um aumento nos conhecimentos e habilidades necessárias para manter a habitação saudável, realizar as tarefas domésticas necessárias e cumprir as atividades propostas pela unidade. Além disso, reflete um aumento na motivação deste participante para realizar atividades essenciais ao bem-estar geral.

O participante 3, por sua vez, registou uma menor redução entre a sessão inicial e a sessão final. Embora tenha havido uma ligeira evolução, este domínio continua a ser considerado deficitário. Fatores como a idade mais avançada podem contribuir para uma menor motivação ou dificuldades em adotar uma rotina mais equilibrada.

No geral, estes resultados podem indicar a necessidade contínua de intervenções como o apoio no desenvolvimento de rotinas estruturadas e a implementação de estratégias

voltadas para o aumento da motivação na realização das atividades diárias e no cumprimento das tarefas propostas pela unidade.

#### Domínio 4 – Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social

Os resultados obtidos no domínio 4 revelam uma estabilidade geral nos *scores* entre a sessão inicial e a sessão final, com pequenas variações observadas apenas no participante 2. Observa-se também que apenas o participante 1 não apresenta um *score* deficitário desde a sessão inicial, indicando a ausência de dificuldades significativas nesta área.

O participante 1 manteve o mesmo *score* em ambas as sessões, evidenciando um equilíbrio satisfatório entre a solidão e a interação social. Essa estabilidade sugere que o participante já possuía um nível adequado de interação social, sentindo-se compreendido, valorizado e apoiado pelas pessoas ao seu redor, além de demonstrar interesse em manter relações de amizade.

Por outro lado, o participante 3 manteve os mesmos *scores* ao longo do programa, permanecendo com um dos domínios deficitários. A ausência de progressos sugere que a persistência de dificuldades no que diz respeito à interação social, à satisfação nas relações interpessoais e ao interesse em manter vínculos sociais. Fatores como a idade mais avançada, o isolamento associado à sua condição de saúde-doença ou à própria patologia podem explicar essa dificuldade em melhorar os níveis de interação social.

Neste sentido, os resultados reforçam que a interação social continua a ser um desafio relevante para pessoas com perturbações esquizofrénicas, evidenciando a necessidade de investir na promoção de um maior equilíbrio entre a solidão e a interação social.

#### Domínio 5 – Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano

Os resultados obtidos no domínio 5 revelam uma ligeira melhoria geral entre a sessão inicial e a final, com reduções mais acentuadas nos *scores* dos participantes 1 e 2. No entanto, apenas o participante 1 apresentou, na sessão inicial, um *score* mais elevado, levando à classificação deste domínio como deficitário, situação que foi revertida após a implementação do programa.

Tanto o participante 2 como o participante 3 registaram pequenas melhorias nos *scores* após a implementação do programa, o que sugere a persistência de algumas dificuldades em áreas como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, o consumo de bebidas estimulantes ou a ansiedade associada as atividades diárias e às interações sociais.

De um modo geral, os resultados indicam que as intervenções implementadas foram eficazes na promoção das competências relacionadas com esta temática. No entanto, mantém-se a necessidade de acompanhamento contínuo, com intervenções direcionadas para consolidar essas competências e garantir uma maior autonomia e segurança no quotidiano.

#### Domínio 6 – Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais

No domínio 6, os resultados obtidos, embora revelem uma ligeira melhoria geral entre a sessão inicial e a final para todos os participantes, mostram que este domínio permaneceu deficitário, tanto antes como após a implementação do programa.

Estes dados demonstram que existem dificuldades nas áreas avaliadas, refletindo desafios na adoção de estilos de vida promotores de bem-estar e qualidade de vida, bem como na assunção dos diferentes papéis sociais. A incapacidade para gerir adequadamente os recursos económicos, tomar decisões de forma autónoma e enfrentar situações novas continua a ser um obstáculo significativo para os participantes.

O participante 3, destacou-se por apresentar uma melhoria mais significativa, comparativamente aos outros participantes. Embora continue a apresentar dificuldades, essa evolução sugere um desenvolvimento mais consistente das competências necessárias para um funcionamento mais autónomo e integrado nos grupos sociais.

Os resultados indicam que as intervenções implementadas foram parcialmente eficazes na promoção de avanços nas competências avaliadas. No entanto, a manutenção do carácter deficitário neste domínio reforça a necessidade de um acompanhamento contínuo, com intervenções mais específicas e individualizadas.

## 2.5 Conclusões

A análise global dos resultados sugere que a implementação do programa teve um impacto positivo nas competências avaliadas pelos domínios da escala ERA-H, refletindo a eficácia das intervenções conduzidas pelo EEESMP. Embora nem todos os domínios tenham deixado de ser considerados deficitários, registaram-se avanços significativos em áreas específicas, como a “Manutenção de uma quantidade suficiente de ar água e alimentos” e a “Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano”.

No entanto, os domínios “Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social”, “Prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano” e “Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais” mantiveram-se deficitários para a maioria dos participantes, evidenciando a complexidade das dificuldades nestas áreas e a necessidade de um acompanhamento contínuo e mais individualizado. Fatores como a idade, a ausência de suporte familiar e as limitações associadas às perturbações esquizofrénicas podem contribuir para essa menor evolução. Estes dados reforçam a importância da persistência nas intervenções para consolidar as competências e promover uma maior autonomia nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

A impossibilidade de realização da sessão de *follow-up* devido ao tempo limitado de estágio e a falta de envolvimento familiar em dois dos casos comprometeram, em parte, o alcance das intervenções. Estes aspetos destacam a importância de um acompanhamento prolongado e da inclusão de redes de apoio social e familiar, para garantir que as competências adquiridas se mantenham e evoluam ao longo do tempo.

Apesar de os resultados indicarem que o programa foi eficaz na promoção de avanços relevantes, é fundamental reconhecer as limitações do presente trabalho. A reduzida dimensão da amostra – limitada apenas a três participantes –, o curto período de implementação e os recursos disponíveis condicionaram a generalização dos resultados e a sustentabilidade das melhorias observadas.

Neste sentido, recomenda-se a adoção de estratégias complementares, como a realização de sessões de reforço, envolvimento familiar e abordagens individualizadas, para garantir um impacto mais sustentável na vida destes indivíduos.

Assim, os resultados alcançados fornecem informações valiosas para futuras intervenções e estudos nesta área, contribuindo para um entendimento mais aprofundado das implicações cognitivas, sociais e funcionais associadas à esquizofrenia e orientando o desenvolvimento de práticas mais eficazes e centradas no doente.

### **3 Contributo do Trabalho de Investigação para o Desenvolvimento das Competências Associadas ao Grau de Mestre**

O desenvolvimento de um trabalho de investigação é fundamental para a consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, associadas ao grau de Mestre em Enfermagem, conforme previsto no Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro, 2019.

Neste sentido, este processo permitiu o aprofundamento do pensamento crítico, a capacidade analítica, o rigor metodológico e a autonomia científica – competências fundamentais para uma prática avançada em Enfermagem.

Além disso, a investigação reforçou a importância de uma abordagem integrada que considera a pessoa, a família e a comunidade ao longo do ciclo de vida, permitindo uma intervenção contextualizada e adaptada às necessidades individuais. A análise e reflexão desenvolvidas possibilitaram a identificação de estratégias eficazes na saúde mental e da integração social dos utentes, contribuindo para a melhoria da capacidade de mobilização de recursos e para o ajustamento das intervenções aos contextos específicos.

A realização de estágios em diferentes contextos permitiu, ainda, o aprofundamento e o domínio de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, fortalecendo a prestação de cuidados personalizados, baseados na evidência científica. Paralelamente, este percurso estimulou a capacidade de tomada de decisão clínica fundamentada, bem como a análise crítica e a reflexão ética, elementos essenciais para uma prática avançada, responsável e humanizada.

A investigação demonstrou-se um instrumento valioso para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, possibilitando uma atuação mais eficaz, consciente e centrada na pessoa, em consonância com os princípios da OE e com as exigências atuais do campo da saúde mental.

Assim, este relatório de estágio contribuiu de forma decisiva para o meu crescimento pessoal, profissional e científico, reforçando a importância da investigação no desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de

Saúde Mental e Psiquiátrica. No futuro, estas aprendizagens possibilitarão adquirir novas capacidades que favoreçam a colaboração na formação de enfermeiros generalistas e especialistas, contribuindo simultaneamente para a melhoria dos cuidados prestados e para o avanço da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

## **Conclusão**

O presente relatório permitiu descrever e refletir sobre o percurso formativo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, evidenciando a aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista nesta área. Através da integração de referenciais teóricos — nomeadamente a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau — foi possível sustentar a prática clínica com base em modelos de cuidados que privilegiam a relação terapêutica, a promoção da autonomia e o respeito pela singularidade de cada pessoa.

Os diferentes contextos de estágio — internamento de agudos, cuidados na comunidade e unidades especializadas — proporcionaram experiências diversificadas e desafiantes, permitindo desenvolver intervenções psicoterapêuticas adaptadas às necessidades de cada utente. Os projetos implementados, como os programas de estimulação cognitiva, treino de autonomia e atividades de psicoeducação, contribuíram para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, reforçando também, a importância do trabalho em equipa.

Ao longo do percurso, constatei o papel do EEESMP como agente de mudança, facilitador de processos de reabilitação psicossocial e promotor da inclusão social. As competências adquiridas, sustentadas pela evidência científica e por uma prática reflexiva, reforçam a capacidade de intervir de forma ética, responsável e fundamentada, sempre com foco na dignidade, no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa com doença mental.

Assim, este relatório não apenas cumpre os objetivos inicialmente propostos, como também reforça a relevância de uma enfermagem de saúde mental e psiquiátrica baseada em conhecimento científico sólido, sensibilidade humana e compromisso com a melhoria contínua. Este percurso formativo traduz-se, portanto, numa base sólida para a prática futura, pautada pela competência, empatia e compromisso profissional, em prol de cuidados especializados que promovam autonomia, recuperação e inclusão social. Neste sentido, assumo o compromisso de dar continuidade ao meu crescimento

e desenvolvimento profissional numa perspetiva formativa, sustentada pela aprendizagem contínua e pela constante renovação de saberes.

## Referencias bibliográficas

- Amir, F., Suhron, M., & Sulaihah, S. (2021). Family care model development in treating schizophrenia patients that have self-deficit nursing based system: Structural equation modeling analysis. *International Journal Of Health & Medical Sciences*, 5(1), 7-14. <https://doi.org/10.21744/ijhms.v5n1.1808>
- Arabacı, L. B., & Taş, G. (2019). Effect of using Peplau's interpersonal relation nursing model in the care of a juvenile delinquent. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(3), 218–226. <https://doi.org/10.14744/phd.2019.54366>
- Baptista, S. (2023). *O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica perante os comportamentos suicidários no adolescente* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/48526>
- Barros, A., Sanchez, C., Lopes, J., Dell'Acqua, M., Lopes, M., & Silva, R. (2015). *Processo de Enfermagem: guia para a prática*. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. de A. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Calrskan, M. B., Ata, E. E., & Dikec, G. (2021). Psychosocial rehabilitation programs applied to patients with schizophrenia by psychiatric nurses: Systematic Review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler/Current Approaches to Psychiatry*, 13(1), 77-92. [Doi: 10.18863/pgy.711187](https://doi.org/10.18863/pgy.711187)
- Cardoso, A. O. J., Carvalho, G. T. & Matos, T. S. (2020). A prática de enfermagem frente aos pacientes portadores de esquizofrenia. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 5, e1118. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e5118.2020>
- Carvalho, J. C. M. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 52-57.

- Chavertana, M. I. dos S. (2020). *Intervenções psicoeducativas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica para promoção do insight na pessoa com esquizofrenia* [Relatório de estágio, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/33542>
- Coelho, J. (2015). *Esquizofrenia e Autocuidado: Validação para a população portuguesa da escala de requisitos de autocuidado (ERA-h)* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/10741>
- Cordeiro, J. M. (2015). *Relação entre a autoestima, atividade física e a capacidade funcional: estudo centrado na população com esquizofrenia* [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Desporto, Universidade do Porto.
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como o suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145.
- D'Assunção, C. F., Santos, A. L. D., Lino, F. A., & Silveira, E. A. A. (2016). A enfermagem e o relacionamento com os cuidadores dos portadores de esquizofrenia. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 6(1), 2034-2051.
- Decreto-Lei nº 156/2015, de 16 de setembro da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série I*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). *Diário da República – I Série (N.º 205 de 04 de setembro de 1996)*, 2959-2962. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Galvão, R. S. S. (2020). *Treino de competências sociais da pessoa com esquizofrenia: intervenção especializada em enfermagem de saúde mental no domínio do funcionamento social* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde de Portalegre]. Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/35204>
- Gama, L. M. P. (2023). *Transição de cuidados da internação hospitalar ao domicílio: Estudo de método misto* [Dissertação de Mestrado: Instituto Integrado de Saúde

da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul]. Repositório Fundação  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.  
<https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/5729>

Guimarães, M. S. F., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para Enfermagem*.  
<https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Hartanto, A. E., Yusuf, A., & Mudakir, M. (2019). Caregiver experiences of schizophrenia patients with self-care deficit: a systematic review. *Proceeding The 9th International Nursing Conference: Nurses at the Forefront in Transforming Care, Science, and Research*, 9, 381-386.

