

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica promotoras da saúde mental positiva

Interventions by specialist nurses in mental health and psychiatric nursing that promote positive mental health

Autor

Beatriz Sofia Molar Ribeiro dos Santos

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica promotoras da saúde mental positiva

Interventions by specialist nurses in mental health and psychiatric nursing that promote positive mental health

Orientador(es)

Tiago Filipe Oliveira Costa

Autor

Beatriz Sofia Molar Ribeiro dos Santos

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"É tão bonito
Querer mudar o próprio fado
Pois ninguém está destinado
A ser o que não quer"

Afonso Dubraz, "Amanhã" (2024)

DEDICATÓRIA

À minha querida avó Dinha,

a pessoa mais alegre e cheia de vida que alguma vez conheci.

Amámo-nos incondicionalmente e esse amor vive em mim até hoje.

Embora já não estejas fisicamente presente, levo-te comigo em tudo, e em especial na pomba gravada na pele, o teu símbolo e o meu lembrete de que, aconteça o que acontecer, as coisas vão sempre melhorar.

Esta conquista é para ti.

AGRADECIMENTO

Aos meus pais, pela força, pelo amor incondicional e por serem o alicerce de tudo o que sou. Obrigado por me ensinarem o valor do esforço, da humildade e da perseverança. A vossa presença constante, mesmo nos momentos mais difíceis, foi o que me deu coragem para continuar. Acreditaram em mim mesmo quando eu própria duvidava, e por isso vos devo mais do que palavras podem expressar.

Ao meu irmão, com todo o meu coração, pelo apoio incansável, pela paciência e por nunca me deixar sozinha nesta caminhada. A tua ajuda foi essencial. Sem ti, este percurso teria sido muito mais difícil.

Ao Professor Tiago, meu orientador, agradeço pela disponibilidade, orientação e confiança ao longo deste trabalho. O seu apoio, sugestões e olhar crítico foram essenciais para a concretização deste relatório.

Às minhas tutoras de estágio, pelo acompanhamento próximo, pela partilha de conhecimento e pela orientação ao longo desta etapa tão importante. A vossa disponibilidade, exigência e apoio foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

À equipa da UCC Paredes/Rebordosa e da USF Nova Era, por tornarem este percurso muito mais leve e possível, através da flexibilidade nos horários, da compreensão e das palavras de incentivo que fizeram toda a diferença. Obrigado por facilitarem o equilíbrio entre os vários desafios desta etapa.

À minha família, pelo apoio constante. Cada palavra de incentivo e cada gesto de carinho foram fundamentais para chegar até aqui.

À Raquel, minha companheira de mestrado, pelas conversas e reflexões no caminho para casa, pela presença constante e, acima de tudo, pela coragem que me transmitiste para terminar esta etapa.

À Diana, minha companheira de estágio, pelas gargalhadas partilhadas, pelos desabafos sinceros e por estares sempre presente, mesmo nos piores momentos. A tua ajuda e força fizeram toda a diferença e tornaram este caminho muito mais leve.

À FAM, os amigos de sempre, que a vida me deu e que o tempo só tornou mais especiais, agradeço por estarem sempre presentes. A vossa amizade, lealdade e boa disposição foram essenciais para manter o ânimo e o equilíbrio ao longo deste percurso.

À Joana, à Ana Paula e ao Luís, pelos almoços de jovens que trouxeram leveza e descontração

aos dias mais intensos. Pela força, pelas palavras de incentivo e por acreditarem sempre em mim. Obrigado por estarem presentes quando mais preciso e por serem, cada um à sua maneira, exemplos a seguir.

À Catarina, irmã emprestada, por toda a ajuda ao longo deste percurso, pela paciência, pelo carinho e por estares sempre disponível, mesmo quando não era fácil.

RESUMO

A Saúde Mental Positiva refere-se a um estado de bem-estar psicológico que vai além da simples ausência de doença mental, destacando a resiliência, a capacidade de adaptação e o funcionamento ótimo da pessoa. Enfatiza a promoção das qualidades individuais e a maximização do potencial pessoal. A Saúde Mental Positiva atua como um fator de resiliência e proteção contra doenças físicas e mentais.

A promoção da Saúde Mental Positiva é fundamental para o bem-estar individual e coletivo, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Esta abordagem centra-se no fortalecimento de competências pessoais e sociais, permitindo aos indivíduos lidar eficazmente com desafios e adversidades. O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e na implementação de programas de prevenção e de promoção da saúde mental, assumindo-se como um agente central na concretização da Saúde Mental Positiva. A realização de estágios em contextos diversificados constituiu uma oportunidade valiosa para a aquisição de competências profissionais, em particular no que diz respeito à promoção da Saúde Mental Positiva.

Este relatório procurou relatar um percurso de estágio e o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Adotou-se uma metodologia descritiva, crítico-reflexiva. Foi ainda utilizada uma metodologia de estudo de caso para traduzir o desenvolvimento do processo de enfermagem.

Com este relatório foi possível desenvolver capacidades na promoção da Saúde Mental Positiva e adquirir as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

Em suma, este marcou o início de um processo de aprendizagem contínuo com visa à promoção da excelência na prática de enfermagem e no aumento do conhecimento específico de enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem; saúde mental; saúde mental positiva; estudo de caso; competência profissional

ABSTRACT

Positive Mental Health refers to a state of psychological well-being that goes beyond the mere absence of mental illness, highlighting resilience, adaptability, and optimal personal functioning. It emphasizes the promotion of individual strengths and the maximization of personal potential. Positive Mental Health serves as a resilience and protective factor against both physical and mental illnesses.

The promotion of Positive Mental Health is essential for both individual and collective well-being, contributing to an improved quality of life. This approach focuses on strengthening personal and social skills, enabling individuals to effectively cope with challenges and adversity. The Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing plays a key role in the development and implementation of mental health prevention and promotion programs, acting as a central agent in achieving Positive Mental Health. Internships in diverse settings provided a valuable opportunity for acquiring professional skills, particularly regarding the promotion of Positive Mental Health.

This report aimed to describe an internship experience and the development of competencies by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.

A descriptive, critical-reflective methodology was adopted. A case study methodology was also used to illustrate the development of the nursing process.

Through this report, it was possible to develop skills in the promotion of Positive Mental Health and to acquire the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health.

In summary, this marked the beginning of a continuous learning process aimed at promoting excellence in nursing practice and enhancing specific nursing knowledge.

Keywords: nursing; mental health; positive mental health; case study; professional competence

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AN - Anorexia Nervosa

APA - *American Psychological Association*

ATC - Antidepressivo Tricíclico

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ - Comissões de Proteção de Crianças e Jovens

DGS - Direção Geral da Saúde

DSM-5-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição, texto revisto)

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESM - Especialista em Saúde Mental

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

GABA - Ácido gama-aminobutírico

ICN - *International Classification for Nursing Practice*

IHME - *Institute for Health Metric and Evaluation*

IMAO - Inibidores da monoamina oxidase

IMC - Índice de Massa Corporal

IRSN - Inibidor da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina

ISRN - Inibidor Seletivo da Recaptação da Noradrenalina

ISRS - Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAG - Perturbação de Ansiedade Generalizada

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCA - Perturbação do Comportamento Alimentar

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

QSM+ - Questionário de Saúde Mental Positiva

QSM+:R - Questionário de Saúde Mental Positiva: Versão reduzida

SM+ - Saúde Mental Positiva

SR - Síndrome de Realimentação

STRONGKids - *Screening Tool for Risk of Impaired Nutritional Status and Growth*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	17
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	19
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	25
3. ANÁLISE DE UM ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADA	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	34
3.3. Medicação	35
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	35
3.4. Domínios	36
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	37
3.5. Conceção de Cuidados	40
3.6. Especificação das intervenções	45
3.7. Síntese relativa ao caso	47
4. ANÁLISE DE UM ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS À COMUNIDADE	51
4.1. Enquadramento teórico	51
4.2. Clientes	55
4.3. Medicação	55
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	55
4.4. Domínios	56
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	56
4.5. Conceção de Cuidados	58
4.6. Especificação das intervenções	62
4.7. Síntese relativa ao caso	63
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	67
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	79
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	93

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1- Modelo Multifatorial da Saúde Mental Positiva

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, que integra o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), que decorreu no período compreendido entre 19 de setembro de 2024 e 09 de abril de 2025.

O objetivo geral deste relatório passa por relatar as competências adquiridas durante o estágio e que constam no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018). Este relatório constitui também um instrumento de avaliação da unidade curricular, permitindo a obtenção do grau de Mestre em Enfermeiro em Saúde Mental e Positiva. Os objetivos específicos são: descrever as intervenções realizadas nos diferentes contextos de estágio e os seus efeitos, demonstrar uma Prática Baseada na Evidência (PBE) e aperfeiçoar o planeamento, implementação e avaliação de plano de cuidados individualizados.

O tema de destaque deste relatório é a Saúde Mental Positiva (SM+). Este foi escolhido com base numa preferência pessoal e pela sua relevância no contexto da enfermagem de saúde mental. Além disso, a sua importância estendeu-se aos contextos clínicos, uma vez que a promoção da SM+ contribui para a melhoria da adaptação dos indivíduos a situações de crise e fortalece a resiliência e o bem-estar psicológico dos utentes (Sequeira & Lluch-Canut, 2016).

A SM+ é um conceito que vai além da ausência de doença mental, enfatizando o bem-estar psicológico, a resiliência e a capacidade de adaptação do indivíduo (Lluch-Canut, 2002). O conceito foi inicialmente introduzido por Marie Jahoda (1958), que definiu seis critérios fundamentais para a Saúde Mental Positiva: atitudes da pessoa em relação a si própria; o crescimento, desenvolvimento ou autoatualização; integração do conceito de autoconceito e de autoatualização; a autonomia; percepção do indivíduo da realidade; e a gestão do meio envolvente (Jahoda, 1958). Lluch-Canut (2022) explicou que a SM+ é composta por diversas dimensões, incluindo o equilíbrio emocional, o relacionamento interpessoal e a satisfação com a vida. Desta forma, a SM+ pode ser entendida como um estado dinâmico que envolve fatores individuais (emoções, pensamentos e comportamentos) que promovem o funcionamento pleno e equilibrado do indivíduo na sociedade.

O conceito de SM+ tem as suas bases na Psicologia Positiva que visa uma vivência da vida plena e inclui a satisfação, o envolvimento, o sentido na vida e os relacionamentos (Sequeira &

Lluch-Canut, 2016). A Psicologia Positiva é uma área da psicologia desenvolvida por Martin Seligman e Mihaly Csikszentmihalyi, no final dos anos 90, como uma resposta à psicologia tradicional, que estava excessivamente centrada na doença e no sofrimento (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esta tem como foco principal o bem-estar subjetivo, emoções positivas e desenvolvimento pessoal, com o objetivo de promover a felicidade e o florescimento psicológico (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Por outro lado, a SM+ concentra-se no funcionamento mental saudável com vista à promoção do bem-estar mental e à prevenção de doenças mentais (Sequeira & Lluch-Canut, 2016).

O conceito de SM+ pode ser descrito como a capacidade do indivíduo de desfrutar da vida, lidar favoravelmente com eventos de vida, sentir-se bem emocionalmente, ter valores éticos, estar conectado socialmente e manter o respeito pela cultura, equidade, justiça social e pela dignidade pessoal (Sequeira & Lluch-Canut, 2016). Segundo Sequeira et al. (2014), a SM+ representa um estado ótimo de funcionamento do indivíduo, salientando a promoção das qualidades individuais da pessoa e otimizando o seu potencial. Neste sentido, Lehtinen (2004) referiu que a SM+ é um valor em si (sentir-se bem) ou a capacidade de perceber, compreender e interpretar o ambiente, de forma a adaptar-se e alterá-lo, se necessário, para pensar e comunicar com os outros. Recentemente, os investigadores em SM têm demonstrado interesse na forma como as dimensões positivas das experiências, como a integração social, a autoeficácia e o controlo percebido influenciam a saúde (Sequeira et al., 2014). Assim, a valorização dos conceitos de SM+ tem vindo a crescer na investigação em saúde mental (Sequeira et al., 2014). A SM+ é um estado dinâmico que engloba sentimentos, pensamentos e comportamentos positivos e negativos; tem limites que devem ser controlados; e os fatores da SM+ estão interrelacionados, compensando-se entre si (Lluch-Canut, 2021).

Com base no trabalho de Jahoda (1958), Teresa Lluch-Canut (1999) reviu os seis fatores da Saúde Mental Positiva (SM+) e, com o objetivo de aplicar o seu modelo à prática clínica, criou o Modelo Multifatorial de SM+ (Figura 1), introduzindo algumas modificações após realizar diversos estudos (Lluch-Canut, 1999). No seu modelo, ela propõe seis fatores relacionados com as características psicossociais que influenciam a SM+: Satisfação Pessoal, Atitude Pró-Social, Autocontrolo, Autonomia, Resolução de Problemas e Autoatualização, e as Habilidades de Relacionamento Interpessoais (Sequeira & Lluch-Canut, 2016).



Figura 1 – Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva (Sequeira & Lluch-Canut, 2016).

A "Satisfação Pessoal" (F1) engloba o autoconceito, a autoestima, a satisfação com a vida e uma perspetiva positiva do futuro (Sequeira & Lluch-Canut, 2016). Neste sentido, uma pessoa que tenha uma perceção de si e da sua vida positiva terá, provavelmente um nível de satisfação pessoal elevado (Lluch-Canut, 1999). O autoconceito refere-se aos aspetos cognitivos e descritivos da pessoa, o conhecimento e as crenças que o indivíduo tem sobre si em todas as dimensões e aspetos que o constituem como pessoa (corporal, psicológico e social) (Gasparotto et al., 2018). Envolve a descrição que a pessoa faz sobre si, as suas qualidades e atributos (Guillén García & Ramírez Gómez, 2011). A autoestima corresponde ao valor que o indivíduo se atribuí a si e às situações da sua vida, reflete a forma como as pessoas se aceitam e se projetam no futuro e está relacionado com a satisfação sentida em relação às situações vivenciadas (Schultheisz & Aprile, 2015). Esta pode interferir a nível afetivo, social e psicológico (Marcelino & Elias, 2023). Assim, a satisfação pessoal é um critério utilizado para definir o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida percecionada pelo indivíduo, como índice global de satisfação das diferentes esferas da vida do mesmo (Lluch-Canut, 1999).

A "Atitude Pró-Social" (F2) envolve a predisposição ativa para com a sociedade, atitude altruísta de ajuda para com os outros e a aceitação dos outros e das suas diferenças (Sequeira & Lluch-Canut, 2016). Assim, é possível que o *feedback* recebido pelo meio ambiente incentive o indivíduo a pensar em si como uma pessoa digna de confiança (Lluch-Canut, 1999). Ter uma atitude pró-social é fundamental para o desenvolvimento de relações interpessoais (Rodrigues, 2021). A motivação para agir de forma pró-social consiste apenas em beneficiar o outro, sem esperar nenhuma recompensa em troca (Fernandes & Monteiro, 2017). Pode manifestar-se por comportamentos ou pensamentos, e modifica-se no decorrer da vida, em função de fatores do desenvolvimento humano como a idade, personalidade, motivações, habilidades e condições situacionais (Fernandes & Monteiro, 2017; Koller & Bernardes, 1997).

O "Autocontrolo" (F3) é um fator que adveio do critério "integração" do modelo original de Jahoda (1958) e abrange a capacidade de enfrentar situações causadoras de stress, o controlo emocional e a tolerância à ansiedade (Sequeira & Lluch-Canut, 2016). É uma dimensão

fundamental para manter o equilíbrio emocional e para o funcionamento adaptativo do indivíduo (Lluch-Canut, 1999). Segundo o ICN, o autocontrolo é descrito como "*Volição: disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida diárias*" (ICN, 2019). O autocontrolo é fundamental do ponto de vista positivo da saúde (Lluch-Canut, 1999).

A "Autonomia" (F4) engloba a capacidade de ter critérios próprios de comportamento, a independência, a autorregulação do comportamento e a autoconfiança (Sequeira & Lluch-Canut, 2016). Este é um dos objetivos implícitos da maioria dos programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de diferentes orientações psicológicas (Lluch-Canut, 1999). Desde a infância, realizam-se atividades para desenvolver a autonomia dos indivíduos, ajudando-os a adquirir os seus próprios critérios e a regular o seu comportamento (Lluch-Canut, 1999).

A "Resolução de Problemas e Autoatualização" (F5) valoriza a capacidade da pessoa para lidar com problemas e avalia a aptidão da pessoa para tomar decisões em busca do crescimento pessoal (Sequeira & Lluch-Canut, 2016). Este fator envolve a capacidade de análise, de tomada de decisões e da adaptação ao meio ambiente, assim como a atitude de crescimento e de desenvolvimento pessoal contínuo (Sequeira & Lluch-Canut, 2016).

O fator "Habilidades de Relações Interpessoais" (F6) está relacionado com a capacidade da pessoa para compreender os sentimentos dos outros e de se relacionar com estes (Sequeira & Lluch-Canut, 2016). As habilidades sociais englobam saber como transmitir uma mensagem em função da resposta do interlocutor, do meio ambiente e da relação com esse (Lluch-Canut, 1999). Assim, abrange a capacidade para estabelecer relações interpessoais íntimas, para oferecer apoio emocional e a empatia (Sequeira & Lluch-Canut, 2016).

Os seis fatores do modelo multifatorial de SM+ serviram de base para Lluch-Canut (2003) na criação do Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+), um instrumento de avaliação da SM+. Este foi traduzido e validado para Portugal por Sequeira e Carvalho (2009). Mais tarde, Sequeira et al. (2024) desenvolveram uma versão reduzida do QSM+ (QSM+: R) (Anexo I). Esta versão é composta por 18 questões, avaliadas numa escala de 1 a 4, tal como no questionário original (Sequeira et al., 2024). O QSM+: R demonstrou boas propriedades psicométricas, com valores de fiabilidade e validade semelhantes ao QSM+ original (Sequeira et al., 2024). Trata-se de um instrumento eficaz para medir a SM+ e incentiva os EEESMP e outros profissionais de saúde a incorporarem a avaliação da SM+ na prática clínica, devido à sua praticidade, rapidez e facilidade de aplicação (Sequeira et al., 2024).

Ao longo do tempo, estudos têm demonstrado que a SM+ funciona como um recurso de resiliência e proteção contra doenças físicas e mentais (Trompetter et al., 2016; Lamers et al., 2011; Boehm & Kubzansky, 2012). Por exemplo, altos níveis de SM+ estão associados a uma maior taxa de recuperação e sobrevivência, mesmo diante de doenças físicas (Boehm & Kubzansky, 2012; Lamers et al., 2011; Trompetter et al., 2016). Associam-se ainda a uma

redução do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Boehm & Kubzansky, 2012; Lamers et al., 2011; Trompeter et al., 2016). Tendo em conta a importância da SM+, tanto na saúde física como mental dos indivíduos, ao longo do estágio tornou-se relevante determinar os níveis de SM+ e melhorá-los.

A ligação entre a SM+ e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1952) é clara, uma vez que ambas se focam no desenvolvimento da resiliência, adaptação e bem-estar psicológico dos utentes (Lluch-Canut & Sequeira, 2020; Peplau, 1991). Peplau foi pioneira ao destacar a importância da relação entre o enfermeiro e o utente como um elemento essencial para a promoção da saúde mental e a recuperação do indivíduo (Firmino et al., 2018). De acordo com Peplau (1991), o processo de enfermagem deve ser orientado por uma relação interpessoal colaborativa, onde o enfermeiro atua como facilitador do crescimento pessoal e do desenvolvimento do utente, ajudando-o a compreender e lidar com as suas dificuldades emocionais (Firmino et al., 2018). A teoria de Peplau apresenta quatro fases de atuação principais: a Fase de Orientação, onde o enfermeiro identifica o problema do utente e estabelece uma relação de confiança e empatia; a Fase de Identificação, em que o utente começa a compreender o seu problema e a colaborar ativamente no plano de cuidados; a Fase de Exploração, onde o enfermeiro ajuda o utente a desenvolver competências e a encontrar soluções para os seus desafios emocionais; e, por fim, a Fase de Resolução, em que o utente ganha autonomia e consegue lidar com as suas dificuldades de forma independente (Firmino et al., 2018). Além disso, Peplau identificou diferentes papéis que o enfermeiro assume ao longo da relação terapêutica, nomeadamente o Estrangeiro (no início da relação), o Prestador de Cuidados, o Professor (ao fornecer informação sobre a saúde mental), o Orientador (ajudando o utente a explorar os seus sentimentos), o Líder (guiando o processo de recuperação) e o Substituto (preenchendo temporariamente lacunas emocionais) (Firmino et al., 2018).

A teoria de Peplau revela-se importante no contexto da SM+, ao enfatizar a importância da relação interpessoal no processo terapêutico e proporcionar uma base sólida para as intervenções de enfermagem no contexto da saúde mental (Firmino et al., 2018). A Teoria de Peplau orienta o EEESMP a atuar no sentido de promover a recuperação do utente, o bem-estar mental e a prevenir doenças mentais (Firmino et al., 2018; Sequeira & Lluch-Canut, 2016).

Este relatório está estruturado em cinco capítulos. Num primeiro momento, procede-se à caracterização dos contextos onde decorreu o estágio. De seguida, apresenta-se o estudo de caso realizado no contexto de respostas diferenciadas, bem como o estudo de caso do contexto comunitário (parcialmente ficcionados). Posteriormente, são expostos os contributos para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Por fim, o relatório conclui-se com uma síntese final, incluindo uma reflexão pessoal sobre todo o percurso pedagógico.

Para a concretização deste percurso e estruturação do relatório, foi adotada uma abordagem

metodológica que combinou diferentes estratégias de análise e reflexão. Utilizou-se uma metodologia descritiva, crítico-reflexiva, suportada por pesquisa bibliográfica com o intuito de fundamentar teoricamente o trabalho. Essa pesquisa foi realizada em bases de dados científicas como a PubMed, o Google Scholar, a ScienceDirect e a EBSCO, bem como em obras disponíveis na biblioteca da ESSNorteCVP. Adicionalmente, recorreu-se a uma metodologia de estudo de caso para representar processos de enfermagem especializados, baseados na Ontologia de Enfermagem e desenvolvidos através da plataforma pedagógica E4Nursing. A configuração do documento resulta automaticamente desta plataforma, cuja formatação se encontra pré-definida.

Deste modo, este relatório constituiu um contributo para a consolidação de uma prática de enfermagem especializada, centrada na pessoa e orientada para a promoção da Saúde Mental Positiva, sustentada em referenciais teóricos e científicos atualizados. Refletiu não só o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, mas também evidenciou a relevância de uma prática reflexiva, baseada na evidência e promotora do bem-estar e da autonomia dos utentes (Firmino et al., 2018; Sequeira et al., 2024).

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Nesta unidade curricular, foram realizadas 384 horas de contacto em dois contextos de cuidados de estágio diferentes: contexto de respostas diferenciadas e contexto de comunidade. Este capítulo caracteriza as particularidades de cada contexto.

Contexto de Respostas Diferenciadas

O estágio em contexto clínico de respostas diferenciadas decorreu numa unidade de internamento de pedopsiquiatria num hospital da região norte do país no período compreendido entre 01/10/2024 e 22/11/2024, num total de 160 horas. Esta era uma unidade especializada e composta por uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros de cuidados gerais e especialistas (em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e de saúde mental e psiquiátrica), médicos psiquiatras, psicólogos e uma técnica de animação sociocultural. O internamento ocorria numa unidade especializada, destinada à avaliação e intervenção terapêutica em situações de descompensação psiquiátrica aguda a adolescentes, dos 12 aos 17 anos. Este serviço tinha a capacidade máxima de 10 utentes, que eram referenciados da consulta externa ou do serviço de urgência de diferentes hospitais da região.

Ao longo do estágio, os diagnósticos médicos mais prevalentes foram as Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA), com uma predominância entre 80% a 100%, seguidas das Perturbações do Espectro do Autismo. Em menor número, mas ainda com expressão significativa, observaram-se casos de Perturbações Psicóticas e Depressivas. Quanto aos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, destacavam-se o "Comportamento alimentar comprometido", o "Status nutricional comprometido", a "Ansiedade", o "Comportamento agressivo" e o "Comportamento autodestrutivo".

Cada utente possuía um plano de tratamento individualizado e um enfermeiro especialista de referência. As intervenções realizadas durante o internamento dos utentes visavam a sua melhoria e eram discutidas em conjunto com os familiares de referência e a equipa multidisciplinar. Uma das particularidades mais relevantes deste serviço foi o plano de tratamento dos utentes com PCA, dado a sua alta prevalência. Ao longo do tratamento, eram estabelecidas metas, como o peso corporal, que serviam de base para recompensas, como chamadas telefónicas, visitas, empratamento no internamento, licenças de fim-de-semana e, por fim, a alta.

O horário de trabalho dos enfermeiros do serviço era organizado em turnos: manhã (08h-14:30h), tarde (14h-20:30h) e noite (20h-08:30h). Nas passagens de turno, todos os dias, eram partilhadas informações relevantes sobre cada utente e, uma vez por semana, realizava-

se uma reunião multidisciplinar para discussão de planos de cuidados.

Nesta unidade, eram realizadas intervenções terapêuticas individuais, familiares e em grupo. Durante o período da manhã, os utentes realizavam os cuidados de higiene e tomavam o pequeno-almoço antes de iniciarem as atividades ocupacionais com a técnica de animação sociocultural, das 09h às 16h. Uma vez por semana, no período da tarde, os utentes participavam num grupo terapêutico de pintura, com uma psicóloga, onde eram incentivados a desenhar ou pintar o que considerassem relevante para o seu percurso. Estes desenhos eram analisados nas reuniões multidisciplinares semanais. Também uma vez por semana, os adolescentes participavam num grupo de sociodrama, onde tinham a oportunidade de expressar as suas emoções através da música, dança e representação, criando um momento de descontração física e mental. No período da tarde, eram permitidas as visitas de familiares, aos utentes que tivessem essa autorização médica, bem como chamadas telefónicas, com duração máxima de 20 minutos. Eram também realizadas intervenções com os familiares de referência dos utentes, incluindo grupos psicoeducativos para cuidadores de pessoas com psicose, para pais de jovens com perturbação do espectro do autismo, para cuidadores de jovens com PCA e Terapia Familiar.

Contexto de Comunidade

O estágio em contexto comunitário decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS) do norte do país, entre 25 de novembro de 2024 e 14 de fevereiro de 2025, totalizando 224 horas. Esta unidade contava com uma equipa multidisciplinar composta por médico, nutricionista, psicólogos, assistente social, dentista, terapeuta da fala, secretário clínico, assistentes operacionais e enfermeiros especialistas em diversas áreas, como saúde mental e psiquiátrica, saúde materna e obstetrícia, reabilitação e saúde comunitária.

A UCC caracterizava-se por ser uma unidade de cuidados de saúde de proximidade, proporcionando apoio psicológico e social, tanto a nível domiciliário como comunitário. Dava especial atenção a pessoas e grupos vulneráveis que se encontravam em situação de maior risco ou dependência física, funcional ou de doença e que necessitavam de acompanhamento contínuo. A unidade desenvolvia diversas iniciativas no âmbito da saúde, incluindo o Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, o Programa de Recuperação Pós-Parto, o Projeto de Promoção do Desenvolvimento Infantil, o Programa Nacional de Saúde Escolar, o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), o Projeto de Intervenção em Universidades Sêniores, o Projeto do Estatuto do Cuidador Informal, o Projeto de Promoção da Literacia em Saúde nos Utes dos Centros de Dia, o Projeto de Capacitação de Cuidadores Formais, o Projeto de Reabilitação Respiratória em doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e o Projeto de Estimulação Cognitiva em grupo.

Durante o estágio, um dos focos principais era o PNSM, que tem como objetivo promover a saúde mental da população e garantir o acesso a cuidados adequados e de qualidade (DGS, 2017). O programa assentava na prevenção de doenças mentais, na promoção do bem-estar psicológico e na redução do estigma associado à saúde mental. Visava ainda melhorar os serviços prestados, integrando diferentes áreas da saúde e da comunidade, com uma atenção especial a grupos vulneráveis como crianças, adolescentes e idosos (DGS, 2017). Através de uma abordagem multidisciplinar e colaborativa, o PNSM contribuía para uma sociedade mais inclusiva e com melhor qualidade de vida (DGS, 2017). Para operacionalizar o programa, eram desenvolvidas intervenções psicoeducativas para cuidadores informais e idosos que integravam o grupo de estimulação cognitiva. Além disso, eram realizadas consultas individuais de Enfermagem de Saúde Mental, quer na UCC, quer no domicílio, para utentes inseridos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, noutros projetos da unidade ou referenciados pelas Unidades de Saúde Familiar (USF).