International Council of Nurses. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros.

Irmãs Hospitaleiras. (2025). *Missão, Visão e Valores*. <https://irmashospitaleiras.pt/>

Kalavalli, Kanniammal, & Malarvizhi. (2021). Effectiveness of practicing self-care module on Activities of Daily Living (ADL) among patients with schizophrenia in a selected Hospital. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 12(1), 39-45. <https://doi.org/10.26452/ijrps.v12i1.3909>

Kamesyworu, & An'umillah Fatharani, N. (2023). Case study: Nursing implementation of fulfilling self-care needs in patients with self-care deficits. *International Journal Scientific and Profesional*, 2(2), 23-25. <https://doi.org/10.56988/chiprof.v2i2.53>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and situation specific theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Meleis, A.I. (2018). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (6ª ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão Interativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

- Mohammed, T. S., Mohammed, I. I., & Hassan, S. S. (2021). Effect of mindfulness based psycho-educational program on internalized stigma among psychiatric patients. *International Journal of Advanced Psychiatric Nursing*, 3(2), 05-12. <https://doi.org/10.33545/26641348.2021.v3.i2a.55>
- Moraes, L. M. P., Lopes, M. V. de O., & Braga, V. A. B. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 228-233. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002006000200016>
- Ongun, E., Unsal, G., & Karaca, S. (2022). Meta-analysis of the effect of Psychosocial skills training on the quality of life of people with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2272-2285. <https://doi.org/10.1111/ppc.13057>
- Pawlowski, P., Markiewicz, R., & Dobrowolska, B. (2022). Nursing care provided to a patient diagnosed with schizophrenia, using the International Classification for Nursing Practice (ICNP®). *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 21(1), 56-59. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2022-0001>
- Peixoto, M. J., Pereira, R., Martins, A., Martins, T., & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidências: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016 – Livro de Comunicações*, 26-34. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016\\_Jornadas26-34.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf)
- Peplau, H. E. (1990). Fases de las relaciones enfermera-paciente. In *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica* (pp. 15–35). Salvat.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.
- Pinheiro, C. W., Araújo, M. Â. M., Rolim, K. M. C., Oliveira, C. M. de, & Alencar, A. B. de. (2019). Teoria das relações interpessoais: Reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enfermagem Em Foco*, 10(3), 64–69. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n3.2291>

Pinho, L. M. G., Sequeira, C. A. da C., Sampaio, F. M. C., Rocha, N. B., Ozaslan, Z., & Ferre-Grau, C. (2021). Assessing the efficacy and feasibility of providing metacognitive training for patients with schizophrenia by mental health nurses: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 999–1012. <https://doi.org/10.1111/jan.14627>

Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. (2015). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>

Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, nº 35/2011, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/129-2011-3477018>

Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (26). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, Série II (151). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Rizal, A. A. F., Milkhatun, M., Asthiningsih, N. W. W., & Sutriani, M. (2022). Self-care assistance approach to Dorothea Orem theory on activity daily living capabilities of schizophrenic patients at Atma Husada Mahakam Psychiatric Hospital, Samarinda. *South East Asia Nursing Research*, 4(3), 14-20. <https://doi.org/10.26714/seanr.4.3.2022.14-20>

Rosmini, Sutria, E., & Wahdaniah. (2020). Intervention of nurse deficit self-care in the skizofrenia patient: systematic review. *Journal Of Nursing Practice*, 3(2), 244-252. <https://doi.org/10.30994/jnp.v3i2.94>

Sahin Altun, O., Ozer, D., Bulut, R., & Sahin F. (2021). Investigation of the relationship between the negative automatic thoughts of patients with schizophrenia and their levels of social functionality. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), 1819 – 1825. <https://doi.org/10.1111/ppc.12994>

- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C.; Marques, J. P. R.; Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. C. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-154. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp\\_intervencao psicoterapeutica\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencao psicoterapeutica_ok.pdf)
- Santos, E.; Marcelino, L.; Abrantes, L.; Marques, C.; Correia, R.; Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 49 (20), 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083/5685>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Silva, C. C. R. (2013). *A promoção do autocuidado de doentes internados em psiquiatria forense como contributo para o seu processo reabilitativo* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum: <http://hdl.handle.net/10400.26/6275>
- Silva, R.; Carvalho, A.; Rebelo, L.; Pinho, N.; Barbosa, L.; Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para enfermagem de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26(2), 35-44.
- Souza, J. M., & Gusmão, L. D. (2017). Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 11(38), 867-878. <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i38.934>
- Spagolla, K. C., & Costa, M. O. (2021). A atuação da enfermagem na assistência ao portador de esquizofrenia no ambiente familiar. *Research, Society and Development*, 10(7), Artigo e30410716601. [Doi:10.33448/rsd-v10i7.16444](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16444)
- Tavares, P. (2020). *Fatores determinantes na transição para cuidados paliativos: Perspetiva do perito em enfermagem à pessoa em situação paliativa* [Dissertação de Mestrado: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto].

Repositório aberto da Universidade do Porto.  
<https://hdl.handle.net/10216/129207>

- Tavares, P.; Silva, R. S., & Magalhães, B. (2022). Fatores determinantes na transição para cuidados paliativos: Perspetiva de enfermeiros peritos. *Onco.News*, 45, Artigo e058. <https://doi.org/10.31877/on.2022.45.01>
- Townsend, M. C. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª ed.)*. F.A. Davis Company.
- Yuksel, A., & Bahadir-Yilmaz, E. (2021). The effect of mindfulness-based Psychosocial skills training on Functioning and insight level in patients with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 57(2), 365-371. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00658-9>
- Zamanpoor, S. K., Pahlevanzadeh, S., & Alimohammadi, N. (2020). The Effectiveness of self-care training, based on the self-care model, on the global function of schizophrenia. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 7(2), 40-51.
- Zhang, Y. (2022). Application research of humanistic care and situational integration in nursing of schizophrenia in recovery period. *Contrast Media and Molecular Imaging*, Artigo ID 4705107. <https://doi.org/10.1155/2022/4705107>

## **ANEXOS**

## **Anexo I –Técnica de Relaxamento por Imaginação Guiada “A montanha”**

## Guião “A montanha “

Coloque-se da forma mais confortável para si. Feche os olhos e respire profundamente. Inspire lentamente pelo nariz, sentindo o ar fresco e limpo a entrar nos seus pulmões. Expire suavemente pela boca, libertando qualquer tensão ou preocupação. A cada respiração, permita que o seu corpo se solte mais e mais, entrando num estado profundo de relaxamento. Sente-se leve.

Agora, imagine-se num lugar tranquilo e pacífico. Está na base de uma grande montanha, cercado por vastos campos verdes. O céu acima de si é azul claro, e o ar é fresco e revigorante. Começa a caminhar lentamente, sentindo o chão firme e sólido sob os seus pés. Cada passo que dá é firme, mas suave, como se a montanha o apoiasse a cada movimento.

Enquanto sobe, sente a brisa suave que acaricia o seu rosto. O ar é fresco, e cada respiração tem ar mais puro e mais revigorante. A cada passo, deixa para trás qualquer peso, qualquer tensão, qualquer preocupação e sente-se mais leve e mais livre. À medida que sobe, observe o cenário ao seu redor. As árvores começam a diminuir e as rochas aumentam à medida que sobe mais alto. Ouça o som do vento entre as árvores e o canto distante dos pássaros. O som da natureza envolve-o, criando uma sensação de paz e tranquilidade.

Sinta a conexão profunda com a montanha. Cada passo que dá aproxima-o ainda mais da serenidade da montanha, que tem o poder de trazer equilíbrio e harmonia à sua mente e ao seu corpo.

Agora, ao continuar a sua subida, chega a um ponto onde pode parar e olhar ao seu redor. O panorama é deslumbrante. Vê as colinas e vales abaixo, a vastidão da paisagem à sua frente. As montanhas ao longe parecem imortais, tranquilas e majestosas.

Imagine que encontra um local perfeito para descansar. É um ponto tranquilo na montanha, onde pode sentar-se e sentir o calor do sol suave na sua pele. Ao sentar-se, respire profundamente, permitindo que toda a tensão se dissipe com o vento. Está em perfeita harmonia com a natureza. Cada respiração traz uma sensação de tranquilidade e renovação.

Sinta a calma da montanha a preencher a sua mente, o seu corpo e o seu espírito. Está em total equilíbrio, seguro e em paz. Permita-se simplesmente estar presente neste momento, absorvendo toda a beleza e serenidade que a montanha oferece.

Agora vá retornando aos poucos, com a certeza de que a paz da montanha permanecerá consigo. Respire profundamente mais uma vez, e comece a trazer a tua atenção de volta ao seu corpo, à sua respiração e ao ambiente ao seu redor.

Quando estiver pronto, abra os olhos lentamente e volte a respirar fundo.

## **Anexo II - Consentimento Informado**

## Consentimento Informado

### Promoção do Autocuidado: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Esquizofrenia

Enfermeira responsável: Mafalda Veloso, Estudante do Curso de Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria, CESPU – Vila Nova de Famalicão

#### Descrição do programa:

Este programa tem como objetivo promover a autonomia e a funcionalidade de pessoas com esquizofrenia nas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Através de sessões estruturadas, pretende-se identificar dificuldades no autocuidado, desenvolver estratégias facilitadoras, melhorar competências interpessoais, envolver as famílias no processo de cuidado e promover a adesão ao plano terapêutico.

-----

A participação é voluntária. O(a) participante pode desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no seu acompanhamento ou tratamento. Todas as informações serão tratadas com confidencialidade e usadas apenas para fins de melhoria do cuidado e avaliação do programa.

Declaro que fui devidamente informado (a) sobre os objetivos, métodos e condições de participação neste programa. Tive oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas e compreendo que posso retirar o meu consentimento em qualquer momento.

Nome do (a) participante:

Assinatura do (a) participante:

Data:

Assinatura da Enfermeira Responsável:

Data:

## **Anexo III – Questionário Sociodemográfico**

## Questionário Sociodemográfico

**Sexo:**

**Idade:**

18-20A:	
21-25A:	
26-30A:	
+31A:	

**Estado civil:**

**Nível de escolaridade:**

**Situação profissional:**

**Caracterização da amostra consoante o tipo de esquizofrenia:**

## **Anexo IV – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**

### Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta):

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 (1 ponto por cada palavra correta repetida):

“Vou dizer três palavras, queria eu 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 palavra correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. 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 correta):

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

Pêra:

Gato:

Bola:

Nota:

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta):

a. “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

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 como deve:

Nota:

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

Fechou os olhos:

Nota:

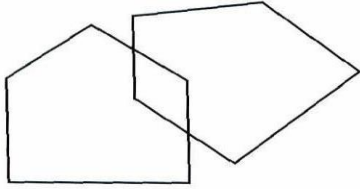
e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta):

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  $\leq$  15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq$  22 pontos
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq$  27 pontos

**Anexo V - Escala de Requisitos do Autocuidado validada para a  
população portuguesa (ERA-h)**

## Escala de Requisitos do Autocuidado validada para a população portuguesa (ERA-h)

Nº	Item		1	2	3	4	5
1	A pessoa é capaz de realizar atividade física sem mostrar sinais de dificuldade respiratória.	Adequação					
2	Consumo de tabaco.	Adequação					
3	A pessoa ingere a quantidade adequada de líquidos.	Adequação					
4	A pessoa tem conhecimentos para realizar uma dieta equilibrada.	Conhecimentos					
5	A pessoa ingere uma quantidade adequada de alimentos em relação às suas necessidades.	Adequação					
6	A pessoa tem conhecimentos e habilidades suficientes para preparar a refeição quando precisa.	Conhecimentos					
7	Controlo do esfíncter urinário.	Adequação					
8	Padrão de eliminação intestinal adequado.	Adequação					
9	A pessoa tem repercussões associadas à sudorese.	Adequação					
10	A pessoa tem conhecimentos para manter a sua habitação saudável.	Conhecimentos					
11	A pessoa realiza as tarefas domésticas que precisa para manter a sua habitação de forma saudável.	Adequação					
12	Nível de motivação que a pessoa tem para realizar as tarefas domésticas.	Adequação					
13	Nível de cumprimento das atividades da unidade ou serviço.	Adequação					
14	Nível de motivação das atividades da unidade ou serviço.	Adequação					
15	A pessoa tem um sono reparador.	Adequação					
16	Interação social.	Adequação					
17	Satisfação com as relações sociais: a pessoa sente-se compreendida, valorizada e apoiada pelos seus familiares, amigos e outras pessoas ao seu redor.	Satisfação					
18	A pessoa tem interesse em manter relações de amizade.	Adequação					
19	A pessoa realiza a sua higiene de forma adequada.	Adequação					
20	A pessoa usa o vestuário limpo e adequado ao tempo e ao local.	Adequação					
21	A pessoa reconhece os sintomas de descompensação e tem capacidade para solicitar a ajuda.	Adequação					
22	Nível de adesão e gestão do tratamento farmacológico.	Adequação					
23	Adesão às consultas de seguimento.	Adequação					

<b>24</b>	A pessoa consome bebidas estimulantes.	Adequação					
<b>25</b>	A pessoa conhece os riscos e métodos de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.	Conhecimentos					
<b>26</b>	A pessoa utiliza métodos de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.	Adequação					
<b>27</b>	A pessoa sente ansiedade para desempenhar as atividades da vida diária.	Adequação					
<b>28</b>	A pessoa sente ansiedade quando interage com outras pessoas.	Adequação					
<b>29</b>	A pessoa tem capacidades para gerir adequadamente os seus recursos económicos.	Adequação					
<b>30</b>	A pessoa manifesta ter dificuldades em assumir os seus diferentes papéis.	Adequação					
<b>31</b>	A pessoa manifesta ter dificuldades para tomar decisões.	Adequação					
<b>32</b>	A pessoa tem capacidade para enfrentar situações novas.	Adequação					
<b>33</b>	A pessoa está interessada em adotar estilos de vida promotores de bem-estar e qualidade de vida.	Adequação					

**Anexo VI - Pedido de Autorização para Utilização da Escala ERA-h**

## Pedido de Autorização para Utilização da Escala ERA-h

Exma. Senhora  
Dra. Joana Catarina Ferreira Coelho

O meu nome é Mafalda Daniela Sousa Veloso, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na universidade da CESPU, em Vila Nova de Famalicão. Encontro-me a realizar o relatório de estágio intitulado de "Promoção do auto cuidado: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na Pessoa com Esquizofrenia".