Outro projeto de relevância para o estágio, era o Projeto do Estatuto do Cuidador Informal, enquadrado no Estatuto do Cuidador Informal, estabelecido pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Este estatuto definia os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, bem como as medidas de apoio disponíveis (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro) O projeto, desenvolvido em parceria com o Instituto da Segurança Social, pretendia capacitar os cuidadores informais, fortalecendo as suas competências na prestação de cuidados no domicílio. Paralelamente, promovia o bem-estar físico e mental do cuidador e da pessoa assistida, disponibilizando recursos que facilitavam a prestação de cuidados (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro). A UCC tinha uma Enfermeira responsável pelo programa e pela referenciação dos cuidadores para o apoio necessário. No âmbito da saúde mental, eram realizadas consultas individuais de saúde mental para cuidadores que apresentavam níveis elevados de sobrecarga e sessões de psicoeducação em grupo.

Um programa igualmente importante era o de Estimulação Cognitiva em Grupo, criado pela UCC onde decorreu o estágio. Os grupos eram organizados tendo em conta a área geográfica de residência e a capacidade cognitiva dos participantes, sendo distribuídos ao longo da semana, de segunda a quinta-feira, com a realização de uma ou duas sessões diárias. Durante as sessões, eram realizados exercícios de estimulação cognitiva, complementados, uma vez por mês, com sessões de relaxamento, psicoeducação, jogos tradicionais e exercícios físicos, conduzidos com o apoio de enfermeiros especialistas em reabilitação.

O horário de trabalho do serviço era organizado em turnos: manhã (08h-15h) e tarde (13h-20h). Diariamente, estavam agendados grupos de estimulação cognitiva e, em média, duas a três consultas individuais de enfermagem em saúde mental.

3. ANÁLISE DE UM ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADA

B.X. era uma adolescente de 16 anos com o diagnóstico médico de Anorexia Nervosa Restritiva e Perturbação de Ansiedade Generalizada. Ela foi encaminhada da consulta para o internamento por agravamento do estado nutricional. Mais informações encontram-se descritas no Anexo II.

3.1. Enquadramento teórico

Neste subcapítulo, são apresentados os principais diagnósticos médicos, com o objetivo de permitir uma melhor compreensão do caso clínico.

Perturbação do Comportamento Alimentar: Anorexia Nervosa

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são doenças crónicas e de difícil tratamento que têm impacto a nível psicológico, físico e social (Roque et. al, 2014). Caracterizam-se por alterações graves e persistentes nos hábitos alimentares, acompanhadas de pensamentos e emoções angustiantes (Guarda, 2023). Estão muitas vezes ligadas a preocupações excessivas com a alimentação, o peso, a forma do corpo ou a ansiedade em relação à ingestão de determinados alimentos e às suas possíveis consequências (Guarda, 2023).

É comum que as PCA ocorram em simultâneo com outras perturbações psiquiátricas, sendo as mais frequentes as perturbações de humor e da ansiedade, a perturbação obsessivo-compulsiva, bem como problemas relacionados com o consumo de álcool e substâncias (Guarda, 2023). Entre os diferentes tipos de PCA, encontram-se a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN), a perturbação da compulsão alimentar, o transtorno da ingestão alimentar restritiva, pica e a ruminação (*American Psychiatric Association [APA], 2022*).

De acordo com o DSM-5-TR, a AN resulta num peso corporal significativamente abaixo do esperado, ou seja, inferior ao mínimo considerado normal, tendo em conta a idade, o sexo, o desenvolvimento e a saúde física (APA, 2022). Em crianças e adolescentes, a anorexia pode manifestar-se não apenas pela perda de peso, mas também pela incapacidade de ganhar peso de acordo com o desenvolvimento esperado (*World Health Organization [WHO], 2019*). Esta condição é acompanhada por um padrão persistente de comportamentos que impedem a recuperação do peso normal, incluindo restrição alimentar, práticas purgativas, como vômito autoinduzido ou uso indevido de laxantes, e exercício físico excessivo para aumentar o gasto

energético (WHO, 2019). Estes comportamentos estão geralmente associados a um medo intenso de ganhar peso, podendo a percepção da imagem corporal estar distorcida (WHO, 2019). Assim, o indivíduo avalia-se com base no peso ou na forma corporal, muitas vezes considerando-os normais ou até excessivos, mesmo quando estão abaixo do saudável (WHO, 2019).

A classificação da anorexia nervosa baseia-se principalmente nas diferenças nos padrões alimentares, distinguindo-se indivíduos com restrição alimentar exclusiva daqueles que apresentam episódios de compulsão alimentar e/ou recorrem a métodos purgativos (Galvão et al., 2006). A AN do tipo restritivo caracteriza-se pela ausência de episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamentos de purga nos últimos três meses (APA, 2022). Nestes casos, a perda de peso resulta essencialmente de uma restrição alimentar severa, do jejum e/ou da prática excessiva de exercício físico (APA, 2022). Por outro lado, o tipo de AN com compulsão alimentar/purga inclui indivíduos que, durante três meses, manifestaram episódios frequentes de compulsão alimentar ou recorreram a comportamentos de purga, como vômito autoinduzido ou o uso inadequado de laxantes, diuréticos ou enemas (APA, 2022). Uma das principais diferenças entre a Bulimia Nervosa (BN) e a AN do tipo compulsivo/purgativo reside nas características dos doentes (Alves, 2021). Na AN do tipo compulsivo/purgativo os indivíduos apresentam sempre um peso corporal abaixo do normal, na BN o peso pode situar-se dentro da normalidade ou até acima do esperado (Alves, 2021).

Com o tempo, podem surgir várias consequências devido à restrição alimentar extrema ou aos comportamentos de purga, como amenorreia, tonturas ou até lipotímia por desidratação (Guarda, 2023). Além disso, o cabelo e as unhas tornam-se frágeis e quebradiços, há o desenvolvimento de maior sensibilidade ao frio, fraqueza muscular e atrofia, bem como problemas digestivos, como azia, refluxo, obstipação grave e sensação de enfartamento (Guarda, 2024). O excesso de exercício físico pode levar a fraturas por stress e à perda de densidade óssea, resultando em osteopenia ou osteoporose (Guarda, 2023). A desnutrição pode levar a problemas cardiovasculares e renais como desequilíbrios hidroeletrólíticos, miocardiopatia e edema maligno (Roque et. al, 2014). Podem também surgir sintomas psicológicos como depressão, irritabilidade, ansiedade, dificuldades de concentração e fadiga constante (Guarda, 2023).

A etiologia das PCA ainda é desconhecida (Roque et. al, 2014). No entanto, há vários fatores de risco para o desenvolvimento de PCA (Roque et. al, 2014). As PCA são doenças mentais complexas que resultam da interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, os quais convergem e podem desencadear a vulnerabilidade genética predisposta de um indivíduo (Dennis, 2024).

Os fatores de risco biológicos para PCA incluem a predisposição genética, ter um familiar próximo com um distúrbio alimentar ou problema de saúde mental, o historial de dietas

restritivas ou métodos de controlo de peso e a baixa disponibilidade energética resultante do défice calórico (especialmente em atletas e pessoas com elevadas necessidades energéticas) (Dennis, 2024). Além disso, a diabetes tipo I pode ser um fator de risco, pois alguns pacientes desenvolvem padrões alimentares inadequados, incluindo a omissão de injeções de insulina (Dennis, 2024).

Dentro dos fatores de risco psicológicos para o desenvolvimento de PCA, identifica-se o perfeccionismo, a inflexibilidade cognitiva, a impulsividade, a dificuldade de regulação emocional, a tendência para evitar pensar, sentir e fazer coisas que causem stress, a insatisfação com a aparência física e antecedentes pessoais de abuso de substâncias ou problemas de saúde mental como depressão e ansiedade (Dennis, 2024). Para além destes, podem também existir fatores de risco socioculturais, como o estigma associado ao peso, o bullying, pertencer a grupos étnicos minoritários, a solidão ou isolamento e experiências traumáticas anteriores (Dennis, 2024). Adicionalmente, os padrões de beleza atuais reforçam um ideal de magreza cada vez mais inatingível, associando-o a símbolos de sucesso, eficiência e perfeição (Ávila & Nunes, 2006).

Em 2021, 0,2% da população mundial e 0,4% da população portuguesa apresentava uma PCA (IHME *Global Burden of Disease*, 2024c). Em Portugal, cerca de 0,87% da população entre os 15 e os 19 anos, em 2021, apresentava diagnóstico médico de AN ou BN (IHME *Global Burden of Disease*, 2024a). À escala mundial, em 2022, aproximadamente 22% das crianças e adolescentes apresentavam perturbações do comportamento alimentar (López-Gil et al., 2023). A prevalência geral de PCA ao longo da vida está estimada em 8,60% entre as mulheres e 4,07% entre os homens (Deloitte *Access Economics*, 2020). Estas são umas das perturbações mentais com maior risco de mortalidade (Nascimento et al., 2022). Para além disso, com o tempo, podem surgir vários sintomas: a amenorreia, a puberdade tardia, a hipercarotenemia, a hipotermia, a hipoglicemia, a osteoporose, o atraso do desenvolvimento, a cardiomiopatia, a insuficiência renal, a obstipação, a neuropatia periférica, a pancitopenia e a infertilidade (Moore & Bokor, 2023).

Após a avaliação clínica, o tratamento das PCA deve ser realizado de forma multiprofissional, com o objetivo de reduzir os riscos associados à doença, gerindo adequadamente o estado nutricional e os sintomas relacionados com a alimentação (Pedrosa et al., 2019). As metas devem ser definidas de forma conjunta, envolvendo sempre o indivíduo e a sua família (Pedrosa et al., 2019). O tratamento da AN visa a restauração do peso corporal, a adoção de comportamentos alimentares adequados e a gestão das complicações decorrentes da desnutrição, das comorbilidades e dos sintomas psiquiátricos (Pedrosa et al., 2019). Seguidamente, o enfoque recai sobre a manutenção dos padrões de comportamento alimentar saudáveis e a prevenção de recaídas (Pedrosa et al., 2019). Assim, é fundamental a utilização de técnicas de psicoterapia para abordar o comportamento alimentar e as distorções da imagem corporal (Pedrosa et al., 2019).

Até ao momento, não existem evidências que sustentem a utilização de psicofármacos no tratamento da AN (Roque et. al, 2014). Quando prescritos, os antidepressivos atípicos (especialmente a olanzapina), os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e a mirtazapina devem ser utilizados como complemento às intervenções psicoterapêuticas, ajudando na diminuição de sintomas de depressão, ansiedade e comportamentos obsessivo-compulsivos (Pedrosa et al., 2019).

O EEESMP tem um papel muito importante no tratamento das PCA como a AN, colocando em prática as intervenções psicoterapêuticas necessárias para a eficácia do tratamento (Ribeiro et al., 2020). As intervenções podem estar diretamente relacionadas ao comportamento alimentar ou ao compromisso no autoconceito (como a escuta ativa, o aconselhamento, as técnicas de modificação do comportamento e a reestruturação cognitiva) ou ser direcionadas a sintomas associados à PCA (como o uso de técnicas de relaxamento) (OE, 2023; Ribeiro et al., 2020).

Perturbação da Ansiedade Generalizada.

A ansiedade constitui uma resposta natural perante o perigo e o *stress* do quotidiano, podendo, em determinadas situações, ser benéfica ao alertar o indivíduo para ameaças e prepará-lo para lhes fazer face (APA, 2022; Serviço Nacional de Saúde, 2023). O medo e a ansiedade estão intimamente relacionados (WHO, 2019). O medo é uma resposta a uma ameaça iminente percebida no presente, enquanto a ansiedade está mais orientada para o futuro, referindo-se a uma ameaça antecipada (WHO, 2019). As perturbações de ansiedade e as relacionadas ao medo caracterizam-se por uma ansiedade e um medo excessivos, juntamente com perturbações comportamentais associadas (WHO, 2019). Estes sintomas são suficientemente graves para causar sofrimento significativo ou prejuízo na funcionalidade pessoal, familiar, social, educacional, profissional ou em outras áreas importantes da vida (WHO, 2019). Uma característica essencial para distinguir os diferentes transtornos de ansiedade e relacionados ao medo é o estímulo ou a situação que desencadeia a ansiedade ou o medo (WHO, 2019). Dentro das perturbações de ansiedade, existem vários tipos, como a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG), a Perturbação de ansiedade de separação, o Mutismo seletivo, as Fobias específicas, a Perturbação de ansiedade social, o Distúrbio de pânico, os Ataques de pânico, a Agorafobia e os distúrbios de ansiedade provocados pelo consumo de substâncias ou por outras patologias médicas (APA, 2022).

De acordo com o DSM-5-TR, o diagnóstico médico de PAG baseia-se na presença de ansiedade e preocupação excessiva, que ocorre na maior parte dos dias durante pelo menos seis meses (APA, 2022). Pode manifestar-se como uma apreensão geral ou como uma preocupação excessiva com vários aspetos do quotidiano, frequentemente relacionados com a família, a saúde, as finanças e o trabalho ou a escola (WHO, 2019). A pessoa tem dificuldade em controlar essa preocupação, que deve estar associada a pelo menos três dos seguintes sintomas (apenas um sintoma no caso das crianças): inquietação, fadiga, dificuldade de concentração,

irritabilidade, tensão muscular e distúrbios do sono (APA, 2022). Os sintomas devem causar um impacto significativo na vida diária e não podem ser explicados pelo consumo de substâncias, condições médicas ou outras perturbações mentais, como transtorno do pânico, ansiedade social ou transtorno obsessivo-compulsivo (APA, 2022). Muitos indivíduos com PAG também experienciam sintomas como sudorese, náuseas e diarreia e cefaleias, taquicardia, dificuldade respiratória e tonturas que, normalmente, se encontram mais associados a outras perturbações de ansiedade como a perturbação do pânico (APA, 2022).

As perturbações de ansiedade, tal como outros problemas de saúde mental, resultam de uma interação complexa entre diversos fatores sociais, psicológicos e biológicos (WHO, 2023). A etiologia da PAG pode estar associada a diversos fatores, incluindo o stress, condições físicas (como diabetes) e outras comorbidades (como depressão), fatores genéticos (já que indivíduos com familiares de primeiro grau com PAG têm uma probabilidade de 25% de desenvolvê-la) e fatores ambientais (como abuso, negligência e o abuso de substâncias) (Munir & Takov, 2022). Na adolescência, as causas e os fatores de risco incluem: o sexo feminino, o baixo status socioeconómico, pais com transtornos psiquiátricos, timidez e adversidades na infância (Narmandakh et al., 2021). Esses fatores podem impactar o desenvolvimento cerebral e aumentar a predisposição à ansiedade (Narmandakh et al., 2021). Investigadores sugerem que a disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do sistema nervoso autónomo podem contribuir para a ansiedade, com alterações na resposta ao stress e nos níveis de cortisol, afetando a capacidade de regulação emocional (Narmandakh et al., 2021). Além desses, alguns fatores de risco sociocultural podem incluir o isolamento social e a insatisfação com a imagem corporal (Narmandakh et al., 2021).

As perturbações de ansiedade são os distúrbios mentais mais comuns, afetando, em 2019, cerca de 301 milhões de pessoas em todo o mundo, com uma prevalência maior entre as mulheres do que entre os homens (WHO, 2023). Em 2021, cerca de 4,4 % da população mundial e cerca de 9,7% da população portuguesa apresentava uma perturbação de ansiedade (IHME *Global Burden of Disease*, 2024b). Na Europa e em Portugal, as populações com mais prevalência de perturbações de ansiedade encontravam-se com idades compreendidas entre 15 e 19 anos (8,52% na Europa e 14,32% em Portugal) (IHME *Global Burden of Disease*, 2024b).

A PAG pode causar graves consequências como perturbações do sono, a utilização de medicação sem prescrição numa tentativa de autogestão e o aumento do risco de suicídio (Souza et al., 2022). O maior risco de suicídio está relacionado com o isolamento e o desgaste emocional, muitas vezes associado a outras perturbações como depressão e transtorno de pânico (Souza et al., 2022). A PAG afeta a qualidade de vida dos adolescentes nos domínios cognitivos, sociais, emocionais e relacionados com a saúde física, prejudica o desenvolvimento e dificulta as tarefas simples do dia a dia (Graça, 2022).

Os principais métodos de tratamento para as perturbações de ansiedade passam por técnicas

psicoterapêuticas e psicofármacos (Munir & Takov, 2022). Os psicofármacos mais utilizados para o tratamento de perturbações de ansiedade são antidepressivos como ISRS e Inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (IRSN), antipsicóticos para doentes com problemas comportamentais e benzodiazepinas como tratamento de curta duração (Munir & Takov, 2022).

A terapia cognitivo-comportamental é o principal método de tratamento psicoterapêutico na infância, adolescência e idade adulta, resultando numa melhoria da qualidade de vida (Siqueira Santana et al., 2024). O EEESMP tem um papel importante no desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas após o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem como "Ansiedade" ou "Autocontrolo da Ansiedade Comprometido" (Sampaio et al., 2020). Dentro das intervenções que podem ser realizadas pelo EEESMP, incluem-se: o apoio emocional, a escuta ativa, as intervenções psicoterapêuticas (como técnica de relaxamento e a relação de ajuda), a intervenção psicoeducativa e a orientação para estratégias de redução da ansiedade (Sampaio et al., 2020).

A técnica de relaxamento é uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem que recorre a métodos específicos para promover o relaxamento, de forma a reduzir sintomas indesejáveis, como a dor, a tensão muscular e a ansiedade (Butcher et al., 2018). Esta intervenção tem como objetivos avaliar o stress e o seu impacto, prevenir as suas consequências fisiológicas e desenvolver competências para a sua gestão (Sampaio et al., 2023). Esta intervenção psicoterapêutica pode ser operacionalizada por meio de diversas técnicas, como imaginação guiada, o treino autogénico e o relaxamento muscular progressivo (Sampaio et al., 2023).

A escuta ativa é uma intervenção de enfermagem presente na NIC e é definida como o ato de prestar atenção cuidadosa e atribuir significado às mensagens verbais e não verbais do utente (Butcher et al., 2018). A escuta ativa constitui uma competência essencial na comunicação terapêutica em enfermagem, permitindo não só a identificação de necessidades e preocupações do utente, mas também a construção de uma relação de confiança (Rocha, 2024). Ao promover a expressão de pensamentos e sentimentos, a escuta ativa contribui para uma comunicação eficaz, reconhecendo a complexidade do ato de falar e o seu impacto na relação interpessoal (Rocha, 2024). A escuta ativa constitui uma das intervenções mais relevantes no caso de utentes com perturbações de ansiedade (Silva et al., 2022). Esta abordagem comunicacional permite ao profissional criar um ambiente seguro e acolhedor, favorecendo a expressão dos sentimentos e promovendo uma relação terapêutica baseada na empatia e na confiança (Silva et al., 2022). Esta relação, por sua vez, contribui significativamente para a adesão ao plano de cuidados e para a melhoria dos sintomas físicos associados (Silva et al., 2022).

3.2. Clientes

Cliente

Adolescente | Idade: 16 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-05 10:00:00	Fosfato Monopotássico 10mmol (PO) (07h; 15h; 23h)	
2024-10-05 10:00:00	Tiamina 100mg (PO) (21h)	
2024-10-05 10:00:00	Alprazolam 0,25mg (PO) (SOS)	
2024-10-05 10:00:00	Diazepam 2,5mg (PO) (SOS)	
2024-10-05 10:00:00	Olanzapina 2,5mg (PO) (SOS)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Fosfato Monopotássico - O fosfato monopotássico está classificado como mineral/eletrólito/antiurótico e é indicado para o tratamento e prevenção da deficiência de fosfatos nos utentes incapazes de ingerir uma dieta com a quantidade adequada de fosfatos, ou em doentes em processo de realimentação para o metabolismo da glicose (Deglin et al., 2016; Ramos, 2020). As reações adversas da utilização deste fármaco estão relacionadas com a hiperfosfatemia e hipercolelémia, podendo incluir sintomas como hipotensão, fraqueza, bradicardia, cefaleias, diarreia, náuseas e vômitos (Deglin et al., 2016; Infarmed, 2023). Tendo em conta a ação e os efeitos adversos do fármaco, o enfermeiro possui intervenções importantes, tais como: monitorizar sintomas como fraqueza, cefaleias e alterações gastrointestinais, monitorizar a tensão arterial e a frequência cardíaca (Deglin et al., 2016).

Tiamina - A tiamina é uma vitamina (vitamina B1) utilizada no tratamento da depleção de tiamina e na prevenção da encefalopatia de Wernicke, que poderá ser consequência de anorexia nervosa, malnutrição e síndrome de realimentação (Deglin et al., 2016; Borlot et al., 2009). As reações adversas da administração de tiamina são muito raras e estão normalmente associadas à administração intravenosa ou a sobredosagem, podendo incluir hipotensão, náuseas e vômitos, prurido, urticária e cianose (Deglin et al., 2016; Infarmed, 2024).

Considerando a ação e os possíveis efeitos adversos do fármaco, o enfermeiro desempenha um papel essencial através de intervenções como: monitorizar sinais e sintomas de distúrbios gastrointestinais e dermatológicos, monitorizar o estado nutricional do utente e monitorizar a tensão arterial (Deglin et al., 2016).

Alprazolam - O alprazolam faz parte da classe de psicofármacos ansiolíticos do grupo das benzodiazepinas e é, utilizado no tratamento de transtornos de ansiedade e de perturbações relacionadas com o pânico (Deglin et al., 2016; Infarmed, 2023). Algumas das reações adversas mais frequentes deste fármaco são tonturas, sonolência, desorientação, confusão, cefaleias e obstipação (Deglin et al., 2016; Infarmed, 2023). Atendendo à ação do fármaco e aos possíveis efeitos adversos, o enfermeiro desempenha um papel crucial através de intervenções como: avaliar a presença de manifestações de ansiedade; vigiar a sonolência, as tonturas, a desorientação e a confusão; monitorizar sintomatologia gastrointestinal (Deglin et al., 2016).

Diazepam - O diazepam pertence ao grupo farmacológico das benzodiazepinas, que atua como ansiolítico, sedativo/hipnótico, anticonvulsivante e relaxante musculoesquelético (Deglin et al., 2016). Este é utilizado como complemento no tratamento da ansiedade, alívio de ansiedade antes de cardioversão, síndrome de Siffman, sedação pré-operatória, sedação consciente, tratamento de estados epilépticos, como relaxante musculoesquelético e nos sintomas de privação de álcool (Deglin et al., 2016). Os efeitos indesejáveis mais frequentes são as tonturas, sonolência, letargia e fraqueza muscular (Deglin et al., 2016; Infarmed, 2024). Tendo em conta a ação do fármaco e os potenciais efeitos indesejáveis, o enfermeiro desempenha uma função fundamental através de intervenções como: avaliar o grau de ansiedade e avaliar o nível de sedação através de sintomas como tonturas, sonolência e letargia (Deglin et al., 2016).

Olanzapina - A olanzapina faz parte do grupo dos antipsicóticos atípicos, estabilizadores de humor, utilizada no tratamento da esquizofrenia, de episódios maníacos ou mistos associados à perturbação bipolar, agitação aguda (Deglin et al., 2016). Embora não esteja mencionado nas orientações de administração, este medicamento pode também ser utilizado no tratamento da AN, pois facilita o aumento do peso ao reduzir os episódios obsessivos relacionados com o medo de engordar (Deglin et al., 2016; Correia, 2012). Algumas das reações adversas da toma de olanzapina são a agitação, tonturas, cefaleias, hipotensão, sonolência, aumento de peso e de apetite, obstipação, xerostomia e a síndrome neuroléptica maligna (Deglin et al., 2016; Infarmed, 2017). Considerando a ação do fármaco e as possíveis reações adversas, o enfermeiro assume um papel essencial através de intervenções como: avaliar o estado mental; monitorizar o peso; avaliar a tensão arterial e monitorizar o desenvolvimento de sintomas de síndrome neuroléptica maligna (hipertermia, rigidez muscular e alteração do estado mental) (Deglin et al., 2016).

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
05-10-2024 10:00	Apetite	
05-10-2024 10:00	Sistema cardiovascular	
05-10-2024 10:00	Autoconceito	
05-10-2024 10:00	Emoção	
05-10-2024 10:00	Desenvolvimento físico	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Apetite

Segundo o ICN, o apetite define-se como "*Status: sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos.*" (ICN, 2019). Já o termo "Anorexia" deriva do grego "anorexis", em que "an" significa "sem" e "orexis" significa "apetite", expressando a falta ou ausência de apetite (Souza et al., 2018).

A maior parte dos doentes com AN não apresentam falta de apetite, mas tentam controlar a ingestão de alimentos de forma a não satisfazerem as necessidades orgânicas de nutrientes (Souza et al., 2018). Utilizam estratégias de emagrecimento como jejuns prolongados, restrições alimentares e diminuição das refeições (Souza et al., 2018). Estes comportamentos desajustados tornam essencial a realização de uma vigilância das refeições e da quantidade de alimentos ingeridos, com o objetivo de monitorizar a evolução do estado nutricional dos utentes (Souza et al., 2018).

Segundo a Ontologia de Enfermagem, o domínio "apetite" engloba diversos parâmetros, nomeadamente a ingestão alimentar, o estado do apetite e o paladar (OE, s.d.). Este domínio assume particular relevância na monitorização da reabilitação nutricional, que constitui o objetivo principal do tratamento da anorexia nervosa (Souza et al., 2018). Durante a avaliação inicial, a utente B.X. relatou que, desde a infância, demonstrava um padrão alimentar irregular, marcado pela ausência de apetite e pela necessidade de incentivo por parte dos cuidadores para iniciar a ingestão de alimentos. Ultimamente, a utente relatou uma progressiva restrição alimentar voluntária, com redução do número de refeições e da quantidade de alimentos ingeridos. Justificou esta alteração com uma preocupação excessiva com padrões alimentares considerados saudáveis.

Desenvolvimento físico

Segundo a Ontologia de Enfermagem, o domínio do “Desenvolvimento físico” está inserido na categoria mais abrangente de Desenvolvimento humano (OE, s.d.). Por sua vez, o Desenvolvimento humano é definido como um “*Processo corporal: processo progressivo de crescimento físico, mental e social e desenvolvimento ao longo de toda a vida*” (ICN, 2019). Dentro do desenvolvimento físico, encontram-se parâmetros essenciais como o peso, a estatura e o índice de massa corporal (IMC) (Souza et al., 2018). Estas medidas antropométricas permitem não só confirmar o diagnóstico, mas também avaliar a gravidade da condição clínica e orientar o plano de tratamento (APA, 2022). O IMC, calculado a partir do peso e da altura, é o parâmetro mais utilizado para classificar a desnutrição em adolescentes e adultos, sendo um critério diagnóstico importante nos sistemas DSM-5-TR e ICD-11 (WHO, 2019). Além disso, a análise da evolução do IMC durante o tratamento é um indicador objetivo da melhoria clínica e é frequentemente utilizada como critério de alta hospitalar ou transição entre níveis de cuidados (Garber et al., 2016). A ausência de progresso ponderal ou a flutuação do peso pode indicar resistência ao tratamento, recaídas ou necessidade de reavaliação do plano terapêutico (Garber et al., 2016).

Uma análise extensa da literatura não identificou um instrumento de rastreio nutricional considerado de referência, que integrasse medidas antropométricas, indicadores clínicos, tempo de internamento e incidência de complicações (Matos et al., 2017). No entanto, o STRONGKids (*Screening Tool for Risk of Impaired Nutritional Status and Growth*) foi selecionado como o instrumento mais adequado para adoção em Portugal (Matos et al., 2017). Esta é uma ferramenta validada para a população europeia, com elevada sensibilidade e especificidade (Matos et al., 2017). Destaca-se pela sua facilidade de aplicação, mesmo por profissionais que não pertencem à área da nutrição (Matos et al., 2017). Além disso, pode ser utilizado desde o momento da admissão hospitalar até à alta, permitindo uma avaliação contínua do risco nutricional (Matos et al., 2017). Outro fator determinante é o facto de o STRONGKids não exigir a realização de medidas antropométricas, sendo que a avaliação subjetiva não representa um fator de viés significativo (Matos et al., 2017). Por fim, esta ferramenta apresenta uma aplicabilidade transversal a diferentes condições clínicas e faixas etárias dentro da pediatria, tornando-se uma escolha eficaz e prática para a identificação de crianças em risco nutricional (Matos et al., 2017).