Este programa tem como objetivo aumentar a autonomia e a funcionalidade de pessoas com doença esquizofrénica em atividades básicas e instrumentais de vida diária. Para a concretização deste estudo, considero pertinente a utilização da versão portuguesa da escala Era-h, cujo autoria reconheço ser da sua responsabilidade.

Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua autorização formal para a utilização da referida escala no contexto do meu trabalho académico.

Caso pretenda mais informações, estou totalmente disponível para prestar todos os esclarecimentos necessários.

Agradeço antecipadamente a sua atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,  
Mafalda Veloso  
Estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
Universidade CESPU, Vila Nova de Famalicão

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Programa “Estimulação Cognitiva”**

## Programa “Estimulação Cognitiva”

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Estimulação Cognitiva”		
Objetivo	Manter a cognição	
Público-Alvo	Nº de participantes	1 a 5 participante
	Critérios de Exclusão	- Utente com depressão grave; - Utente com demência em estadió grave; - Utente com perturbação psicótica.
	Critérios de Inclusão	- Utente com o diagnóstico de Enfermagem: cognição comprometida
Local	Gabinete do serviço	
Duração / Periodicidade	3 semanas / 2 ou 3 sessões por semana	
Nº de sessões	8	
Intervenções de Enfermagem	Executar [estimulação cognitiva]	
Recursos Humanos	1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	
Recursos Materiais	Gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação da cognição; material de escrita; material de apoio.	
Critérios de Avaliação Inicial	- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). - Teste do Relógio (TR).	
Critérios de Resultado/ Avaliação Final	- MEEM. - TR.	

Foco: Cognição		
Atividades de Diagnóstico:		
- Verbalização de queixas subjetivas		
- MEEM: ___pontos (máximo: 30 pontos); perde ___na orientação, ___na atenção e cálculo, ___na evocação, ___na habilidade construtiva, ___na linguagem.		
- TR: ___(máximo: 5 pontos)		
Diagnóstico de Enfermagem: Cognição comprometida		
Resultado de Enfermagem esperado: Cognição comprometida		
Objetivo: Manter cognição		
Início/Fim/Horário	Intervenção de Enfermagem	Atividades de Enfermagem
não definido	Executar [estimulação cognitiva]	<p>Sessão nº0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentar utente, avaliar cognição (aplicar MEEM e TR) e definir de objetivos;</li> <li>- Apresentar a intervenção proposta;</li> <li>- Confirmar disponibilidade para efetuar estimulação cognitiva enquanto intervenção psicoterapêutica;</li> <li>- Clarificar expectativas face à situação clínica;</li> <li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li> </ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação da cognição; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Executar treino de funções específicas (Memória):<ul style="list-style-type: none"><li>- Memorizar lista de palavras ou números através da repetição;</li><li>- Completar provérbios através da verbalização;</li><li>- Questionar sobre memórias significativas.</li></ul></li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Executar treino de funções específicas (Atenção):<ul style="list-style-type: none"><li>- Encontrar diferenças em imagens;</li><li>- Encontrar símbolos semelhantes;</li><li>- Ler um texto e fazer perguntas sobre o conteúdo principal do texto.</li></ul></li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº3:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li></ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Executar treino de funções específicas (Linguagem):<ul style="list-style-type: none"><li>- Repetir palavras;</li><li>- Nomear profissões de acordo com as figuras apresentadas;</li><li>- Completar frases através da verbalização.</li></ul></li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº4:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Executar treino de funções específicas (Cálculo e Habilidade construtiva):<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar contas simples de adição e subtração;</li><li>- Responder a problemas de cálculo simples com imagens explicativas;</li><li>- Instruir para copiar formas geométricas.</li></ul></li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº5:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li></ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Executar terapia de orientação para a realidade:<ul style="list-style-type: none"><li>- Fornecer objetos como o relógio e o calendário anual, perguntando o dia, data e hora atuais;</li><li>- Fornecer indicadores de espaço para as atividades de vida diária.</li></ul></li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº6:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Solicitar ao utente para fazer uma síntese do percurso percorrido;</li><li>- Rever com o utente o processo vivenciado na estimulação cognitiva;</li><li>- Solicitar ao utente uma avaliação acerca da intervenção de estimulação cognitiva e da sua pertinência;</li><li>- Avaliar cognição (aplicar MEEM e TR);</li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e orientar para <i>follow-up</i>.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação da cognição; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos</p>
--	--	--

		<p>Sessão nº7 (<i>follow-up</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuar cumprimentos iniciais;</li> <li>- Explicar objetivo da sessão;</li> <li>- Avaliar cognição (aplicar MEEM e TR);</li> <li>- Questionar sobre a eficácia das intervenções realizadas durante as sessões anteriores e, se necessário, rever as estratégias;</li> <li>- Reforçar a importância da manutenção das intervenções realizadas;</li> <li>- Realizar resumo do programa de estimulação cognitiva;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Obter <i>feedback</i> do programa de estimulação cognitiva;</li> <li>- Mostrar disponibilidade para agendar nova sessão, se necessário.</li> </ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação da cognição; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p>
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar cognição (Aplicar MEEM e TR).</li> </ul>		
<p>CrITÉrios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter o <i>score</i> do MEEM e TR inicial por manutenção da cognição.</li> </ul>		

## **Apêndice II - Formação “Estimulação Cognitiva”**

## Formação “Estimulação Cognitiva”



### Estimulação Cognitiva

João Pereira  
Marta Campos  
Marilúcia Veloso

Realizado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria  
Catálogo de Recursos Profissionais de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria I  
Setor Tiro, 17 de janeiro de 2025

### Sumário


- Introdução
- Planeamento das Sessões
- Conclusões
- Referências Bibliográficas



### Introdução

**Cognição**

- Adquirir e usar a informação de modo a responder às exigências do quotidiano.
- O comprometimento da cognição pode interferir nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.



**Funções:**

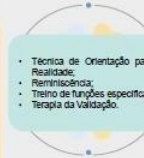
- Memória;
- Raciocínio lógico e abstrato;
- Linguagem;
- Perceção;
- Atenção;
- Capacidades executivas e viso espaciais.

(Silva et al., 2020)

### Introdução

**Estimulação cognitiva**

- Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria;
- Cooperação entre: pessoa com défice cognitivo, profissionais de saúde e familiares;
- Manter progressão do défice cognitivo.



**Técnica e exercícios**

- Depende do défice da pessoa;
- Abordagem geral da cognição quando apresenta 2 ou mais funções alteradas;
- Exercícios focados no défice.

(Silva et al., 2020)

**Form Conceptual**

**Atividades de Diagnóstico:**

**Dados principais:**

- Comprometimento de funções cognitivas
- Queixas subjetivas

**Instrumentos de apoio à tomada de decisão:** Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Teste de Realidade (TR)

**Dados relevantes para o diagnóstico:** Idade, Patologia, Déficit cognitivo (...)

**Diagnóstico de Enfermagem:** Cognição comprometida

**Resultado de Enfermagem esperado:** Cognição comprometida (Manutenção)

**Objetivo:** Manutenção da cognição; Manutenção do desempenho nas atividades diárias; Melhoria da qualidade de vida e interação social

**Intervenção/Intervenção:** Intervenções de Enfermagem

- Executar (estimulação cognitiva)

**Atividades de Avaliação:** Analisar a cognição (Aplicar MEEM e TR)

**Critérios de Resultado:** Manter os scores obtidos nas escalas de avaliação

### Sessão nº0

Etapa	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	Apresentação ao cliente e definição de objetivos; Obtenção do consentimento para a realização de testes.	Educativo; Participativo.	Cartolina; Meias e cadernos.	5 min.
Desenvolvimento	Confirmar disponibilidade para realizar estimulação cognitiva enquanto intervenção psicoeducativa; Analisar cognição (Aplicar MEEM e TR); Clarificar expectativas face à situação clínica.	Ativo; Educativo; Participativo; Interativo.	Cartolina; Meias e cadernos; Material de escrita e de apoio; Escalas de avaliação de cognição.	25 min.
Conclusão	Elaborar resumo de sessão; encerramento de sessões e agendar a próxima sessão.	Ativo; Participativo; Interativo.	Cartolina; Meias e cadernos.	5 min.

### Sessão nº1

Etapa	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	Elaborar competências iniciais; Recurso de sessão anterior; Explicar objetivos de sessão.	Educativo; Participativo.	Cartolina; Meias e cadernos.	5 min.
Desenvolvimento	Explicar em que consiste a estimulação cognitiva, a duração e número de sessões previstas; Executar treino de funções específicas (Memória); Memorizar lista de palavras ou números através de associação; Completar provérbios através de associação; Questionar sobre memórias significativas.	Ativo; Educativo; Participativo; Interativo.	Cartolina; Meias e cadernos; Material de escrita e de apoio.	25 min.
Conclusão	Elaborar resumo de sessão; encerramento de sessões e agendar a próxima sessão.	Ativo; Participativo; Interativo.	Cartolina; Meias e cadernos.	5 min.

### Executar treino de função específica: memória

árvore      cacheca      prego

sandália      mesa      casa

cadeira      flor      rosa

pedra      cavalo      sapato

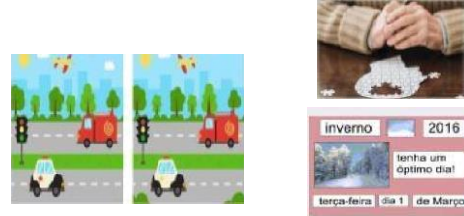


Mais dois vocabulários propostos, apenas para quem não tem o 1.º vocabulário.

**Sessão nº2**

Etapa	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	Elaborar cumprimentos breves; Resumo de sessão anterior; Explicar objetivo de sessão.	Participativo; Españolico	Gabeteiro; Meias e cadeteiro	5 min.
Desenvolvimento	Exercícios de funções específicas (Memória); Exercício de atenção em imagens; Exercício de símbolos semelhantes; Ler um texto e fazer perguntas sobre o conteúdo principal do texto.	Ativo; Españolico; Participativo; Interrogativo	Gabeteiro; Meias e cadeteiro; Material de escrita e de apoio.	20 min.
Conclusão	Elaborar resumo de sessão; encerramento de diálise e agendar a próxima sessão.	Participativo; Interrogativo	Gabeteiro; Meias e cadeteiro	5 min.

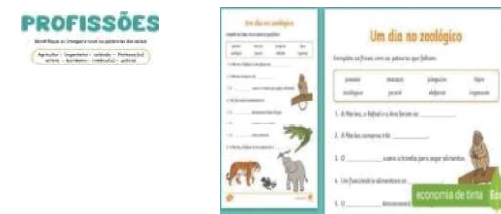
**Executar treino de função-especifica: -atenc"ao**



**Sessão nº3**

Etapa	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	Elaborar cumprimentos breves; Resumo de sessão anterior; Explicar objetivo de sessão.	Participativo; Españolico	Gabeteiro; Meias e cadeteiro	5 min.
Desenvolvimento	Executar treino de funções específicas (Linguagem); Releer palavras; Formar palavras de acordo com as figuras apresentadas; Completar frases através de verbalização.	Ativo; Españolico; Participativo; Interrogativo	Gabeteiro; Meias e cadeteiro; Material de escrita e de apoio.	20 min.
Conclusão	Elaborar resumo de sessão; encerramento de diálise e agendar a próxima sessão.	Participativo; Interrogativo	Gabeteiro; Meias e cadeteiro	5 min.