Neste contexto, a prática de enfermagem deve integrar a monitorização sistemática do desenvolvimento físico, não só para diagnóstico precoce e acompanhamento da evolução da doença, mas também para prevenir complicações futuras. Além disso, esta avaliação auxilia na definição de intervenções adequadas e personalizadas, garantindo uma abordagem centrada na recuperação nutricional e na estabilidade clínica da B.X..

Sistema Cardiovascular

As PCA comprometem diversos sistemas corporais, nomeadamente o sistema cardiovascular,

provocando alterações estruturais no coração e atrofia do músculo cardíaco (Donin et al., 2023). Springall et al. (2023) salientam que adolescentes que recuperaram de AN podem apresentar um aumento da rigidez arterial e alterações na função endotelial, o que os torna mais propensos ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares na idade adulta. Na AN, grande parte das mortes devem-se a complicações cardiovasculares, como arritmias, distúrbios eletrolíticos, hipotensão e bradicardia (Donin et al., 2023). Para além disso, o tratamento da AN envolve o aumento da ingestão calórica, o que pode acarretar um risco cardiovascular conhecido como síndrome de realimentação (SR) (Gomes et al., 2021). Esta é uma perturbação grave do equilíbrio hidroeletrólítico, potencialmente fatal e pode manifestar-se através de arritmias, taquicardia, insuficiência cardíaca e morte súbita (Gomes et al., 2021). A desnutrição também pode ser uma causa de derrame pericárdico (Ramos González-Cristóbal et al., 2022) e a B.X. apresenta um Derrame pericárdico de 18mm consequente da AN.

Assim, considerou-se importante definir como domínio de enfermagem o "Sistema Cardiovascular" pelas complicações associadas à AN e pelo risco de síndrome de realimentação. A vigilância dos sinais vitais e da função cardíaca é fundamental para promover uma recuperação segura, assegurando a estabilidade clínica da B.X. e a sua reabilitação do estado nutricional.

Autoconceito

O autoconceito é definido como a perceção que o indivíduo tem das suas próprias características (Silva et al., 2022). Essa perceção resulta dos seus processos cognitivos e caracteriza-se como um sistema complexo e dinâmico de crenças, perceções e atitudes que o indivíduo tem sobre si próprio, sendo diretamente influenciada pela organização e interpretação das suas experiências (Xavier, 2024). Depende de diversos fatores, como experiências vividas, as interações sociais e a forma como a pessoa é percecionada pelas pessoas significativas na sua vida (p.e. pais, professores e amigos) (Silva et al., 2022).

Uma perceção positiva de si próprio durante a adolescência está diretamente ligada a um melhor desempenho académico e social, bem como ao desenvolvimento de qualidades pessoais como independência, responsabilidade e capacidade de lidar com frustrações (Xavier, 2024). Por outro lado, uma visão negativa de si mesmo pode estar associada a diversos problemas psicossociais, aumentando o risco de depressão, gravidez na adolescência, pensamentos suicidas, desemprego, perturbações alimentares e dificuldades na construção e manutenção de relações sociais saudáveis (Xavier, 2024).

Para além da relação do autoconceito com as PCA, existe uma correlação entre os níveis de autoconceito e de ansiedade (Xavier, 2024). Quanto maior o de autoconceito positivo, menor os níveis de ansiedade e quanto maior a ansiedade pior o autoconceito (Xavier, 2024 & Muniz, 2016).

A AN engloba uma alteração na perceção do peso e da forma corporal e a valorização excessiva destes aspetos na autoavaliação, originando uma alteração no autoconceito (APA, 2022). De acordo com a Ontologia de Enfermagem, o domínio do "Autoconceito" compreende sentimentos ou comportamentos de valorização pessoal, pensamentos sobre si e/ou sobre o seu desempenho, a opinião ou imagem mental de si mesmo e a valorização das perceções positivas referidas por outras pessoas (OE, s.d.).

Um autoconceito negativo está associado a maior risco de perturbações alimentares e níveis elevados de stress e ansiedade (Muniz, 2016; Xavier, 2024). Dado o impacto do autoconceito no bem-estar psicológico e na evolução clínica, em casos de AN e PAG, considerou-se relevante incluir este domínio na abordagem de enfermagem. Durante a entrevista clínica com B.X., não se verificaram alterações na autoimagem corporal, mas observaram-se pensamentos negativos sobre o desempenho escolar, desportivo e a capacidade de alcançar a meta da alta do internamento.

Emoção

A emoção é um processo psicológico que envolve sentimentos, sejam eles conscientes ou inconscientes, positivos ou negativos, manifestados ou não, que pode ser intensificada em situações de stress ou doença (ICN, 2019). A ansiedade é definida como uma "*Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia.*" (ICN, 2019).

Nos indivíduos com AN, os sintomas negativos são frequentes e podem manifestar-se sob a forma de perturbações depressivas ou ansiosas, representando aspetos primários ou secundários à doença (Roque et al., 2014). Considerando as características da AN e o diagnóstico prévio de PAG, o domínio da emoção torna-se particularmente relevante na abordagem e acompanhamento da B.X.. Durante a entrevista clínica, foi possível detetar sintomas e comportamentos que vão de encontro ao diagnóstico de PAG.

3.5. Conceção de Cuidados

Apetite

05-10-2024 10:00

05-10-2024 10:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

05-10-2024 10:00 - Apetite diminuído.

05-10-2024 10:00 - Paladar conservado.

05-10-2024 10:00 - Apetite comprometido

05-10-2024 10:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

05-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições

12-11-2024 17:30 - Ingeriu a totalidade das refeições.

05-10-2024 10:00 - *Referenciar para o médico compromisso da ingestão de alimentos às refeições*

05-10-2024 10:00 - Promover autogestão: regime dietético

05-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

05-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-10-2024 10:00 - Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização.

05-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético

05-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético*

12-11-2024 17:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-10-2024 10:00 - *Ensinar sobre autogestão do regime dietético*

05-10-2024 10:00 - *Ensinar sobre relação entre peso corporal e autogestão do regime dietético*

05-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime dietético

05-10-2024 10:00 - *Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético*

12-11-2024 17:30 - Significado atribuído ao regime dietético: desvalorização [MANTEVE].

05-10-2024 10:00 - *Assistir cliente a analisar o significado dificultador*

Sistema cardiovascular

05-10-2024 10:00

05-10-2024 10:00 - Localização do Pulso

05-10-2024 10:00 - Punho Esquerda(o)

05-10-2024 10:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

05-10-2024 10:00 - Pulso de pequena amplitude (parvus) e regular.

05-10-2024 10:00 - Pulso rítmico.

05-10-2024 10:00 - Pulso simétrico.

05-10-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

05-10-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

05-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 86 mmHg.

05-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 51 mmHg.

05-10-2024 10:00 - Temperatura das extremidades

05-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

05-10-2024 10:00 - Coloração das extremidades

05-10-2024 10:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

12-11-2024 17:30

12-11-2024 17:30 - Localização do Pulso

12-11-2024 17:30 - Punho Esquerda(o)

- 12-11-2024 17:30 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.
12-11-2024 17:30 - Pulso de pequena amplitude (parvus) e regular.
12-11-2024 17:30 - Pulso rítmico.
12-11-2024 17:30 - Pulso simétrico.
12-11-2024 17:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
12-11-2024 17:30 - Membro superior Esquerda(o)
12-11-2024 17:30 - Pressão sanguínea sistólica: 99 mmHg.
12-11-2024 17:30 - Pressão sanguínea diastólica: 60 mmHg.
12-11-2024 17:30 - Temperatura das extremidades
12-11-2024 17:30 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].
12-11-2024 17:30 - Coloração das extremidades
12-11-2024 17:30 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

Autoconceito

05-10-2024 10:00

- 05-10-2024 10:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.
05-10-2024 10:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.
05-10-2024 10:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.
05-10-2024 10:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

05-10-2024 10:00 - Autoconceito comprometido

05-10-2024 10:00 - Determinar evolução do autoconceito

05-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

- 12-11-2024 17:30 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].
12-11-2024 17:30 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].
12-11-2024 17:30 - Não verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo.
12-11-2024 17:30 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MANTEVE].
12-11-2024 17:30 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MANTEVE].

05-10-2024 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito

05-10-2024 10:00 - Executar reestruturação cognitiva

05-10-2024 10:00 - Promover a expressão verbal dos sentimentos, perceções e pensamentos

05-10-2024 10:00 - Executar escuta ativa

Emoção

05-10-2024 10:00

- 05-10-2024 10:00 - Sem indícios de humor depressivo.

05-10-2024 10:00 - Sem indícios de euforia.
05-10-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade.
05-10-2024 10:00 - Manifestação de inquietação.
05-10-2024 10:00 - Sem manifestação de irritabilidade.
05-10-2024 10:00 - Sem manifestação de pânico .
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 4 no indicador "Agitação" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 4 no indicador "Andar de um lado a outro" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Apreensão verbalizada" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 3 no indicador "Ansiedade verbalizada" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 4 no indicador "Preocupação exagerada sobre eventos da vida" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 4 no indicador "Afastamento" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 4 no indicador "Distúrbios do sono" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Mudanças no padrão alimentar" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de de 2 no indicador "Torcer as mãos" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 3 no indicador "Nervosismo" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 3 no indicador "Inquietação" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Tensão muscular" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Tensão facial" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 3 no indicador "Indecisão" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 4 no indicador "Comportamento problemático" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)
05-10-2024 10:00 - A utente apresenta um valor de 4 no indicador "Dificuldade em resolver problemas" do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)

05-10-2024 10:00 - Ansiedade

05-10-2024 10:00 - Determinar evolução da ansiedade

05-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade

12-11-2024 17:30 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

12-11-2024 17:30 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

12-11-2024 17:30 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

05-10-2024 10:00 - Diminuir ansiedade

05-10-2024 10:00 - Executar técnica de relaxamento

05-10-2024 10:00 - Executar escuta ativa

12-11-2024 17:30

12-11-2024 17:30 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

12-11-2024 17:30 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 5 no indicador “Agitação” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 5 no indicador “Andar de um lado para o outro” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 3 no indicador “Apreensão verbalizada” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 4 no indicador “Ansiedade verbalizada” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 4 no indicador “Preocupação exagerada sobre eventos de vida” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MANTEVE].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 5 no indicador “Afastamento” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 5 no indicador “Distúrbios do sono” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 4 no indicador “Mudanças no padrão alimentar” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 4 no indicador “Torcer as mãos” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 5 no indicador “Nervosismo” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 5 no indicador “Inquietação” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 3 no indicador “Tensão muscular” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 3 no indicador “Tensão facial” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 4 no indicador “Indecisão” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 5 no indicador “Comportamento problemático” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MELHOROU].

12-11-2024 17:30 - A utente apresenta um resultado de 4 no indicador “Dificuldade a resolver problemas” do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) [MANTEVE].

Desenvolvimento físico

05-10-2024 10:00

05-10-2024 10:00 - Peso: 32.00 Kg.

05-10-2024 10:00 - Comprimento/Altura: 162.00 cm.

05-10-2024 10:00 - Percentil do comprimento: P(25).

05-10-2024 10:00 - Índice de massa corporal: 12.19 Kg/m².
05-10-2024 10:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(1).
05-10-2024 10:00 - Instrumento de Avaliação STRONGKIDS (Screening Tool for Risk of Impaired Nutricional Status and Growth): Existe alguma patologia subjacente que contribua para o risco de desnutrição, ou é esperada alguma cirurgia major? SIM (2)
05-10-2024 10:00 - Instrumento de Avaliação STRONGKIDS (Screening Tool for Risk of Impaired Nutricional Status and Growth): O doente apresenta um estado nutricional deficitário, quando avaliado de forma subjetiva? SIM (1)
05-10-2024 10:00 - Instrumento de Avaliação STRONGKIDS (Screening Tool for Risk of Impaired Nutricional Status and Growth): Estão presentes algum dos seguintes itens (Diarreia e/ou vômitos; redução da ingestão alimentar nos últimos dias; intervenção nutricional prévia; ingestão insuficiente devido a dor)? SIM (1)
05-10-2024 10:00 - Instrumento de Avaliação STRONGKIDS (Screening Tool for Risk of Impaired Nutricional Status and Growth): Ocorreu perda de peso ou ausência de ganho de peso (em crianças menores de um ano) durante as últimas semanas/meses? SIM (1)
05-10-2024 10:00 - Total do Instrumento de Avaliação STRONGKIDS (Screening Tool for Risk of Impaired Nutricional Status and Growth): 5- Risco elevado: Necessidade de especialista para um diagnóstico completo, intervenção e acompanhamento nutricional. Ponderar a prescrição de suplementos nutricionais enquanto se aguarda a confirmação do estado.
05-10-2024 10:00 - Amenorreia desde Janeiro de 2024

05-10-2024 10:00 - Desenvolvimento físico comprometido

05-10-2024 10:00 - Determinar evolução do desenvolvimento físico

05-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento físico

05-10-2024 10:00 - Referenciar para o médico compromisso no desenvolvimento físico

12-11-2024 17:30

12-11-2024 17:30 - Peso: 39.60 Kg.
12-11-2024 17:30 - Comprimento/Altura: 162.00 cm.
12-11-2024 17:30 - Percentil do comprimento: P(25).
12-11-2024 17:30 - Índice de massa corporal: 15.09 Kg/m².
12-11-2024 17:30 - Percentil do índice de massa corporal: P(1).
12-11-2024 17:30 - IMC: 15,09 Kg/m² [MELHOROU].