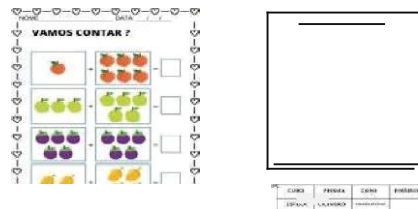
**Executar treino de função especifica: linguagem**



**Sessão nº4**

Etapa	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	Elaborar cumprimentos breves; Resumo de sessão anterior; Explicar objetivo de sessão.	Participativo; Españolico	Gabeteiro; Meias e cadeteiro	5 min.
Desenvolvimento	Executar treino de funções específicas (Cálculo e Habilidade construtiva); Realizar contas básicas de adição e subtração; Responder a problemas de cálculo simples com imagens e fractais.	Ativo; Españolico; Participativo; Interrogativo	Gabeteiro; Meias e cadeteiro; Material de escrita e de apoio.	20 min.
Conclusão	Elaborar resumo de sessão; encerramento de diálise e agendar a próxima sessão.	Participativo; Interrogativo	Gabeteiro; Meias e cadeteiro	5 min.

**Executar treino de função especifica: calculo e habilidade construtiva**



**Sessão nº5**

Etapa	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	Elaborar cumprimentos breves; Resumo de sessão anterior; Explicar objetivo de sessão.	Participativo; Españolico	Gabeteiro; Meias e cadeteiro	5 min.
Desenvolvimento	Executar treino de orientações para a realidade; Formar frases como o tempo e o calendário anual e perguntar datas e horas atuais; Formar indicações de espaço para as atividades da vida diária.	Ativo; Españolico; Participativo; Interrogativo	Gabeteiro; Meias e cadeteiro; Material de escrita e de apoio.	20 min.
Conclusão	Elaborar resumo de sessão; encerramento de diálise e agendar a próxima sessão.	Participativo; Interrogativo	Gabeteiro; Meias e cadeteiro	5 min.

**Executar treino de função especifica: terapia de orientação para a realidade**



## Scssíao n°6

Etapa	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	Elaborar cumprimento inicial; Revisão de sessões anteriores; Explicar objetivos da sessão.	Participativo; Expositivo	Calendário; Materiais variados.	5 min.
Desenvolvimento	Solicitar ao utente para fazer uma avaliação do percurso percorrido; Falar com o utente e processar o feedback na estimulação cognitiva; Solicitar ao utente uma avaliação acerca da intervenção de estimulação cognitiva e de sua pertinência; Analisar o progresso (diários MDSM e TFC).	Ativo; Expositivo; Participativo; Interrogativo	Calendário; Materiais variados; Material de escrita e de apoio; Quadros de avaliação da cognição.	20 min.
Conclusão	Elaborar resumo da sessão, estabelecimento de metas e caráter para futuro;	Participativo; Interrogativo	Calendário; Materiais variados.	5 min.

## Follow-up (3 a 6 is cscs)

Etapa	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	Elaborar cumprimento inicial; Explicar objetivos da sessão.	Participativo; Expositivo	Calendário; Materiais variados.	5 min.
Desenvolvimento	Revisar a cognição (diários MDSM e TFC); Questionar sobre a eficácia das intervenções realizadas durante as sessões anteriores e se pretende continuar as estratégias; Participar e importância da manutenção das intervenções realizadas.	Ativo; Expositivo; Participativo; Interrogativo	Calendário; Materiais variados; Material de escrita e de apoio; Quadros de avaliação da cognição.	20 min.
Conclusão	Realizar resumo do programa de estimulação cognitiva; Facilitar dúvidas; Oferecer feedback do programa de estimulação cognitiva; Mostrar disponibilidade para ajudar nova sessão, se necessário.	Participativo; Interrogativo	Calendário; Materiais variados.	5 min.

## Estimulação Cognitiva

Através da categorização de objetos, da leitura, da descrição de lugares, pessoas e do tempo, os idosos beneficiam em larga medida com a orientação, atenção e a memória.

O efeito da musicoterapia e da terapia por reminiscências revelaram-se eficazes na estimulação da cognição. A terapia de reminiscência promove a autoconsciência.

Efeito da música com benefícios ao nível do humor, memória, comportamento e consequentemente na cognição.



## Conclusões

O grupo da terapia de estimulação cognitiva, obteve melhor pontuação, em relação ao grupo da terapia de reminiscência, contudo, quando comparados com o grupo de controlo, ambas as terapias mostram eficácia na melhoria da cognição.

Protocolo de estimulação cognitiva – comprovou melhorias ao nível da cognição.

Ativar a adesão à intervenção



## Conclusões

Identificação de um conjunto de intervenções autónomas do EESMSP com demonstrada relevância na cognição do adulto idoso com deficiente cognitivo.

Importância do cuidador na articulação com o enfermeiro, possibilitando, o treino das mesmas atividades, no domicílio, de forma a obter ganhos na cognição.

O EESMSP ainda não tem um papel totalmente definido na implementação de programas de estimulação cognitiva.

## Referências Bibliográficas

Obrigado pela atenção!

## **Apêndice III - Programa “Treino de Autonomia e Competências Sociais”**

## Programa “Treino de Autonomia e Competências Sociais”

Foco: Autonomia (10003054)		
Atividades de Diagnóstico: - Resultado do NOC de Resultado” Cognição “: <i>score</i> de ___pontos. - Classificação Internacional de Funcionalidade: <i>score</i> de ___pontos		
Diagnóstico de Enfermagem: Autonomia, comprometida		
Resultado de Enfermagem esperado: Aumento da autonomia		
Objetivos: Promover a autonomia; Aumentar a funcionalidade		
Critérios de inclusão no grupo: Utentes selecionados após avaliação das funções mentais em equipa multidisciplinar (referenciação)		
Características do grupo: 5 pessoas do sexo feminino.		
Início/Fim/Horário	Intervenção de Enfermagem	Atividades de enfermagem
n.d. (não definido)	Executar [Psicoeducação]  Executar [treino de autonomia]	Sessão nº0 (Individual): - Realizar cumprimentos iniciais com a utente; - Avaliar a autonomia e a cognição - Explicar objetivos do programa; - Confirmar disponibilidade para efetuar a intervenção psicoterapêutica; - Clarificar expectativas face à situação clínica; - Realizar resumo da sessão;

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Esclarecer dúvidas;</li><li>- Agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; escalas de avaliação impressas.</p> <p>Duração: 45 min.</p> <p>Sessão nº1 (grupo):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar cumprimentos iniciais;</li><li>- Realizar resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Ensinar sobre <b>vida comunitária, social e cívica:</b></li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li><u>1</u>- Vida na comunidade;</li><li><u>2</u>- Recreação e lazer;</li><li><u>3</u>- Religião e espiritualidade;</li><li><u>4</u>- Direitos humanos;</li><li><u>5</u>- Vida política e cidadania;</li></ol> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar resumo da sessão;</li><li>- Esclarecer dúvidas;</li><li>- Agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Duração: 1h.</p>
--	--	---

		<p>Sessão nº2 (grupo):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar cumprimentos iniciais;</li><li>- Realizar resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Ensinar sobre <b>comunicação</b>:</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li><u>1</u>- Mensagens verbais;</li><li><u>2</u>- Mensagens não verbais;</li><li><u>3</u>- Fala como ferramenta;</li><li><u>4</u>- Conversação;</li></ol> <ul style="list-style-type: none"><li>- Treinar comunicação em grupo (dispor os participantes numa roda e realizar uma conversa onde uma pessoa de cada vez expressa a sua rotina diária);</li><li>- Realizar resumo da sessão;</li><li>- Esclarecer dúvidas;</li><li>- Agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Duração: 1h.</p> <p>Sessão nº3 (grupo):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar cumprimentos iniciais;</li><li>- Realizar resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Ensinar sobre <b>vida doméstica</b>:</li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li><u>1</u>- Aquisição de bens e serviços;</li></ol>
--	--	---

		<p><u>2-</u> Preparação de refeições equilibradas;</p> <p><u>3-</u> Tarefas domésticas;</p> <p><u>4-</u> Entreajuda;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Treinar a vida doméstica (promover a realização de tarefas domésticas no serviço, reforçando a entreajuda);</li><li>- Realizar resumo da sessão;</li><li>- Esclarecer dúvidas;</li><li>- Agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Duração: 1h.</p> <p>Sessão nº4 (grupo):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar cumprimentos iniciais;</li><li>- Realizar resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Treinar, na comunidade, competências a nível de:</li></ul> <p><u>1-</u> <b>Vida comunitária, social e cívica;</b></p> <p><u>2-</u> <b>Comunicação;</b></p> <p><u>3-</u> <b>Vida doméstica</b> (na área da aquisição de serviços);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar resumo da sessão;</li><li>- Esclarecer dúvidas;</li><li>- Agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo.</p>
--	--	--

		<p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Duração: 1-2h.</p> <p>Sessão nº5 (grupo):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar cumprimentos iniciais;</li><li>- Realizar resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Ensinar sobre <b>áreas principais da vida:</b></li></ul> <ol style="list-style-type: none"><li><u>1</u>- Educação informal;</li><li><u>2</u>- Educação escolar;</li><li><u>3</u>- Educação superior (universidade sénior);</li><li><u>4</u>- Trabalho remunerado;</li><li><u>5</u>- Transações económicas básicas;</li><li><u>6</u>- Autossuficiência económica;</li></ol> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar resumo da sessão;</li><li>- Esclarecer dúvidas;</li><li>- Agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Duração: 1h.</p> <p>Sessão nº6 (grupo):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar cumprimentos iniciais;</li><li>- Realizar resumo da sessão anterior;</li></ul>
--	--	---

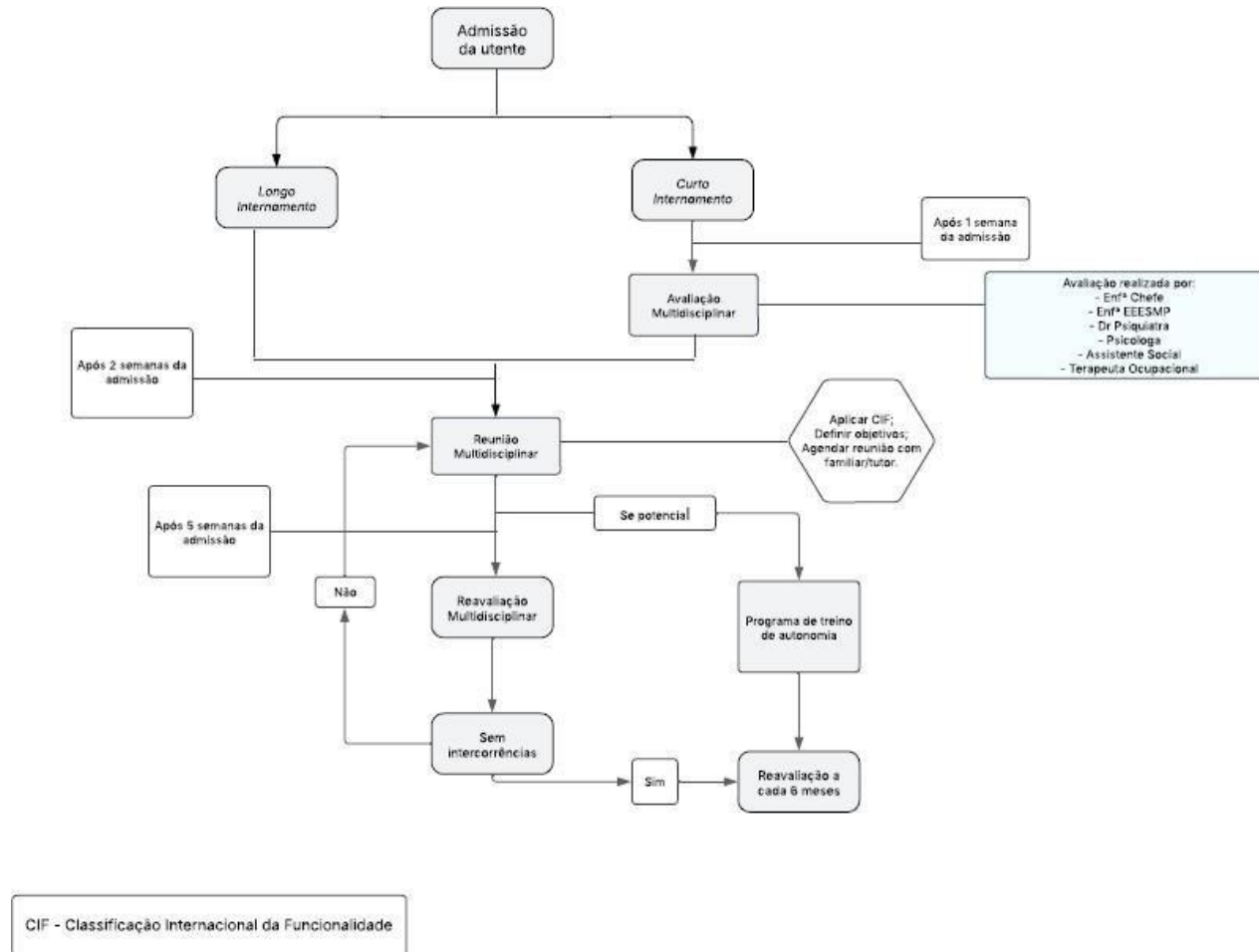
		<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Ensinar sobre <b>mobilidade</b>:<ol style="list-style-type: none"><li><u>1</u>- Motricidade fina e grossa;</li><li><u>2</u>- Deambulação e equipamentos de deslocação;</li><li><u>3</u>- Utilização de transportes públicos e privados (como o táxi);</li><li><u>4</u>- Aquisição de <i>pass</i> mensal de transporte público;</li></ol></li><li>- Realizar resumo da sessão;</li><li>- Esclarecer dúvidas;</li><li>- Agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo, interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Duração: 1h.</p> <p>Sessão nº7 (grupo):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar cumprimentos iniciais;</li><li>- Realizar resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Treinar, na comunidade, competências a nível de:<ol style="list-style-type: none"><li><u>1</u>- <b>Áreas principais da vida</b>;</li><li><u>2</u>- <b>Mobilidade</b>;</li></ol></li><li>- Realizar resumo da sessão;</li><li>- Esclarecer dúvidas;</li><li>- Agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo.</p>
--	--	--

		<p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Duração: 1-2h.</p> <p>Sessão final (individual):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar cumprimentos iniciais;</li><li>- Realizar resumo da sessão anterior;</li><li>- Elogiar progressos;</li><li>- Clarificar dúvidas que persistem;</li><li>- Avaliar a autonomia e a cognição;</li><li>- Confirmar disponibilidade para efetuar a sessão de <i>follow-up</i>;</li><li>- Realizar resumo da sessão;</li><li>- Realizar cumprimentos finais;</li><li>- Agendar a sessão de <i>follow-up</i> (3 a 6 meses).</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras; computador.</p> <p>Duração: 45 min.</p> <p>Sessão <i>follow-up</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais;</li><li>- Avaliar a autonomia e a cognição;</li><li>- Clarificar dúvidas que persistem;</li><li>- Efetuar resumo da sessão;</li><li>- Dar disponibilidade para contacto caso surjam dúvidas;</li><li>- Agendar novo <i>follow-up</i> se necessário (3 a 6 meses depois).</li></ul>
--	--	--

		- Realizar cumprimentos finais
Atividades de Avaliação: - Avaliar a autonomia e a cognição.		
Critérios de Resultado: - Aumentar <i>scores</i> do CIF e do Indicador NOC de Resultado "Cognição".		

## **Apêndice IV - Fluxograma de Admissão e Integração**

## Fluxograma de Admissão e Integração



## **Apêndice V – Formação “Gestão de Conflito”**

## Sessão de Formação “Gestão de Conflito”



**Gestão de conflitos**

João Pereira  
Mafalda Veioso


Ministério em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria  
Braga, 29 de março de 2012

### Índice

- O Que é o Conflito?
- Formas de Conflito
- Vantagens e Desvantagens do Conflito
- Importância da Gestão de Conflitos
- Estratégias para a Gestão de Conflitos
- Partilha de Experiências

### O Que é o Conflito?


- “Um ambiente conflituoso de trabalho pode ser seriamente desmotivador para a maioria das pessoas nele envolvidas e para as que se encontram ao seu redor.” (p. 1).
- “A satisfação profissional afeta um grande número de comportamentos na organização e contribui para os níveis de bem-estar dos trabalhadores (...)” (p. 1)



Figueiredo, 2012

### O Que é o Conflito? (...)

- “(...) conflito vem do latim *conflictus*, embate dos que lutam; discussão acompanhada de injúrias e ameaças; guerra, combate, colisão, choque; o elemento básico determinante da ação dramática, a qual se desenvolve em função da oposição e luta entre diferentes forças.” (p. 25).



Figueiredo, 2012

### Formas de Conflito

Conflito em relação ao tipo:	Conflito em relação à sua origem:
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Moral (valores morais);</li> <li>■ Transcendentes (plano divino);</li> <li>■ Sociais (sociedade);</li> <li>■ Ideológicos (visões do mundo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intrapessoal;</li> <li>■ Interpessoal;</li> <li>■ De trabalho (organizacional).</li> </ul>

Figueiredo, 2012


### Vantagens e Desvantagens do Conflito

Vantagens:	Desvantagens:
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Clarificar os assuntos pendentes;</li> <li>■ Reconhecer problemas;</li> <li>■ Testa outras ideias ou propostas;</li> <li>■ Traz novas abordagens para a resolução de problemas;</li> <li>■ Facilita a inovação;</li> <li>■ Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Obstrui a cooperação;</li> <li>■ Destruí a moral dos grupos;</li> <li>■ Diminui os níveis de satisfação;</li> <li>■ Aumenta a tensão e o stress;</li> <li>■ Aprofunda as diferenças no grupo;</li> <li>■ Reduz o empenho, criando suspeitas e desconfianças;</li> <li>■ Etc.</li> </ul>

Figueiredo, 2012

### Importância da Gestão de Conflitos

- “A necessidade de gerir construtivamente conflitos aumenta de importância a cada dia que passa. O mais importante de tudo, porém, é propiciar aos colaboradores um ambiente agradável.” (p. 40).
- “Deste facto, ressalta a importância da gestão de conflitos, a qual deve ser efetuada de forma correta, de modo a proporcionar resultados construtivos nas organizações.” (p. 40).



Figueiredo, 2012

### Estratégias para a Gestão de Conflitos

Assentam na dinâmica assertividade / cooperação:

- **Competividade** (sem cooperação mas com assertividade);
- **Evitamento** (sem cooperação e sem assertividade);
- **Acomodação** (com cooperação mas sem assertividade);
- **Colaboração** (com cooperação e com assertividade);
- **Compromisso** (um meio termo entre cooperação e assertividade).

Figueiredo, 2012

Partilha de Experiências

Referências Bibliográficas

**OBRIGADA!**

João Pereira  
Mafalda Veiso

Ministerio dos Equipamentos de Saúde Mental e Psicología  
Lisboa, 25 de fevereiro de 2022

**Apêndice VI - Sessão de Formação “Gestão das Emoções”**

## Sessão de Formação “Gestão das Emoções”



**GESTÃO DAS EMOÇÕES**

João Pereira  
Mafalda Veloso

Workshop em Enfermagem da Saúde Mental e Psiquiatria  
Evaça, 19 de março de 2022

### Gestão de Emoções

ÍNDICE

- > O QUE SÃO AS EMOÇÕES?
- > TIPO DE EMOÇÕES
- > É IMPORTANTE GERIR AS EMOÇÕES?
- > ESTRATÉGIAS NA GESTÃO DE EMOÇÕES
- > DICAS PARA COLOCAR EM PRÁTICA NO DIA A DIA
- > EXERCÍCIO PRÁTICO

### Gestão de Emoções ?

### QUEBRA-GELO

- Vamos começar por pensar NUMA PALAVRA que defina como nos estamos a sentir neste momento!
- Como é que as nossas emoções podem influenciar o nosso comportamento?
- O que podemos fazer para manter ou mudar o nosso estado emocional durante o dia?

### Gestão de Emoções

- São reações psicológicas e fisiológicas a estímulos internos ou externos, que influenciam o nosso comportamento, decisões e relacionamentos.

↓

- > Melhorar o bem-estar emocional e promover um controlo saudável das reações emocionais.
- ❖ Os profissionais de saúde devem estar atentos às suas próprias emoções;
- ❖ Os profissionais de saúde podem avaliar as emoções dos utentes através das interações que estes estabelecem com os outros.

### Gestão de Emoções

Emoções	Desagradáveis	Agradáveis
Elevado controlo	Emoções antagonicas: Ira Repugnância Desprezo Fúria	Emoções de realização: Orgulho Exaltação Alegria Satisfação
Baixo controlo	Emoções de resignação: Tristeza Medo Vergonha Culpa	Emoções de aproximação: Alívio Esperança Interesse Surpresa

©Cortez et al., 2010

### Gestão de Emoções

> É importante gerir as emoções?

- Melhora o bem-estar e a qualidade de vida
- Reduz o stress e a ansiedade
- Melhora a tomada de decisões e a resolução de conflitos
- Fortalece os relacionamentos interpessoais



### Gestão de Emoções

Estratégias para gerir as emoções:

- ❖ Reconhecimento das nossas emoções: identificar as emoções no momento em que surgem, seja de frustração, tristeza, raiva...
- ❖ Evite tomar decisões precipitadas ou responder abruptamente: a comunicação mais forte pode despertar sentimentos negativos.
- ❖ Prática de respiração e relaxamento: exercício de fechar a for e sugar a veia, exercício de respiração na Google.
- ❖ Estabelecimento de limites emocionais: saber estabelecer limites entre o cuidar e os utentes.
- ❖ Desenvolvimento da empatia: colocarmo-nos no lugar do outro, sem absorver o sofrimento alheio.

## Gestão de Emoções

Dicas para o dia a dia:

1. Conheça-se a si mesma;
2. Observe o que está a sentir;
3. Mude (de ambiente, a posição do corpo, a entoação da voz);
4. Respire fundo;
5. Mantenha um diário de emoções;
6. Treine a sua autenticidade;
7. Pratique a autorregulação;
8. Foque-se naquilo que pode controlar;
9. Rodeie-se de pessoas positivas;
10. Cultive um mindset de crescimento.



## Exercício prático: "A tua vida nos meus sapatos"



## Referências bibliográficas

Cunha, M. P., Reso, A., Cunha, R. C., Cabral-Carriço, S. Neves, P. (2016). Manual de comportamento organizacional e decisão. In Manual de comportamento organizacional e decisão (pp. 197-216). Editora RH.

OBRIGADA!

**Apêndice VII - Sessão de Formação “Comunicação Assertiva”**

## Sessão de Formação “Comunicação Assertiva”



**Comunicação Assertiva**

João Pereira  
Mafalda Veloso

Medrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria  
Braga, 11 de março de 2022

### Índice

- O Técnico Auxiliar de Saúde como Cuidador Formal
- Estilos de Comunicação
- Comunicação Assertiva - Conceito
- Comunicação Assertiva - Benefícios
- Exercício Prático

### O Técnico Auxiliar de Saúde como Cuidador Formal

O Técnico Auxiliar de Saúde tem como deveres, segundo a Presidência do Conselho de Ministros em 22 de dezembro de 2023, Anexo I, Artigo 6º:

- “a) Colaborar ativamente para a defesa dos interesses dos utentes e das comunidades no âmbito da organização das unidades e serviços;” (p. 10)
- “c) Colaborar ativamente para a melhoria das funções desenvolvidas no âmbito da equipa interdisciplinar em que se encontrem inseridos, no contexto da organização das unidades e serviços aos quais estejam afetos, tendo em vista a continuidade e garantia da qualidade de prestação de cuidados de saúde;” (p. 10)
- “d) Esclarecer e reportar junto dos respetivos responsáveis ou seus superiores hierárquicos e na medida das suas competências, eventuais incidentes verificados no serviço;” (p. 10)

### Estilos de Comunicação



Passivo      Assertivo      Agressivo

PASSIVA    ASSERTIVA    AGRESSIVA

COMUNICAÇÃO

(Grilo, 2012)

### Estilos de Comunicação (...)

	Passivo	Agressivo	Assertivo
Comportamento	Não expressa os seus sentimentos ou apenas o faz de forma auto-depreciativa (agradar).	Expressa os seus sentimentos sem atenção aos que o rodeiam (dominar)	Expressa os seus sentimentos apropriando-se ao contexto (comunicar)
Sentimentos do profissional	Ansioso, desapontado, revoltado	Superioridade ou até vergonha	Confiança
Sentimentos do utente	Irritação, desagrado	Revolta, vingança	Respeito
Efeito	Não alcança os seus objetivos	Alcança os seus objetivos magoando os que o rodeia	Alcança os objetivos desejados de forma mais adequada

(Grilo, 2012)

### Estilos de Comunicação (...)

- Manipulação (o 4º estilo):

- Fingo satisfazer os direitos dos outros;
- É irónica e bajuladora;
- Utiliza, de forma subtil, a vingança como estratégia.



(Coelho, 2020)


### Comunicação Assertiva - Conceito

Segundo Grilo (2012):

- “O treino assertivo pressupõe o desenvolvimento de duas competências fundamentais: coordenação de perspectivas entre a pessoa o o interlocutor e flexibilidade. Esta última visa modificar as próprias crenças depois de considerar as do outro, ou mesmo integrar as do interlocutor nas suas” (p. 284);
- “A comunicação assertiva caracteriza-se pela coordenação das perspectivas do próprio e do interlocutor” (p. 286).

### Comunicação Assertiva - Benefícios

- Diminui conflitos;
- Reduz o stress;
- Aumenta a resistência a manipulações;
- Melhora o ambiente de trabalho;
- Utentes satisfeitos com o atendimento;
- Permite uma comunicação simples, direta e eficaz.