3.6. Especificação das intervenções

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Explorar o significado atual atribuído ao regime dietético
- Analisar a origem do significado dificultador
- Identificar distorções do significado atribuído ao regime dietético
- Reforçar interpretações realistas e positivas relativas ao regime dietético
- Apoiar a reformulação de significados negativos

- Reforçar expressões de compreensão do valor funcional da alimentação

Ensinar sobre relação entre peso corporal e autogestão do regime dietético

- Informar, de forma simples e prática, a relação entre as escolhas alimentares com o impacto no estado nutricional

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

- Observar verbalizações espontâneas sobre autogestão do regime dietético
- Identificar sinais de melhoria na atitude face ao regime dietético

Avaliar evolução do significado atribuído ao regime dietético

- Identificar verbalizações sobre o regime dietético
- Identificar atitudes indicadoras de mudança

Executar técnica de relaxamento

- Explicar ao utente os objetivos da técnica de relaxamento (NIC: 1460)
- Criar um ambiente calmo e tranquilo (NIC: 1460)
- Sugerir que o utente adote uma posição confortável (NIC: 1460)
- Utilizar um tom de voz suave com um ritmo lento (NIC: 1460)
- Demonstrar a técnica de relaxamento muscular progressivo (NIC: 1460)
- Orientar o utente na respiração lenta e profunda (NIC: 1460)
- Avaliar a resposta física e emocional do utente (NIC: 1460)
- Reforçar o uso regular da técnica de relaxamento (NIC: 1460)

Avaliar evolução da ansiedade

- Observar sinais e sintomas de ansiedade
- Avaliar o nível de ansiedade, utilizando o resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Fornecer informação clara e personalizada
- Ensinar estratégias de autogestão
- Ensinar sobre as consequências de uma autogestão do regime dietético inadequado

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

- Observar verbalizações negativas sobre si próprio
- Observar comportamentos indicativos de autoconceito negativo
- Avaliar a evolução da autoavaliação

Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições

- Avaliar a quantidade e tipo de alimentos ingeridos
- Avaliar sinais de dificuldade ou desconforto durante a alimentação

Executar reestruturação cognitiva

- Ajudar a utente a identificar os pensamentos disfuncionais (NIC: 4700)
- Ajudar a utente a identificar e nomear as emoções negativas que está a sentir (NIC: 4700)
- Ajudar a utente a identificar os fatores de stress percecionados (NIC: 4700)
- Ajudar a utente a reconhecer interpretações erradas sobre os fatores de stress (NIC: 4700)

- Ajudar a utente a reconhecer a irracionalidade de certas crenças quando comparadas com a realidade (NIC: 4700)
- Ajudar a utente a substituir interpretações erradas por interpretações mais realistas sobre situação, eventos ou interações stressantes (NIC: 4700)
- Fazer afirmações que apresentem uma forma alternativa de olhar para a situação (NIC: 4700)
- Utilizar o sistema de crenças habituais da utente para ajudar a ver a situação de forma diferente (NIC: 4700)

Executar escuta ativa

- Estabelecer o propósito da interação (NIC: 4920)
- Manifestar interesse pela utente (NIC: 4920)
- Encorajar a expressão de pensamentos, sentimentos e preocupações (NIC: 4920)
- Focalizar completamente na interação, suprimindo preconceitos, influências, suposições, tendências, preocupações pessoais e distrações (NIC: 4920)
- Valorizar as emoções da utente (NIC: 4920)
- Dar atenção e conhecer as suas próprias mensagens não verbais (NIC: 4920)
- Estar atento às mensagens e sentimentos não expressos (NIC: 4920)
- Estar atento ao conteúdo da comunicação (NIC: 4920)
- Esclarecer a mensagem pelo uso de perguntas e feedback (NIC: 4920)
- Evitar barreias à escuta ativa (p.e. minimização de sentimentos, oferecer soluções fáceis, interrupções, falar sobre si mesmo e terminar a intervenção prematuramente) (NIC: 4920)
- Usar o silêncio para encorajar a expressão de sentimentos (NIC: 4920)
- Identificar os temas predominantes no discurso (NIC: 4920)
- Determinar o significado da mensagem, que reflete as atitudes, experiências passadas e situação atual (NIC: 4920)

Avaliar evolução do desenvolvimento físico

- Monitorizar peso corporal
- Monitorizar altura
- Calcular e interpretar o Índice de Massa Corporal
- Comparar os dados antropométricos com padrões de crescimento esperados
- Monitorizar a evolução ao longo do tempo
- Avaliar a presença de sinais de atraso no crescimento

Referenciar para o médico compromisso no desenvolvimento físico

- Comunicar alterações significativas de peso ao médico de referência

Referenciar para o médico compromisso da ingestão de alimentos às refeições

- Comunicar alterações significativas na ingestão alimentar ao médico de referência

3.7. Síntese relativa ao caso

O presente caso clínico refere-se a uma adolescente de 16 anos diagnosticada com AN, que foi internada no serviço de pedopsiquiatria devido ao agravamento do estado nutricional. Perante este caso clínico planeou-se uma entrevista clínica (Anexo III) para recolha de dados.

Durante a avaliação inicial (Anexo II), identificou-se um historial de padrões alimentares disfuncionais com início na infância, nomeadamente a redução do número de refeições, a ingestão insuficiente de alimentos, a ausência de apetite e o esquecimento frequente de realizar refeições. A evolução do quadro foi gradual, tendo-se agravado a partir de dezembro de 2023, momento em que se observou uma crescente preocupação com a alimentação "saudável". No contexto do internamento, não se evidenciaram comportamentos alimentares disfuncionais, uma vez que a utente se alimentava da totalidade das refeições prescritas.

Com base na informação recolhida durante a avaliação clínica, identificou-se a presença de níveis elevados de ansiedade, evidenciados por resultados significativos em diversos indicadores do resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211) (Anexo IV). Paralelamente, foram observados sinais de comprometimento do autoconceito, manifestados por pensamentos negativistas, sobretudo associados ao desempenho escolar e à prática desportiva. Importa referir que, apesar destas alterações, a imagem corporal permaneceu preservada. Verificou-se ainda que a utente atribuía um significado dificultador ao regime dietético, o que contribuiu para a manutenção de comportamentos alimentares restritivos, resultando numa perda ponderal progressiva. Esta restrição alimentar prolongada teve repercussões significativas ao nível do estado físico, nomeadamente, a instalação de amenorreia secundária e de um derrame pericárdico.

Após a formulação dos diagnósticos de enfermagem, foram definidos objetivos específicos e implementadas intervenções centradas na recuperação do estado nutricional, na redução da ansiedade, na melhoria do autoconceito, bem como do significado atribuído ao regime dietético e no conhecimento sobre a autogestão do regime dietético. As intervenções incluíram a avaliação do conhecimento e da perceção da utente sobre a autogestão do regime alimentar, em articulação com o seu autoconceito e nível de ansiedade. Foram realizados ensinamentos sobre a autogestão do regime dietético e a sua relação com o peso corporal. Adicionalmente, a utente foi acompanhada na análise do significado atribuído ao regime dietético, com o objetivo de identificar possíveis barreiras ao processo de recuperação. Implementaram-se também técnicas de relaxamento e escuta ativa, promovendo a expressão emocional, a diminuição da ansiedade e o reforço de uma perceção mais positiva de si mesma.

No âmbito do diagnóstico de "Autoconceito Comprometido", foi proposta a realização da

intervenção Reestruturação Cognitiva, com o objetivo de auxiliar a utente na identificação e substituição de padrões de pensamento disfuncionais. No entanto e apesar da pertinência desta intervenção, o funcionamento do serviço não permitiu a sua implementação, por não a considerar exequível no contexto.

Para o diagnóstico de enfermagem "Ansiedade", foram planeadas e implementadas seis sessões da técnica de relaxamento, com uma duração compreendida entre 45 e 60 minutos cada (Anexo V). Paralelamente, foi utilizada a escuta ativa, ao longo de todas as sessões, com o objetivo de estimular a expressão emocional e facilitar a exteriorização de sentimentos e preocupações por parte da utente. Estes momentos foram também aproveitados para acompanhar e apoiar a utente B.X. na análise e reflexão sobre o significado dificultador que atribuía ao regime dietético.

No final das sessões, foi possível observar uma redução dos *scores* em diversos indicadores do NOC "Nível de Ansiedade" (1211) (Anexo VI), bem como uma melhoria na verbalização emocional. Verificou-se ainda uma evolução favorável no desenvolvimento físico, evidenciada pelo aumento de peso e pela adesão ao plano alimentar prescrito. Para além disso, constatou-se uma maior compreensão, por parte da utente, do papel da alimentação no processo de recuperação e na manutenção de um estilo de vida saudável, no entanto ainda demonstrava necessidade na melhoria do significado atribuído ao regime dietético e no conhecimento da autogestão do regime dietético. Na última sessão realizada, a utente já tinha atingido o peso necessário para cumprir a meta estabelecida para o empratamento. Desta forma, tornou-se mais evidente a necessidade de uma intervenção focada na autogestão do regime dietético, intervenção essa que não foi possível de dar continuidade devido à limitação de tempo. Relativamente ao diagnóstico de "Autoconceito comprometido", a utente continuou a verbalizar algumas perceções negativas sobre o seu desempenho, embora com menor prevalência.

A análise do presente caso clínico permitiu constatar a relevância da intervenção de enfermagem centrada nos domínios do desenvolvimento físico, da ansiedade, do autoconceito e do significado atribuído ao regime dietético, no contexto da AN na adolescência. As intervenções implementadas demonstraram-se eficazes na melhoria dos indicadores clínicos da utente. Destaca-se ainda a importância da relação terapêutica, sustentada por práticas de escuta ativa, como facilitadora da expressão emocional e da reflexão crítica por parte da utente.

No entanto, importa reconhecer algumas limitações. Em primeiro lugar, o tempo disponível para a implementação das intervenções foi reduzido, obrigando à execução de várias atividades numa mesma sessão.

Além disso, alguns constrangimentos inerentes ao funcionamento do serviço limitaram a viabilidade da realização de outras intervenções psicoterapêuticas que poderiam ter sido benéficas neste caso clínico, como a Reestruturação Cognitiva, que, por esse motivo, não chegou a ser implementada.

As implicações clínicas deste caso evidenciam a importância de integrar a dimensão emocional e cognitiva associada à alimentação nos planos terapêuticos dirigidos a adolescentes com AN. Relativamente a intervenções futuras, considera-se relevante o alargamento da duração do acompanhamento, de forma a consolidar os ganhos terapêuticos e a prevenir recaídas. Adicionalmente, a integração de outras abordagens, como técnicas da terapia cognitivo-comportamental, poderá contribuir para uma resposta mais abrangente às necessidades da utente.

Em suma, este caso clínico destaca o papel essencial do enfermeiro na abordagem terapêutica da AN, demonstrando como intervenções focadas no desenvolvimento físico, na saúde mental e no significado alimentar podem promover uma melhoria global do estado de saúde da pessoa, com reflexos positivos na sua qualidade de vida e no processo de recuperação.

4. ANÁLISE DE UM ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS À COMUNIDADE

R.M. é uma senhora de 68 anos com diagnóstico médico de Perturbação Depressiva. É cuidadora do marido, há cerca de 6 anos, com demência frontotemporal. Foi referenciada pela enfermeira responsável pelo Projeto do Estatuto do Cuidador Informal para acompanhamento pela Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica da Unidade de Cuidados na Comunidade. Mais informações encontram-se descritas no Anexo VII.

4.1. Enquadramento teórico

Perturbação Depressiva

A perturbação depressiva é um transtorno mental comum e grave que afeta negativamente o modo como a pessoa se sente, pensa, age e como percebe o mundo (APA, 2024). Envolve o humor depressivo, perda de prazer ou de interesse em atividades por um longo período (WHO, 2023). Pode interferir em diversos aspetos da vida, desde os relacionamentos com a família, amigos e comunidade até ao desempenho escolar ou profissional (WHO, 2023).

De acordo com o DSM-5-TR, o diagnóstico de perturbação depressiva major exige a presença de cinco ou mais sintomas ao longo de um período mínimo de duas semanas, os quais devem representar uma alteração significativa no funcionamento habitual do indivíduo (APA, 2022). Um dos sintomas obrigatórios é a presença de humor depressivo na maior parte do dia, quase todos os dias, ou anedonia em todas ou quase todas, as atividades, também na maior parte do dia e de forma quase diária (APA, 2022). Entre os sintomas adicionais, podem incluir-se: alterações ponderais significativas (perda ou aumento de peso), alterações do padrão de sono (insónia ou hipersónia), agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva e/ou inapropriada, dificuldade de concentração ou de tomada de decisões, e ideação suicida recorrente (APA, 2022). Para que se confirme este diagnóstico, é igualmente necessário que nunca tenha ocorrido qualquer episódio maníaco, hipomaníaco ou misto, pois, caso contrário, poderia indicar uma perturbação bipolar (WHO, 2019).

Diversos fatores podem representar um risco para o desenvolvimento da depressão, como alterações bioquímicas cerebrais, incluindo neurotransmissores que influenciam a sintomatologia depressiva (Onyemaechi, 2024). A predisposição genética também pode desempenhar um papel, assim como certos traços de personalidade (p.e., a baixa autoestima, a

sensibilidade ao stress e o pessimismo) (Onyemaechi, 2024). Além disso, a exposição à violência, negligência, abuso e pobreza são fatores de risco significativos para o desenvolvimento da depressão (Onyemaechi, 2024).

Acredita-se que a etiologia da perturbação depressiva seja multifatorial, incluindo fatores biológicos, genéticos, ambientais e psicossociais (Bains & Abdijadid, 2023). Do ponto de vista biológico, a perturbação depressiva era considerada como uma deficiência nos neurotransmissores como a serotonina, noradrenalina e dopamina (Pereira & Saraiva, 2014). Assim, os antidepressivos foram criados como objetivo de aumentar a disponibilidade desses neurotransmissores na fenda sináptica, bloqueando o transportador de serotonina (Pereira & Saraiva, 2014). No entanto, foi descoberto que utentes deprimidos apresentavam níveis baixos de GABA no plasma, no líquido cefalorraquidiano e no cérebro, considerando-se assim que o neurotransmissor GABA exerce um papel antidepressivo (Bains & Abdijadid, 2023). Alterações hormonais da tiroide e do crescimento também foram consideradas como potenciais causas de transtornos de humor (Bains & Abdijadid, 2023). O stress precoce pode resultar em alterações nas respostas neuroendócrinas e comportamentais, o que pode resultar em mudanças estruturais no córtex cerebral, levando à depressão (Bains & Abdijadid, 2023).

Os eventos de vida e determinados traços de personalidade também desempenham um papel relevante no desenvolvimento da perturbação depressiva (Bains & Abdijadid, 2023). No âmbito do modelo cognitivo-comportamental, Aaron Beck propôs que a depressão resulta, em grande medida, da interpretação disfuncional dos acontecimentos de vida, sendo a distorção cognitiva um elemento central na génese e manutenção do transtorno (Pereira & Saraiva, 2014). De acordo com este modelo, padrões de pensamento negativos e automáticos afetam tanto o humor como o comportamento do indivíduo, estando presentes em diversas perturbações psicológicas (Beck, 1997). Beck (1997) defendem que, ao identificar, questionar e modificar estes pensamentos de forma realista, é possível promover melhorias significativas no estado emocional e no funcionamento comportamental da pessoa. O modelo baseia-se na denominada tríade cognitiva de Beck, caracterizada por uma visão negativista do "eu", do mundo e do futuro (Pereira & Saraiva, 2014). Indivíduos com perturbação depressiva tendem a interpretar a realidade através de esquemas cognitivos disfuncionais, o que conduz a uma distorção sistemática das suas experiências e a uma perceção marcadamente negativa de si próprios e do contexto que os rodeia (Pereira & Saraiva, 2014). Exemplos de distorções cognitivas podem ser o pensamento dicotómico, a generalização, a maximização/minimização, a personalização, o filtro mental e a catastrofização (Chand et al., 2023). Segundo Beck, esses esquemas cognitivos disfuncionais têm origem em experiências traumáticas precoces (Pereira & Saraiva, 2014). Mais tarde, perante eventos stressores, esses esquemas são ativados, desencadeando pensamentos automáticos negativos e distorções cognitivas sobre si, o mundo e o futuro, contribuindo para o desenvolvimento da depressão (Pereira & Saraiva, 2014).