(Coelho, 2020)

## Referências bibliográficas

- Coelho, N. (2020). *Comunicação assertiva*. Governo do Estado do Pernambuco, Secretaria de Administração, Centro de Formação dos Servidores e Empregados Públicos do Poder Executivo Estadual (CEFOSPE).
- Grito, A. M. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13(2), 283-297. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, <https://www.sp-ps.com>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023, 22 de dezembro). *Decreto-Lei n.º 120/2023*: Aprova o carreira especial de técnico auxiliar de saúde. Diário da República, 1.ª série, N.º 246. <https://dre.pt>

**OBRIGADA!**

João Pereira  
Mafalda Veloso

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria  
18 de março de 2024

**Apêndice VIII – Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Escuta  
Ativa”**

## Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Escuta Ativa”

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Escuta Ativa”		
Foco	Humor	
Objetivos	Melhorar o humor depressivo	
Público-Alvo	Nº de participantes	1
	Critérios de Exclusão	- Agitação psicomotora; - Défice cognitivo acentuado; - Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada; - Estado confusional.
	Critérios de Inclusão	- Humor depressivo
Local	Gabinete do serviço	
Horário	Horário a definir	
Intervenções de Enfermagem	Executar [escuta ativa]	
Nº de sessões	3	
Recursos Humanos	1 EEESMP	
Recursos Materiais	gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação; folhas e caneta.	
Critérios de Avaliação Inicial	- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão. - Indicador NOC de Resultado para Cognição. - Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor.	

Critérios	de	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão.</li> <li>- Indicador NOC de Resultado para Cognição.</li> <li>- Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor.</li> </ul>
Resultado/Avaliação Final		

Foco: Humor		
Atividades de Diagnóstico:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A M.E. está internada desde 08/10/2024, num serviço de psiquiatria de um hospital da região norte, com diagnóstico de Episódio Maníaco em doente com esquizofrenia.</li> <li>- Refere irritabilidade e perda de interesse nas atividades de vida diária.</li> <li>- Sente-se triste por não ver o seu filho de 8 meses.</li> <li>- Refere que o seu humor se foi degradando, tendo culminado com o seu internamento.</li> <li>- Apresenta-se desanimada “parece que nunca vou melhorar”.</li> <li>- Utente sem expressão facial (hiponímia), cabiz baixo, com movimentos lentos e passos arrastados.</li> <li>- Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor (Anexo I): score de 60.</li> <li>- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão (Anexo II): score de 68.</li> <li>- Indicador NOC de Resultado para Cognição (Anexo III): score de 35.</li> </ul>		
Diagnóstico de Enfermagem: Humor depressivo		
Resultado de Enfermagem esperado: Humor depressivo diminuído		
Objetivo: Melhorar o humor depressivo		
Início/Fim/Horário	Intervenções de Enfermagem	Atividades de enfermagem
n.d. (não definido)	Executar [escuta ativa]	Sessão nº0: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentos iniciais;</li> <li>- Apresentação à utente, avaliação da cognição, nível de depressão e equilíbrio do humor (segundo dados do indicador NOC), definição de objetivos e obtenção de consentimento para</li> </ul>

		<p>recolha de dados;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar um diagnóstico de Enfermagem;</li><li>- Explicar em que consiste a escuta ativa, qual a duração e o número de sessões previstas (duração de 60 minutos por sessão; 1 vez por semana; total de 3 sessões);</li><li>- Estabelecer o propósito da intervenção;</li><li>- Manifestar interesse pela utente;</li><li>- Focalizar na interação, suprimindo preconceitos, influências, suposições, tendências, preocupações pessoais e distrações;</li><li>- Encorajar a partilha de sentimentos e emoções;</li><li>- Usar o silêncio para permitir a expressão de emoções;</li><li>- Valorizar as emoções da utente;</li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo e interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Explorar significados/ sentimentos;</li><li>- Identificar mensagens através da linguagem verbal e não verbal;</li><li>- Estar atento, não só às mensagens e sentimentos não expressos, como ao conteúdo da comunicação;</li><li>- Clarificar as mensagens através da colocação de questões e <i>feedback</i> na comunicação;</li></ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Demonstrar empatia;</li><li>- Manifestar compreensão e aceitação;</li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo e interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Identificar os temas predominantes no discurso;</li><li>- Determinar o significado da mensagem, que reflete as atitudes, experiências passadas e situação atual;</li><li>- Responder de forma a refletir compreensão e receção da mensagem no decurso da interação;</li><li>- Avaliar cognição, nível de depressão e equilíbrio do humor (segundo dados do indicador NOC);</li><li>- Efetuar resumo da sessão e esclarecimento de dúvidas;</li><li>- Manter a porta aberta.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo e interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p>
--	--	--

n.d	Executar apoio emocional	
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar humor (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão).</li><li>- Avaliar cognição (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Cognição).</li><li>- Avaliar equilíbrio do humor (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor).</li></ul>		
<p>CrITÉrios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor: score 65.</li><li>- Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão: score de 75.</li><li>- Manter o score do Indicador NOC de Resultado para Cognição: score de 35.</li><li>- Queixas subjetivas da utente melhoradas/positivas.</li></ul>		

**Apêndice IX - Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Relação de Ajuda Formal”**

## Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Relação de Ajuda Formal”

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Relação de Ajuda Formal”		
Foco	Humor	
Objetivos	Melhorar o humor deprimido	
Público-Alvo	Nº de participantes	1
	Critérios de Exclusão	- Agitação psicomotora; - Défice cognitivo acentuada; - Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada; - Estado confusional.
	Critérios de Inclusão	- Humor depressivo
Local	Gabinete do serviço	
Horário	Horário a definir	
Intervenções de Enfermagem	Executar [relação de ajuda formal]	
Nº de sessões	6	
Recursos Humanos	1 EEESMP	
Recursos Materiais	gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação; folhas e caneta.	
Critérios de Avaliação Inicial	- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão. - Indicador NOC de Resultado para Cognição. - Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor.	

Critérios	de	- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão. - Indicador NOC de Resultado para Cognição. - Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor.
Resultado/Avaliação Final		

Foco: Humor		
Atividades de Diagnóstico:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A M.E. está internada desde 08/10/2024, num serviço de psiquiatria de um hospital da região norte, com diagnóstico de Episódio Maníaco em doente com esquizofrenia.</li> <li>- Refere irritabilidade e perda de interesse nas atividades de vida diária.</li> <li>- Sente-se triste por não ver o seu filho de 8 meses.</li> <li>- Refere que o seu humor se foi degradando, tendo culminado com o seu internamento.</li> <li>- Apresenta-se desanimada “parece que nunca vou melhorar”.</li> <li>- Utente sem expressão facial (hiponímia), cabiz baixo, com movimentos lentos e passos arrastados.</li> <li>- Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor (Anexo I): score de 60.</li> <li>- Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão (Anexo II): score de 68.</li> <li>- Indicador NOC de Resultado para Cognição (Anexo III): score de 35.</li> </ul>		
Diagnóstico de Enfermagem: Humor depressivo		
Resultado de Enfermagem esperado: Humor depressivo diminuído		
Objetivo: Melhorar o humor depressivo		
Início/Fim/Horário	Intervenções de Enfermagem	Atividades de enfermagem
n.d. (não definido)	Executar [relação de ajuda formal]	Sessão nº0: - Apresentação à utente, avaliação da cognição, nível de depressão e equilíbrio do humor (segundo dados do indicador NOC), definição de objetivos e obtenção de consentimento para recolha de dados;

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Estabelecer contacto/ligação com a utente, questionar sobre o que despoleta a procura de ajuda e a motivação/interesse em identificar e resolver o seu problema;</li><li>- Clarificar expectativas face às dificuldades que foram identificadas;</li><li>- Identificar um diagnóstico de Enfermagem que retrate a necessidade de ajuda da utente e negociar um contrato terapêutico;</li><li>- Focalizar na interação, suprimindo preconceitos, influências, suposições, tendências, preocupações pessoais e distrações;</li><li>- Propor uma estratégia de intervenção adaptada à utente e ao seu problema e informar sobre a intervenção psicoterapêutica proposta;</li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo e interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Explicar em que consiste a RAF, qual a duração e o número de sessões previstas (duração de 60 minutos por sessão; 2 vez por semana; total de 6 sessões);</li><li>- Clarificar os papéis dos intervenientes;</li><li>- Clarificar e caracterizar o diagnóstico de Enfermagem ao qual a RAF irá dar resposta;</li><li>- Analisar com a utente os fatores concorrentes para o diagnóstico de Enfermagem e as situações que o desencadeiam (consultar atividades de diagnóstico);</li><li>- Definir objetivos e avaliar a expectativa da utente quanto à intervenção e orientar sobre a</li></ul>
--	--	--

		<p>importância da sua participação ativa, favorecendo um clima de confiança (através de uma postura de aceitação e de não julgamento);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo e interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa e cadeiras.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Analisar com a utente as dificuldades de resolução de problemas, as suas causas e os meios utilizados por esta para os resolver;</li><li>- Demonstrar empatia;</li><li>- Manifestar compreensão e aceitação;</li><li>- Estar atento, não só às mensagens e sentimentos não expressos, como ao conteúdo da comunicação;</li><li>- Promover a autoaceitação da utente mediante análise dos progressos alcançados;</li><li>- Orientar a utente na procura de estratégias de resolução de problemas (como p.e. irritabilidade, perda de interesse, a situação do filho);</li><li>- Discutir as vantagens e desvantagens de estratégias para a resolução de problemas;</li><li>- Efetuar resumo da sessão, negociar com a utente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa” (neste caso, escrever uma carta ao seu filho, o que sente, o que gostaria de lhe dizer);</li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul>
--	--	---

		<p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo e interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº3:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Rever com a utente o registo de estratégias efetuado como “trabalho de casa” entre a última sessão e a atual;</li><li>- Explorar, junto com a utente, o desenvolvimento de estratégias alternativas de resolução e a sua aplicação;</li><li>- Auxiliar a utente a examinar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos face às estratégias delineadas (neste caso, melhoria do humor e dos fatores concorrentes);</li><li>- Ajudar a utente a encontrar os recursos disponíveis para alcançar os objetivos propostos;</li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo e interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº4:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Incentivar o treino das estratégias delineadas;</li><li>- Permitir que a pessoa verbalize medos, preocupações, indecisões e inseguranças;</li></ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer suporte emocional;</li> <li>- Promover a autoaceitação da pessoa mediante a análise dos progressos alcançados;</li> <li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li> </ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo e interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº5:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li> <li>- Explicar objetivo da sessão;</li> <li>- Solicitar à utente para efetuar um resumo do percurso percorrido e rever com a mesma o processo de mudança a que foi sujeita;</li> <li>- Solicitar à utente uma avaliação da RAF que se concluiu;</li> <li>- Avaliar cognição, nível de depressão e equilíbrio do humor (segundo dados do indicador NOC);</li> <li>- Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma e solicitar <i>feedback</i> acerca das sessões efetuadas;</li> <li>- Efetuar resumo da sessão e esclarecimento de dúvidas.</li> </ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo e interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p>
n.d.	Executar apoio emocional.	

n.d.	Executar escuta ativa.	Observação: Escuta ativa enquanto intervenção de enfermagem e não como intervenção psicoterapêutica.
<b>Atividades de Avaliação:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar humor depressivo (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão e Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor).</li><li>- Avaliar cognição (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Cognição).</li></ul>		
<b>Critérios de Resultado:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Equilíbrio do Humor: score 65.</li><li>- Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Nível de Depressão: score de 75.</li><li>- Manter o score do Indicador NOC de Resultado para Cognição: score de 35.</li><li>- Queixas subjetivas da utente melhoradas/positivas.</li></ul>		

**Apêndice X - Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica  
“Restruturação Cognitiva”**

## Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Reestruturação Cognitiva”

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Reestruturação Cognitiva”		
Foco	Ideação Suicida	
Objetivos	Diminuir ideação suicida	
Público-Alvo	Nº de participantes	1
	Crítérios de Exclusão	- Estado de descompensação/ agudização da doença mental; - Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave; - Perturbação antissocial da personalidade; - Agitação psicomotora.
	Crítérios de Inclusão	- Ideação suicida
Local	Gabinete do serviço	
Horário	Horário a definir	
Intervenções de Enfermagem	Executar [reestruturação cognitiva]	
Nº de sessões	7	
Recursos Humanos	1 EEESMP	
Recursos Materiais	gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação; folhas e caneta.	
Crítérios de Avaliação Inicial	- Indicador NOC de Resultado para Vontade de Viver.	
Crítérios de Resultado/Avaliação Final	- Indicador NOC de Resultado para Vontade de Viver.	