A WHO estimou que, em 2023, cerca de 3,8% da população mundial sofria de depressão,

incluindo 5% dos adultos e 5,7% dos adultos com idade superior a 60 anos (WHO, 2023). No mundo, aproximadamente 280 milhões de pessoas sofriam de depressão (WHO, 2023). Segundo a *Eurostat*, em 2019, 7,2% dos cidadãos europeus sofriam de perturbação depressiva crónica, mais 0,3% da população comparativamente a 2014. Entre os países europeus, Portugal possuía a maior percentagem de casos, 12,2% da população (*Eurostat*, 2021).

Os cuidadores informais são um grupo vulnerável à depressão (Pinquart & Sörensen, 2003). Estes indivíduos apresentam níveis mais elevados de stress e depressão, além de níveis mais baixos de bem-estar, saúde física e autoeficácia, em comparação com pessoas que não desempenham o papel de cuidador (Pinquart & Sörensen, 2003). Um estudo realizado a cuidadores de familiares com demência frontotemporal concluiu que 27% dos participantes apresentava depressão mínima, 19% depressão moderada e 7% depressão severa (Diehl-Schmid et al., 2013). O stress vivenciado diariamente pelos cuidadores informais está associada a estados de humor depressivos (Leggett et al., 2015).

A perturbação depressiva é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo (Bains & Abdijadid, 2023). Não só provoca diminuição da funcionalidade da pessoa, como afeta negativamente os seus relacionamentos interpessoais, diminuindo a sua qualidade de vida (Bains & Abdijadid, 2023). Pessoas com transtorno depressivo têm um elevado risco de desenvolver perturbações de ansiedade concomitantes e transtornos relacionados com o consumo de substâncias, o que aumenta o risco de suicídio (Bains & Abdijadid, 2023). Para além disso, a depressão pode levar ao agravamento de outras condições médicas, como a diabetes, a hipertensão, a doença pulmonar obstrutiva crónica e a doença arterial coronária (Bains & Abdijadid, 2023). A depressão pode agravar outras condições médicas devido à interação complexa entre fatores fisiológicos, comportamentais e neurológicos (Bains & Abdijadid, 2023). Do ponto de vista biológico, a depressão está associada a alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, provocando níveis elevados de cortisol, o que pode comprometer a resposta imunitária e aumentar a inflamação sistémica, fatores que contribuem para a progressão de doenças crónicas como a diabetes, a hipertensão e a doença arterial coronária (Bains & Abdijadid, 2023). Além disso, indivíduos com depressão tendem a adotar comportamentos menos saudáveis, como sedentarismo, má alimentação e baixa adesão a tratamentos médicos, o que pode agravar patologias pré-existentes (Gold et al., 2020). Assim, a perturbação depressiva tende a ser altamente incapacitante, quando não tratada (Bains & Abdijadid, 2023).

A depressão é um dos transtornos mentais com maior taxa de sucesso no tratamento, com 70% a 90% das pessoas deprimidas a responder positivamente às intervenções terapêuticas (Onyemaechi, 2024). O tratamento pode passar por medicação, eletroconvulsivoterapia, estimulação transcraniana e técnicas de psicoterapia (Onyemaechi, 2024; Bains & Abdijadid, 2023). A combinação de psicoterapia e psicofármacos demonstra ser significativamente mais eficaz do que algumas dessas intervenções isoladas (Kamenov et al., 2017).

O tratamento farmacológico das perturbações depressivas envolve a escolha do antidepressivo mais adequado, levando em consideração vários fatores (Pereira & Saraiva, 2014). Antidepressivos de segunda geração, como os ISRS, são o tratamento de primeira linha, pois são mais seguros e com menos efeitos secundários indesejáveis comparativamente aos antidepressivos de primeira geração, como os antidepressivos tricíclicos (ATC) e os Inibidores da monoamina oxidase (IMAO) (Pereira & Saraiva, 2014). Para além desses, existem os IRSN que têm um duplo mecanismo de ação, que bloqueia a recaptação de serotonina e de noradrenalina (Pereira & Saraiva, 2014). Em Portugal, existem três tipos de IRSN a ser comercializados: a venlafaxina, a duloxetina e o milnacipran (Pereira & Saraiva, 2014).

O tratamento não farmacológico da perturbação depressiva pode passar por técnicas de psicoterapia (Onyemaechi, 2024). A terapia cognitivo-comportamental é a forma mais comum e demonstrou-se eficaz no tratamento da depressão (Onyemaechi, 2024). Foi a terapia desenvolvida por Aaron Beck e procura solucionar problemas atuais e reformular pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1997). Esta permite identificar os pensamentos automáticos negativos associados à depressão e trabalhar esses esquemas disfuncionais de pensamento de forma a substituí-los por pensamentos mais realistas (Pereira & Saraiva, 2014). A reestruturação cognitiva é uma técnica central da terapia cognitivo-comportamental (Beck & Dozois, 2016). Esta abordagem tem sido amplamente utilizada no tratamento da depressão, incluindo em populações idosas. Em particular, estudos têm demonstrado que a TCC, com ênfase na reestruturação cognitiva, é eficaz na redução dos sintomas depressivos em idosos, promovendo melhorias significativas no humor e no funcionamento cognitivo (Sousa et al., 2020).

A reestruturação cognitiva é uma intervenção de enfermagem presente na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e tem como objetivo desafiar o utente a alterar padrões de pensamento distorcidos e a ver-se a si e ao mundo de forma mais realista (Butcher et al., 2018). Foca-se na exploração, avaliação e substituição de pensamentos, crenças e interpretações disfuncionais que contribuem para o desequilíbrio psicológico (Lavelle et al., 2021). Esta envolve questionar a veracidade de pensamentos negativos, identificar distorções cognitivas presentes nesses pensamentos e, de seguida, reformulá-los de maneira mais equilibrada e menos negativa (Lavelle et al., 2021).

Sequeira e Sampaio (2020) salientaram que esta intervenção tem como principal objetivo reduzir o sofrimento psicológico da pessoa, promovendo mudanças na forma de pensar e interpretar as suas experiências. Dessa maneira, possibilita um funcionamento cognitivo mais equilibrado, ajudando a pessoa a modificar padrões de comportamento que resultam de processos cognitivos desestruturados, olhando para si e para o mundo de forma mais realista (Butcher et al., 2018).

Para além da reestruturação cognitiva, a escuta ativa é uma intervenção de enfermagem

presente na Classificação das Intervenções de Enfermagem, caracterizada pela atenção plena, empatia e validação das mensagens verbais e não verbais do utente (Butcher et al., 2018). Esta intervenção permite ao enfermeiro compreender em profundidade os sentimentos, pensamentos e necessidades da pessoa em sofrimento psíquico (Coelho et al., 2020). No âmbito da perturbação depressiva, a escuta ativa constitui um instrumento fundamental para compreender a dor emocional, identificar sinais de agravamento e favorecer a construção de uma relação terapêutica de confiança (Souza et al., 2023). Estudos demonstram que a escuta ativa contribui significativamente para o alívio do sofrimento psíquico, facilita a adesão ao plano terapêutico e favorece o processo de recuperação (Coelho et al., 2020).

O EEESMP tem a responsabilidade de compreender os processos de sofrimento e perturbação mental (como a perturbação depressiva), bem como as suas implicações na vida da pessoa (OE, 2015). Compete-lhe, ainda, mobilizar-se a si próprio e às suas competências psicoterapêuticas, com o objetivo de cuidar da pessoa, prevenir o agravamento da situação e promover a recuperação da qualidade de vida da própria pessoa e da sua família (OE, 2015).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 69 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-01-06 09:00:00	Metformina 2000mg (PO)	
2025-01-06 09:00:00	Rosuvastatina 10mg (PO)	
2025-01-06 09:00:00	Fluoxetina 40mg (PO)	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Fluoxetina - A Fluoxetina é um antidepressivo ISRS, indicado no tratamento de episódios depressivos major, perturbação obsessivo-compulsiva, bulimia nervosa, crises de pânico,

tratamento agudo de episódios depressivos associados à perturbação bipolar, depressão resistente a tratamento e na perturbação disfórica pré-menstrual (Deglin et al., 2016). Os efeitos adversos mais frequentes da toma de fluoxetina são insónias, cefaleias, agitação, ansiedade, fadiga, náuseas e diarreia (Infarmed, 2023; Deglin et al., 2016). Tendo em conta a ação do fármaco e os possíveis efeitos adversos, algumas das intervenções que o enfermeiro deve realizar ao longo da administração de fluoxetina são: avaliar a ocorrência de reações de sensibilidade (urticária, febre, artralgias, edema, dificuldade respiratória, etc); monitorizar as mudanças de humor, como o aumento da ansiedade; monitorizar alterações comportamentais, como a agitação; avaliar a qualidade do sono; monitorizar o aparecimento de alterações gastrointestinais (Deglin et al., 2016).

Metformina - A Metformina é um antidiabético oral da classe das biguanidas, indicado para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2, sobretudo em doentes com excesso de peso (Deglin et al., 2016). As reações adversas mais frequentes da toma de metformina são alterações gastrointestinais como náuseas, vômitos, diarreia e perda de apetite (Infarmed, 2022). Atendendo à função do medicamento e aos seus possíveis efeitos adversos, o enfermeiro tem intervenções importantes, tais como: monitorizar sinais de hipoglicemia e avaliar alterações gastrointestinais (Deglin et al., 2016).

Rosuvastatina - A Rosuvastatina é um fármaco da classe das estatinas, utilizado no tratamento de hipercolesterolemia e na prevenção de doenças cardiovasculares (Infarmed, 2023). As reações adversas mais frequentes da toma de rosuvastatina são mialgias, cefaleias, tonturas, obstipação, náuseas, dor abdominal e astenia (Infarmed, 2023). Considerando a ação do fármaco e os possíveis efeitos adversos, o enfermeiro deve realizar algumas intervenções, tais como: monitorizar a presença de mialgias, cefaleias, tonturas e de problemas gastrointestinais (Infarmed, 2023).

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
06-01-2025 09:00	Emoção	
06-01-2025 09:00	Sobrecarga do Cuidador	
06-01-2025 09:00	Cognição	

4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Emoção

A perturbação depressiva é uma alteração do humor (APA, 2024). Caracteriza-se pela presença de humor depressivo, descrito como uma *"emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia"* (ICN, 2019). Segundo a Ontologia de Enfermagem a "emoção" engloba as características do humor, comportamentos associados à expectativa de ameaça e sentimentos de pesar (OE, s.d.).

Tendo em conta o diagnóstico médico de perturbação depressiva, o domínio da emoção adquire especial relevância na abordagem à utente R.M. A avaliação das características do humor revela-se essencial para compreender o seu estado emocional e identificar a necessidade de intervenção específica neste domínio.

Ao longo da entrevista clínica, a Sr^a R.M. apresentou sentimentos como tristeza, melancolia, culpa e irritabilidade, com crises de choro frequentes quando falava da sua vida como cuidadora do marido. Para além disso, apresentava sinais de irritabilidade e verbalizava desvalorização de si como pessoa e como cuidadora.

Sobrecarga do Cuidador

Nos últimos seis anos, o principal papel da Sr.^a R.M. tinha sido o de cuidadora do seu marido, que se encontrava totalmente dependente para a realização de todas as atividades de vida diária. Este papel pode ter aspetos positivos, como o reforço da relação com a pessoa cuidada e a realização pessoal associada ao cuidado de um ente querido (Viegas et al., 2023). No entanto, também acarreta desafios significativos, como sentimentos de tristeza, angústia, culpa e solidão, e aumento dos níveis de stress, o que contribui para um elevado nível de sobrecarga (Viegas et al., 2023). Esta sobrecarga pode ter um impacto negativo na saúde da cuidadora, podendo levar a própria a uma condição de doença (Rodrigues & Viegas, 2022).

Dado isso, mesmo não fazendo parte da Ontologia de enfermagem (OE, s.d.), achou-se crucial definir a "Sobrecarga do Cuidador" como domínio de enfermagem para se perceber o modo como o papel de cuidador está a afetar a vida da Sr^a R.M. e a adaptação aos desafios deste papel. Assim, foi avaliada a Sobrecarga do Cuidador através de Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Anexo VIII), adaptada e validada para a população portuguesa (Alberto, 2009). A escala abrange aspetos relacionados com a saúde, vida social e pessoal, situação financeira, emocional e o relacionamento com a pessoa cuidada, permitindo uma avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal (Viegas et al., 2023).

Cognição

Segundo o ICN (2019), a cognição define-se como *"Processo psicológico: processo intelectual"*

que envolve todos os aspetos da percepção; pensamento; raciocínio e memória.". Envolve todas as formas de conhecimento e consciência, como perceber, conceber, lembrar, raciocinar, avaliar, imaginar e resolver problemas (APA, 2018).

Além da sintomatologia emocional, a perturbação depressiva pode afetar o raciocínio, a atenção, a memória, o processamento de informação e a tomada de decisão (Cartreine, 2016). Pode reduzir a flexibilidade cognitiva, a capacidade para adaptar objetivos e estratégias perante novas situações, o funcionamento executivo, a capacidade de planear e executar ações para alcançar um objetivo (Cartreine, 2016).

Tendo em conta que na Ontologia de enfermagem não existem todos os aspetos envolvidos na cognição (percepção, atenção, orientação pensamento, linguagem, raciocínio e memória) (OE, s.d. & ICN,2019), decidiu-se criar o domínio de enfermagem "Cognição". Deste modo, pode ser averiguada a existência de défices cognitivos decorrentes do diagnóstico médico estabelecido.

4.5. Conceção de Cuidados

Emoção

06-01-2025 09:00

06-01-2025 09:00 - Com indícios de humor depressivo.