Foco: Ideação Suicida		
Atividades de Diagnóstico:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utente F. N refere que ultimamente tem sofrido muito e por esse motivo tentou por fim à vida.</li> <li>- Utente apresenta corte com material ponteagudo no pescoço.</li> <li>- Indicador NOC de Resultado para Vontade de Viver: score 21.</li> </ul>		
Diagnóstico de Enfermagem: Ideação Suicida, presente		
Resultado de Enfermagem esperado: Sem ideação suicida		
Objetivo: Diminuir ideação suicida		
Início/Fim/Horário	Intervenções de Enfermagem	Atividades de enfermagem
n.d. (não definido)	Executar [restruturação cognitiva]	<p>Sessão nº0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação à utente, avaliação inicial com recolha de dados do foro mental e físico, avaliação da vontade de viver (segundo dados do indicador NOC), definição de objetivos e obtenção de consentimento para recolha de dados;</li> <li>- Solicitar à utente que descreva um dia habitual;</li> <li>- Apresentar à utente as primeiras impressões face aos dados colhidos;</li> <li>- Identificar um diagnóstico de Enfermagem que retrate a necessidade de ajuda da utente;</li> <li>- Apresentar a utente o número de sessões expectável e combinar a sua periodicidade;</li> <li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li> </ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escala de avaliação; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p>

		<p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão e apresentar à utente o fundamento teórico que sustenta a reestruturação cognitiva;</li><li>- Explicar em que consiste a reestruturação cognitiva, qual a duração e o número de sessões previstas (duração de 60 minutos por sessão, 2-3 vezes por semana; total de 7 sessões);</li><li>- Incentivar a utente a verbalizar experiências positivas e problemas importantes que tenham surgido ao longo da semana;</li><li>- Analisar com a utente os fatores concorrentes para o diagnóstico de Enfermagem e as situações que o desencadeiam (consultar atividades de diagnóstico);</li><li>- Auxiliar a utente a compreender em que medida os seus pensamentos afetam as suas reações/ comportamentos;</li><li>- Negociar com a utente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa”, neste caso, o preenchimento de um quadro de emoções face a experiências vivenciadas ao longo da semana;</li><li>- Efetuar resumo da sessão, solicitar <i>feedback</i> à utente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; caneta e cadeiras.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li></ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Rever com a utente o registo do quadro de emoções efetuado como “trabalho de casa” entre a última sessão e a atual;</li><li>- Explorar, junto da utente, as emoções experienciadas e o seu significado percebido bem como se existiram fatores promotores da ideação suicida;</li><li>- Permitir que a utente verbalize medos, preocupações, indecisões e inseguranças face aos problemas;</li><li>- Promover a autoaceitação da utente mediante análise dos progressos alcançados;</li><li>- Efetuar resumo da sessão, solicitar <i>feedback</i> à utente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº3:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Auxiliar a utente a alterar autoverbalizações pouco racionais para autoverbalizações racionais;</li><li>- Auxiliar a utente a identificar as emoções negativas e os stressores bem como identificar as potenciais interpretações erróneas relativamente aos stressores;</li><li>- Auxiliar a utente a identificar e substituir interpretações/ crenças erróneas por interpretações baseadas na realidade concreta;</li><li>- Realizar afirmações/ questões que desafiem a perceção/ comportamento da utente, face à sua situação problema;</li></ul>
--	--	--

		<p>- Efetuar resumo da sessão, solicitar <i>feedback</i> à utente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</p> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº4:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Auxiliar a utente a identificar o sistema de crenças que potencialmente está a afetar a sua saúde mental;</li><li>- Incentivar a utente a realizar autoverbalizações mais positivas a fim de melhorar o seu autoconceito;</li><li>- Incentivar a utente a realizar um registo de pensamentos automáticos/ emoções e respostas adaptativas face a situações de lócus externo e interno;</li><li>- Efetuar resumo da sessão, negociar com a utente uma tarefa a ser realizada como “trabalho de casa” (neste caso, o registo de pensamentos acima descrito);</li><li>- Solicitar <i>feedback</i> à utente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº5:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li></ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Rever com a utente o registo de pensamentos efetuado como “trabalho de casa” entre a última sessão e a atual;</li><li>- Antecipar, juntamente com a utente, potenciais stressores e sintomas, e abordar estratégias que a mesma desenvolveu e que pode utilizar bem como situações nas quais deve procurar ajuda por parte de um profissional de saúde;</li><li>- Preparar a utente para a inevitabilidade das dificuldades futuras, mas também para a importância das ferramentas que possui para as enfrentar;</li><li>- Incentivar a utente a utilizar 10-15 minutos por semana para autoavaliar as suas emoções e o uso de estratégias de resolução de problemas ou sentimentos que possam estar a afetar as suas emoções;</li><li>- Discutir com a utente os progressos ao longo das sessões, elogiar esses progressos e enfatizar o seu papel nessas mudanças positivas;</li><li>- Promover a autoaceitação da utente mediante análise dos progressos alcançados;</li><li>- Dar resposta às potenciais preocupações da utente relativamente ao fim da intervenção;</li><li>- Efetuar resumo da sessão, solicitar <i>feedback</i> à utente, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p> <p>Sessão nº6:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li></ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar à utente para efetuar um resumo do percurso percorrido e rever com a mesma o processo de mudança a que foi sujeita;</li> <li>- Solicitar à utente uma avaliação da intervenção que se concluiu;</li> <li>- Avaliar vontade de viver (segundo dados do indicador NOC);</li> <li>- Rever os objetivos da intervenção e os ganhos associados à mesma e solicitar <i>feedback</i> acerca das sessões efetuadas;</li> <li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e orientar para <i>follow-up</i>.</li> </ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escala de avaliação; folhas e caneta.</p> <p>Duração da sessão: 60 minutos.</p>
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar vontade de viver (Aplicar Indicador NOC de Resultado para Vontade de Viver).</li> </ul>		
<p>Critérios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento do score do Indicador NOC de Resultado para Vontade de Viver: score 32.</li> <li>- Relato de aumento na perceção positiva da vida.</li> <li>- Utente demonstra atitudes e comportamentos que reforçam a valorização da vida.</li> </ul>		

**Apêndice XI - Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Estimulação Cognitiva”**

## Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Estimulação Cognitiva”

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Estimulação Cognitiva”		
Objetivo	Manter a cognição	
Público-Alvo	Nº de participantes	1
	Critérios de Exclusão	- Utente com depressão grave; - Utente com demência em estadio grave; - Utente com perturbação psicótica.
	Critérios de Inclusão	- Utente com o diagnóstico de Enfermagem: cognição comprometida
Local	Gabinete do serviço	
Duração / Periodicidade	3 semanas / 2 ou 3 sessões por semana	
Nº de sessões	8	
Intervenções de Enfermagem	Executar [estimulação cognitiva]	
Recursos Humanos	1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	
Recursos Materiais	Gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação da cognição; material de escrita; material de apoio.	
Critérios de Avaliação Inicial	- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). - Teste do Relógio (TR).	
Critérios de Resultado/ Avaliação Final	- MEEM. - TR.	

Foco: Cognição		
Atividades de Diagnóstico:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalização de queixas subjetivas</li> <li>- MEEM: 21 pontos (máximo: 30 pontos); perde 3 na orientação, 3 na atenção e cálculo, 0 na evocação, 1 na habilidade construtiva, 2 na linguagem.</li> <li>- TR: 1 ponto (máximo: 5 pontos)</li> </ul>		
Diagnóstico de Enfermagem: Cognição comprometida		
Resultado de Enfermagem esperado: Cognição comprometida		
Objetivo: Manter cognição		
Início/Fim/Horário	Intervenção de Enfermagem	Atividades de Enfermagem
não definido	Executar [estimulação cognitiva]	<p>Sessão nº0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentar utente, avaliar cognição (aplicar MEEM e TR) e definir de objetivos;</li> <li>- Apresentar a intervenção proposta;</li> <li>- Confirmar disponibilidade para efetuar estimulação cognitiva enquanto intervenção psicoterapêutica;</li> <li>- Clarificar expectativas face à situação clínica;</li> <li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li> </ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação da cognição; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li> <li>- Explicar objetivo da sessão;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Executar treino de funções específicas (Memória):<ul style="list-style-type: none"><li>- Memorizar lista de palavras ou números através da repetição;</li><li>- Completar provérbios através da verbalização;</li><li>- Questionar sobre memórias significativas.</li></ul></li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Executar treino de funções específicas (Atenção):<ul style="list-style-type: none"><li>- Encontrar diferenças em imagens;</li><li>- Encontrar símbolos semelhantes;</li><li>- Ler um texto e fazer perguntas sobre o conteúdo principal do texto.</li></ul></li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº3:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li></ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Executar treino de funções específicas (Linguagem):<ul style="list-style-type: none"><li>- Repetir palavras;</li><li>- Nomear profissões de acordo com as figuras apresentadas;</li><li>- Completar frases através da verbalização.</li></ul></li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº4:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Executar treino de funções específicas (Cálculo e Habilidade construtiva):<ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar contas simples de adição e subtração;</li><li>- Responder a problemas de cálculo simples com imagens explicativas;</li><li>- Instruir para copiar formas geométricas.</li></ul></li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº5:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li></ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Executar terapia de orientação para a realidade:<ul style="list-style-type: none"><li>- Fornecer objetos como o relógio e o calendário anual, perguntando o dia, data e hora atuais;</li><li>- Fornecer indicadores de espaço para as atividades de vida diária.</li></ul></li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e agendar a próxima sessão.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº6:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li><li>- Solicitar ao utente para fazer uma síntese do percurso percorrido;</li><li>- Rever com o utente o processo vivenciado na estimulação cognitiva;</li><li>- Solicitar ao utente uma avaliação acerca da intervenção de estimulação cognitiva e da sua pertinência;</li><li>- Avaliar cognição (aplicar MEEM e TR);</li><li>- Efetuar resumo da sessão, esclarecimento de dúvidas e orientar para <i>follow-up</i>.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação da cognição; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos</p> <p>Sessão nº7 (<i>follow-up</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Efetuar cumprimentos iniciais;</li><li>- Explicar objetivo da sessão;</li></ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar cognição (aplicar MEEM e TR);</li><li>- Questionar sobre a eficácia das intervenções realizadas durante as sessões anteriores e, se necessário, rever as estratégias;</li><li>- Reforçar a importância da manutenção das intervenções realizadas;</li><li>- Realizar resumo do programa de estimulação cognitiva;</li><li>- Esclarecimento de dúvidas;</li><li>- Obter <i>feedback</i> do programa de estimulação cognitiva;</li><li>- Mostrar disponibilidade para agendar nova sessão, se necessário.</li></ul> <p>Metodologia: expositivo; participativo; ativo; interrogativo.</p> <p>Recursos Materiais: gabinete; mesa; cadeiras; escalas de avaliação da cognição; material de escrita; material de apoio.</p> <p>Duração: 45 minutos.</p>
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliar cognição (Aplicar MEEM e TR).</li></ul>		
<p>CrITÉrios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Manter o <i>score</i> do MEEM e TR inicial por manutenção da cognição: MEEM (<i>score</i> 21 ) e TR (<i>score</i> 1 ).</li></ul>		

**Apêndice XII - Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica  
“Relaxamento”**

## Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Relaxamento”

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica “Relaxamento”		
Foco	Insónia	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a insónia.</li> <li>- Diminuir a insónia.</li> </ul>	
Público-Alvo	Nº de participantes	3
	Critérios de Exclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitação psicomotora;</li> <li>- Défice cognitivo acentuado;</li> <li>- Atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada;</li> <li>- Estado confusional;</li> <li>- Acuidade auditiva diminuída.</li> </ul>
	Critérios de Inclusão	- Insónia inicial
Local	Sala espaçosa, com luminosidade reduzida e baixo nível de ruído.	
Horário	- No final do turno da tarde	
Intervenções de Enfermagem	- Executar [técnica de relaxamento]	
Nº de sessões	- 3	
Recursos Humanos	- 1 EEESMP	
Recursos Materiais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala</li> <li>- Colchões;</li> <li>- Almofadas;</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com música de relaxamento;</li> <li>- Escala de avaliação;</li> <li>- Monitor de avaliação de sinais vitais.</li> </ul>
Critérios de Avaliação Inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Queixas subjetivas dos utentes.</li> <li>- Sinais vitais (nomeadamente, tensão arterial e frequência cardíaca).</li> </ul>
Critérios de Resultado/Avaliação Final	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Queixas subjetivas dos utentes.</li> <li>- Sinais vitais (nomeadamente, tensão arterial e frequência cardíaca).</li> </ul>
Foco: Insónia	
<p>Atividades de Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utentes verbalizam insónia inicial.</li> <li>- Utentes com elevado número de episódios de insónia.</li> <li>- Sinais vitais (nomeadamente tensão arterial e frequência cardíaca):</li> </ul> <p>Sessão nº0: (T.A 126/81 mmHg; fc: 93bpm   T.A 111/65 mmHg; fc: 90 bpm   T.A 120/70 mmHg; fc: 79 bpm).          Sessão nº1: (T.A 114/64 mmHg; fc: 80bpm   T.A 120/73 mmHg; fc: 87 bpm   T.A 129/63 mmHg; fc: 69 bpm).          Sessão nº2: (T.A 112/60 mmHg; fc: 92bpm   T.A 112/78 mmHg; fc: 73 bpm   T.A 130/70 mmHg; fc: 80 bpm).</p>	
Diagnóstico de Enfermagem: Insónia [inicial], presente	
Resultado de Enfermagem esperado: Insónia melhorada	

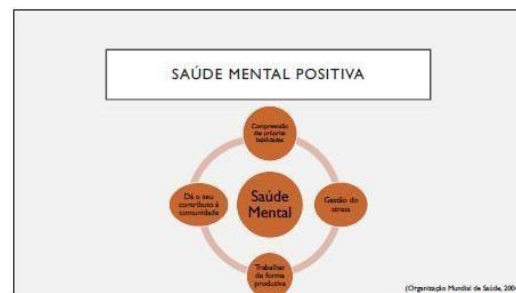
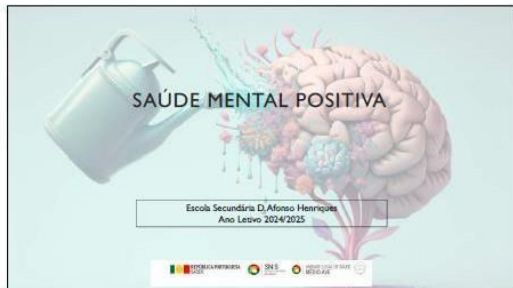
Objetivo: Diminuir insónia; Melhorar a insónia		
Início/Fim/Horário	Intervenções de Enfermagem	Atividades de enfermagem
n.d. (não definido)	Executar [técnica de relaxamento]	<p>Sessão nº0:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentos iniciais;</li> <li>- Explicação da intervenção e apresentação dos objetivos da sessão;</li> <li>- Monitorizar TA e FC antes da intervenção;</li> <li>- Despertar motivação e interesse;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas acerca da intervenção;</li> <li>- Executar técnica de relaxamento através do “Procedimento para relaxamento modificado”;</li> <li>- Promover expressão de opinião e sentimentos face à intervenção realizada;</li> <li>- Monitorizar TA e FC após a intervenção;</li> <li>- Cumprimentos finais e agendar próxima sessão.</li> </ul> <p>Metodologia: expositivo; interrogativo e ativo.</p> <p>Recursos materiais: sala; colchões; almofadas; escala de avaliação; computador com música de relaxamento e monitor de avaliação de sinais vitais.</p> <p>Duração da sessão: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentos iniciais;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicação da intervenção e apresentação dos objetivos da sessão;</li> <li>- Monitorizar TA e FC antes da intervenção;</li> <li>- Executar técnica de relaxamento através do “treino autogénico de Schultz”;</li> <li>- Promover expressão de opinião e sentimentos face à intervenção realizada;</li> <li>- Monitorizar TA e FC após a intervenção;</li> <li>- Cumprimentos finais e agendar próxima sessão.</li> </ul> <p>Metodologia: expositivo; interrogativo e ativo.</p> <p>Recursos materiais: sala; colchões; almofadas; computador com música de relaxamento e monitor de avaliação de sinais vitais.</p> <p>Duração da sessão: 45 minutos.</p> <p>Sessão nº2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentos iniciais;</li> <li>- Explicação da intervenção e apresentação dos objetivos da sessão;</li> <li>- Monitorizar TA e FC antes da intervenção;</li> <li>- Executar técnica de relaxamento através da “técnica de relaxamento por imaginação guiada”;</li> <li>- Promover expressão de opinião e sentimentos face à intervenção realizada;</li> <li>- Monitorizar TA e FC após a intervenção;</li> <li>- Cumprimentos finais e solicitar <i>feedback</i> acerca das sessões efetuadas;</li> </ul> <p>Metodologia: expositivo; interrogativo e ativo.</p> <p>Recursos materiais: sala; colchões; almofadas; escala de avaliação; computador com música de relaxamento e monitor de avaliação de sinais vitais.</p> <p>Duração da sessão: 45 minutos.</p>
n.d	Gerir ambiente físico	

n.d	Gerir medicação prescrita em SOS	
n.d	Vigiar sono	
<p>Atividades de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Queixas subjetivas dos utentes.</li> <li>- Sinais vitais (nomeadamente, tensão arterial e frequência cardíaca).</li> </ul>		
<p>CrITÉrios de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria do padrão de sono e qualidade de sono.</li> <li>- Redução do número de episódios de insónia.</li> <li>- Experiência de sono adequado relatado pelos utentes e através da vigilância em contexto de internamento.</li> <li>- Sinais vitais (nomeadamente, tensão arterial e frequência cardíaca):</li> </ul> <p>Sessão nº0: (T.A 118/74 mmHg; fc: 78bpm   T.A 110/60 mmHg; fc: 80 bpm   T.A 111/65 mmHg; fc: 60 bpm).</p> <p>Sessão nº1: (T.A 104/64 mmHg; fc: 60bpm   T.A 115/67 mmHg; fc: 78 bpm   T.A 122/61 mmHg; fc: 52 bpm).</p> <p>Sessão nº2: (T.A 110/60 mmHg; fc: 62bpm   T.A 110/60 mmHg; fc: 66 bpm   T.A 111/60 mmHg; fc: 70 bpm).</p>		

## **Apêndice XIII- Formação “Saúde Mental Positiva”**

## Formação “Saúde Mental Positiva”



### DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

1. Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida.
2. Colocar "carteio" nas atividades de vida.
3. Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal.
4. Não ser muito duro consigo mesmo e com os outros.
5. Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal.
6. Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal.
7. Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal.
8. Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal.
9. Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal.
10. Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal.

(Nogueira et al., 2020)

### DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

- Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida.
- Colocar "carteio" nas atividades de vida.

(Nogueira et al., 2020)

### DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

- Não ser muito duro consigo mesmo e com os outros.
- Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal.

(Nogueira et al., 2020)

### DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

- Tomar consciência dos bons momentos.
- Deixar fluir as emoções e interpretar a

(Nogueira et al., 2020)

### DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA



### DECÁLOGO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

- Cuidar das suas relações interpessoais, tanto na esfera pessoal e íntima como as do trabalho.
- Fazer uso frequente do sentido de humor na vida.

(Nogueira et al., 2020)

### TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

1. Google: Exercício de respiração
2. Cheirar a flor e soprar a vela

(Nogueira et al., 2020)

### EXERCÍCIO PRÁTICO

(Nogueira et al., 2020)

## CONCLUSÃO

Adquirir **habilidade** para a vida consiste na resolução de problemas, pensamento crítico, comunicação, relação interpessoal e empatia.

**Estratégias** para enfrentar as **emoções**, considerando as técnicas de autocontrolo e de relaxamento.

L14H1 (2023)



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Lloch, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*, 22(4), 42-51.
- 2. Pinto, A. C. S., Lima, I. T., Silva, A. de A., Pinheiro, F. N. de C., Braga, V. A. B., & Sousa, Á. M. A. (2016). Percepção de risco associado a problemas de saúde mental em adolescentes: Realidade integrada. *Revista Diária de Enfermagem: Escola de Enfermagem de Universidade de São Paulo*. <https://doi.org/10.11606/S0960-42332016000300023>.
- 3. Teixeira, L., Securatti, C., & Lúcio, T. (2020). Programa de Promoção de Saúde Mental Focado para Adolescentes (Mente Plus) desenvolvido em São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem de Saúde Mental*.
- 4. World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practical Guidance*. World Health Organization.

**Apêndice XIV - Programa “Promoção do Autocuidado: Intervenções  
Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na  
Pessoa com Esquizofrenia”**

## Programa “Promoção do Autocuidado: Intervenções Autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Esquizofrenia”

### Sessão 0 – Sessão Inicial

<b>Étapas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentos iniciais e apresentação do programa.</li> <li>- Obtenção do consentimento para recolha de dados.</li> <li>- Explicar objetivo da sessão.</li> </ul>	Expositivo	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar entrevista clínica.</li> <li>- Aplicar instrumentos de avaliação (aplicar questionário sociodemográfico, a escala MEEM e a escala ERA-h).</li> <li>- Identificar diagnóstico de Enfermagem: Autocuidado comprometido.</li> <li>- Explicar programa de intervenção.</li> <li>- Apresentar objetivos da intervenção.</li> <li>- Realizar contacto terapêutico.</li> </ul>	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	50 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar síntese da sessão e solicitar <i>feedback</i>.</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas.</li> <li>- Agendar próxima sessão.</li> <li>- Cumprimentos finais</li> </ul>	Ativo Interrogativo	5 minutos
Materiais: gabinete, mesa, cadeiras, canetas, computador, escala ERA-h e questionário sociodemográfico			

### Sessão 1 – Promoção do Funcionamento Social

<b>Etapas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.</li> <li>- Explicar objetivo da sessão.</li> </ul>	Expositivo	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a comunicação.</li> <li>- Incentivar a interação social.</li> <li>- Executar treino de competências psicossociais (questionar sobre situações em que teve dificuldade para comunicar, explorar sentimentos associados (raiva, frustração), ajudando o utente a identifica-los e a compreende-los, ensinar sobre comunicação assertiva através de exemplos do dia a dia.</li> </ul>	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	50 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar síntese da sessão e solicitar <i>feedback</i>.</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas.</li> <li>- Agendar próxima sessão.</li> <li>- Cumprimentos finais.</li> </ul>	Ativo Interrogativo	5 minutos
Materiais: gabinete, mesa, cadeiras, canetas e computador			

### Sessão 2 – Treino do Autocuidado

<b>Etapas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior.</li> <li>- Explicar objetivo da sessão.</li> </ul>	Expositivo	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o autocuidado.</li> <li>- Ensinar sobre autocuidado: manutenção de uma quantidade suficiente de ar água e alimentos, prestação de cuidados associados aos processos de eliminação, manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso, manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social, prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humano e promoção do funcionamento e desenvolvimento humano dentro dos grupos sociais.</li> </ul>	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	50 minutos

	- Treinar autocuidado através de exemplos práticos.		
Conclusão	- Realizar síntese da sessão e solicitar <i>feedback</i> . - Esclarecimento de dúvidas. - Agendar próxima sessão. - Cumprimentos finais.	Ativo Interrogativo	5 minutos
Materiais: gabinete, mesa, cadeiras, canetas e computador			

### Sessão 3 – Envolvimento da Família

<b>Etapas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
Introdução	- Cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão.	Expositivo	5 minutos
Desenvolvimento	- Envolver a família no processo de cuidados. - Ensinar a família sobre a doença (condição, tratamento e autocuidado): incentivar a partilha de experiências, incentivar a verbalização das dificuldades sentidas, instruir sobre estratégias de coping, treinar as estratégias de coping.	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	50 minutos
Conclusão	- Realizar síntese da sessão e solicitar <i>feedback</i> . - Esclarecimento de dúvidas. - Agendar próxima sessão. - Cumprimentos finais.	Ativo Interrogativo	5 minutos
Materiais: gabinete, mesa, cadeiras, canetas e computador			

### Sessão 4 – Outras Intervenções

<b>Etapas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
Introdução	- Cumprimentos iniciais e resumo da sessão anterior. - Explicar objetivo da sessão.	Expositivo	5 minutos
Desenvolvimento	- Orientar doente para a realidade da sua condição de saúde-doença. - Promover <i>status</i> psicológico positivo (identificar os pontos fortes e ativos, reforçar, elogiar).	Ativo Expositivo Participativo Interrogativo	50 minutos

	- Promover hábitos de vida saudáveis (prática do exercício físico, alimentação saudável, higiene do sono).		
Conclusão	- Realizar síntese da sessão e solicitar <i>feedback</i> . - Esclarecimento de dúvidas. - Agendar próxima sessão. - Cumprimentos finais.	Ativo Interrogativo	5 minutos
Materiais: gabinete, mesa, cadeiras, canetas e computador			

### Sessão 5 – Sessão Final

<b>Etapas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
Introdução	- Cumprimentos iniciais. - Explicar objetivo da sessão.	Expositivo	5 minutos
Desenvolvimento	- Avaliar os progressos percebidos e a eficácia das estratégias utilizadas pelo utente. - Promover ajustes necessários às estratégias de resolução de problemas. - Solicitar ao utente uma síntese do caminho percorrido, explorando as suas preocupações atuais. - Elogiar desenvolvimento do utente. - Aplicar instrumentos de avaliação (Aplicar escala ERA-h). - Solicitar <i>feedback</i> .	Ativo Expositivo Interrogativo	50 minutos
Conclusão	- Terminar a intervenção mostrando disponibilidade para a pessoa, caso seja necessário recorrer ao enfermeiro à posteriori. - Agendar sessão de <i>follow-up</i> . - Cumprimentos finais.	Ativo Interrogativo	5 minutos
Materiais: gabinete, mesa, cadeiras, canetas, computador e escala ERA-h			

*Sessão de Follow-up*

<b>Etapas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Método</b>	<b>Duração</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumprimentos iniciais.</li> <li>- Explicar objetivo da sessão.</li> </ul>	Expositivo	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar com a pessoa os progressos percebidos e a eficácia das estratégias trabalhadas no decorrer das sessões.</li> <li>- Analisar questões ou preocupações surgidas.</li> <li>- Demonstrar disponibilidade.</li> <li>- Elogiar desenvolvimento do utente.</li> <li>- Aplicar instrumentos de avaliação (Aplicar escala ERA-h).</li> <li>- Solicitar <i>feedback</i> da intervenção.</li> </ul>	Ativo Expositivo Interrogativo	50 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecimento de dúvidas.</li> <li>- Cumprimentos finais.</li> </ul>	Ativo Interrogativo	5 minutos
Materiais: gabinete, mesa, cadeiras, canetas, computador e escala ERA-h			