06-01-2025 09:00 - Sem indícios de euforia.

06-01-2025 09:00 - Não verbaliza ansiedade.

06-01-2025 09:00 - Manifestação de inquietação.

06-01-2025 09:00 - Manifestação de irritabilidade.

06-01-2025 09:00 - Sem manifestação de pânico .

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 3 no indicador "Humor depressivo" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Eventos negativos na vida" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Irritabilidade" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Concentração prejudicada" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 1 no indicador "Culpa inadequada" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Culpa excessiva" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Sentimentos de desvalorização" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 3 no indicador "Indecisão" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Tristeza" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Crises de choro" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um valor de 2 no indicador "Falta de esperança" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

06-01-2025 09:00 - Humor depressivo

06-01-2025 09:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Desesperança e pessimismo, Autodesvalorização, Dificuldade na concentração.

06-01-2025 09:00 - Determinar evolução do humor

06-01-2025 09:00 - Avaliar evolução do humor depressivo

05-02-2025 16:30 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Autodesvalorização, Dificuldade na concentração [MELHOROU].

06-01-2025 09:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

06-01-2025 09:00 - Executar reestruturação cognitiva

06-01-2025 09:00 - Executar escuta ativa

05-02-2025 16:30

05-02-2025 16:30 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - Manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 4 no indicador "Humor depressivo" do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 2 no indicador "Eventos negativos na vida" do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 3 no indicador "Irritabilidade" do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 3 no indicador "Concentração prejudicada" do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 2 no indicador "Culpa inadequada" do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 3 no indicador "Culpa excessiva" do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 3 no indicador "Sentimentos de desvalorização" do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 4 no indicador "Indecisão" do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 4 no indicador "Tristeza" do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 3 no indicador "Crises de choro" do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - A utente apresenta um resultado de 3 no indicador "Falta de

esperança” do resultado NOC: Humor depressivo (1208) [MELHOROU].

Sobrecarga do Cuidador

06-01-2025 09:00

06-01-2025 09:00 - 1- Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que necessita? Nunca (1)

06-01-2025 09:00 - 2- Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 11- Considera que não tem vida privada como desejaría devido ao seu familiar? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 12- Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 13- Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para a visitarem devido ao seu familiar? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 14- Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 15- Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 16- Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 17- Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar? Nunca (1)

06-01-2025 09:00 - 18- Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa? Nunca (1)

06-01-2025 09:00 - 19- Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 20- Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 3- Sente-se tensa quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 21- Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 22- Em geral sente-se muito sobrecarregada por ter de cuidar do seu familiar? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - Resultado da Escala de Zarit : 61

06-01-2025 09:00 - 4- Sente-se envergonhada pelo comportamento do seu familiar? Nunca (1)

06-01-2025 09:00 - 5- Sente-se irritada quando está junto do seu familiar? Quase nunca (2)

06-01-2025 09:00 - 6- Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus familiares/amigos? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 7- Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar? Quase sempre (5)

06-01-2025 09:00 - 8- Considera que o seu familiar está dependente de si? Quase sempre (5)

06-01-2025 09:00 - 9- Sente-se esgotada quando tem de estar junto do seu familiar? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - 10- Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar? Às vezes (3)

06-01-2025 09:00 - Sobrecarga Intensa do Cuidador

06-01-2025 09:00 - Diminuir o sobrecarga do cuidador

06-01-2025 09:00 - Executar escuta ativa

06-01-2025 09:00 - Promover o autocuidado da cuidadora

06-01-2025 09:00 - Determinar a evolução da sobrecarga do cuidador

06-01-2025 09:00 - Avaliar a evolução da sobrecarga do cuidador

05-02-2025 16:30

05-02-2025 16:30 - 1- Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que necessita? Nunca (1) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 2- Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente? Às vezes (3) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 19- Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar? Quase nunca (2) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - 20- Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar? Quase nunca (2) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - 3- Sente-se tensa quando tem que cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer? Quase nunca (2) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - 21- Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar? Quase nunca (2) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - 22- Em geral sente-se muito sobrecarregada por ter de cuidar do seu familiar? Às vezes (3) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 4- Sente-se envergonhada pelo comportamento do seu familiar? Nunca (1) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 5- Sente-se irritada quando está junto do seu familiar? Nunca (1) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - 6- Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus familiares/amigos? Às vezes (3) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 7- Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar? Quase sempre (5) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 8- Considera que o seu familiar está dependente de si? Quase sempre (5) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 11- Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar? Às vezes (3) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 9- Sente-se esgotada quando tem de estar junto do seu familiar? Quase nunca (2) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - 10- Vê a sua saúde ser afetada por ter que cuidar do seu familiar? Às vezes (3) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - Resultado da Escala de Zarit : 52 [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - 12- Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar? Quase nunca (2) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - 13- Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para a visitarem devido ao seu familiar? Quase nunca (2) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - 14- Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar? Às vezes (3) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 15- Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas? Às vezes (3) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 16- Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo? Quase nunca (2) [MELHOROU].

05-02-2025 16:30 - 17- Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar? Nunca (1) [MANTEVE].

05-02-2025 16:30 - 18- Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa? Nunca (1) [MANTEVE].

Cognição

06-01-2025 09:00

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 5 no indicador "Comunicação clara para a idade" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 5 no indicador "Comunicação adequada para a idade" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 5 no indicador "Ato de pesar alternativas ao tomar decisões" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 4 no indicador "Tomada de decisão adequada" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 5 no indicador "Compreensão do significado das situações" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 5 no indicador "Capacidade para ficar atento" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 4 no indicador "Concentração" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 5 no indicador "Orientação cognitiva" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 5 no indicador "Memória imediata" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 5 no indicador "Memória recente" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 5 no indicador "Memória remota" do resultado NOC: Cognição (0900)

06-01-2025 09:00 - A utente apresenta um score de 5 no indicador "Processamento de informações" do resultado NOC: Cognição (0900)

4.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do humor depressivo

- Aplicar do resultado NOC: Nível de Depressão (1208)

Executar escuta ativa

- Estabelecer o propósito da interação (NIC 4920)

- Manifestar interesse pela utente (NIC 4920)
- Encorajar a expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações (NIC 4920)
- Focalizar completamente na interação, suprimindo preconceitos, influências, suposições, tendências, preocupações pessoais e distrações (NIC 4920)
- Valorizar as emoções da utente (NIC 4920)
- Dar atenção e conhecer as suas próprias mensagens não verbais (NIC 4920)
- Estar atento às mensagens e sentimentos não expressos (NIC 4920)
- Estar atento ao conteúdo da comunicação (NIC 4920)
- Identificar os temas predominantes no discurso (NIC 4920)
- Determinar o significado da mensagem, que reflete as atitudes, experiências passadas e situação atual (NIC 4920)
- Esclarecer a mensagem através de perguntas ou feedback (NIC 4920)
- Evitar barreiras à escuta ativa (p.ex. minimização de sentimentos, oferecer soluções fáceis, interrupções, falar sobre si mesmo e terminar a intervenção prematuramente) (NIC 4920)

Executar reestruturação cognitiva

- Auxiliar a utente a entender que a incapacidade de conseguir comportamentos desejáveis frequentemente resulta de autoafirmações irracionais (NIC: 4700)
- Auxiliar a utente a substituir interpretações erradas por interpretações mais realistas (NIC: 4700)
- Destacar o tipo de distorções cognitivas (NIC: 4700)
- Auxiliar a utente a rotular a emoção negativa (NIC: 4700)
- Auxiliar a utente a identificar os possíveis stressores (NIC: 4700)
- Auxiliar a utente a identificar as próprias interpretações erradas sobre os stressores (NIC: 4700)
- Auxiliar a utente a reconhecer a irracionalidade de determinadas crenças em comparação com a realidade (NIC: 4700)
- Confrontar a utente de forma a desafiar a sua perceção/comportamento, quando apropriado (NIC: 4700)
- Auxiliar a utente a descrever formas alternativas de ver a situação (NIC: 4700)
- Usar o sistema de crenças habitual da utente para perceber a situação de forma diferente (NIC: 4700)

Promover o autocuidado da cuidadora

- Explorar as rotinas diárias do cuidador
- Incentivar a adoção de comportamentos saudáveis como o descanso adequado e realização de momentos de lazer
- Reforçar positivamente os comportamentos de autocuidado já existentes
- Promover a reflexão sobre a importância de cuidar de si para melhor cuidar do outro

Avaliar a evolução da sobrecarga do cuidador

- Aplicar Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit
- Comparar resultados obtidos

4.7. Síntese relativa ao caso

O presente caso clínico refere-se a uma utente de 68 anos, que enfrentava um quadro de perturbação depressiva associado à sobrecarga do papel de cuidadora informal do marido, diagnosticado com demência frontotemporal. Perante este caso clínico, realizou-se uma entrevista clínica (Anexo IX) para a criação de um plano de cuidados individualizado.

Durante a avaliação inicial (Anexo VII), foram identificados vários sintomas compatíveis com um quadro depressivo, nomeadamente humor deprimido, sentimentos de culpa, tristeza, crises de choro, dificuldades de concentração e falta de esperança. Estes indicadores, descritos no resultado NOC "Humor depressivo" (Anexo X), fundamentaram o diagnóstico de enfermagem com o mesmo nome. Simultaneamente, com a aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, identificou-se o diagnóstico de enfermagem "Sobrecarga intensa do cuidador", refletindo o impacto emocional, físico e social do papel de cuidadora na vida da Sr.^a R.M.

Após a identificação e priorização dos diagnósticos, foram estabelecidos objetivos específicos para cada diagnóstico de enfermagem. Para alcançar cada objetivo, tornou-se essencial a implementação de uma ou mais intervenções.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, as intervenções do EEESMP têm como propósito facilitar a adaptação da pessoa doente e da sua família face aos desafios específicos associados à doença mental, como o stress do cuidador (OE, 2015). O objetivo principal é prevenir o agravamento do quadro clínico e a exclusão social da pessoa doente, promovendo, simultaneamente, a recuperação e a melhoria da qualidade de vida de toda a família (OE, 2015).

Diante deste cenário, foram planeadas e implementadas intervenções terapêuticas centradas na reestruturação cognitiva, na escuta ativa e na promoção do autocuidado da Sr.^a R.M.. Foram planeadas cinco sessões de reestruturação cognitiva (Anexo XI) com duração de 45 a 60 minutos, realizadas na UCC. Concomitantemente à realização da reestruturação cognitiva, definiu-se que seria importante executar escuta ativa, de modo a incentivar a expressão de emoções e sentimentos, no sentido de potenciar os benefícios da reestruturação cognitiva (OE, 2020).

No final das sessões, foi possível observar uma evolução positiva, refletida na melhoria dos scores no indicador NOC: Humor Depressivo (1208) (Anexo XII) e na redução da pontuação da Escala de Zarit, indicando um alívio do estado emocional e da sobrecarga da utente.

As implicações clínicas deste estudo de caso evidenciaram a relevância e a eficácia das intervenções especializadas de enfermagem em saúde mental na abordagem ao sofrimento psíquico de cuidadores informais. Destacaram, igualmente, a importância de um plano de

cuidados individualizado que contemple não apenas o bem-estar da pessoa cuidada, mas também o impacto emocional e funcional da tarefa de cuidar na vida do cuidador. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica revelou-se determinante na promoção da resiliência e adaptação da utente face aos desafios decorrentes da doença do cônjuge.

Contudo, existem limitações a considerar. O número reduzido de sessões pode ter limitado a consolidação dos ganhos terapêuticos e o escasso tempo disponível para a intervenção dificultou a exploração mais aprofundada de determinadas crenças disfuncionais. Além disso, o envolvimento da família, em particular da filha da utente, poderia ter contribuído positivamente para o processo de recuperação da mãe, no entanto, tal não foi possível devido à indisponibilidade da mesma. De forma a combater a limitação do tempo, a enfermeira tutora e demais equipa de enfermagem dará continuidade ao plano de cuidados desenvolvido para e, em parceria, com a utente.

Enquanto oportunidades futuras, destaca-se a necessidade de prolongar a duração das intervenções e de incluir a rede familiar de forma mais ativa no processo de cuidados. A integração de abordagens terapêuticas complementares, como grupos de apoio a cuidadores, poderia também maximizar os resultados e prevenir recaídas.

Em suma, este caso clínico evidencia a importância de uma abordagem de enfermagem centrada na pessoa que cuida, mostrando que intervenções como a reestruturação cognitiva e a escuta ativa são estratégias eficazes para melhorar o estado emocional e reduzir a sobrecarga dos cuidadores informais.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), reconhece-se ao enfermeiro especialista a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade reconhecidas pela Ordem (OE, 2015).

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica são determinadas por dois regulamentos complementares: o Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas (OE, 2019) e o Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, que define as competências específicas exigidas na especialidade (OE, 2018).

No decorrer desta unidade curricular, foi possível desenvolver e aprofundar conhecimentos teóricos e práticos fundamentais para a aquisição de competências do EEESMP. Para proporcionar uma visão clara do processo de desenvolvimento das competências estabelecidas pela OE, este capítulo está dividido em duas partes. Inicialmente, são abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista e depois as competências específicas do EEESMP.

Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Para a atribuição do título de enfermeiro especialista, é fundamental não apenas desenvolver as competências definidas no Regulamento da respetiva especialidade em enfermagem, mas também demonstrar um conjunto de competências comuns, aplicáveis em diversos contextos de prestação de cuidados (OE, 2019). O Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, define as competências comuns como:

As competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (OE, 2019, p.4745)

Este regulamento enumera quatro domínios de competências que devem ser partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, especificamente, a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Analisando o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, constatou-se que o enfermeiro especialista deve exercer a sua prática de forma ética, legal e segura, alicerçada nos

princípios deontológicos da profissão (OE, 2019). De acordo com a deontologia profissional de enfermagem, os enfermeiros possuem direitos e deveres que decorrem do seu estatuto e da legislação em vigor (OE, 2019). Nos termos do artigo 78.º do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, as intervenções de enfermagem devem ser conduzidas com o compromisso de proteger a liberdade e a dignidade tanto da pessoa cuidada como do próprio enfermeiro (OE, 2009). A tomada de decisão deve assentar num juízo crítico sustentado pelo conhecimento científico, pela experiência profissional e pela avaliação das melhores práticas disponíveis, promovendo a resolução partilhada de problemas em articulação com a pessoa e com a equipa de saúde, num ambiente colaborativo e centrado na pessoa (OE, 2019). O enfermeiro especialista assume um papel de liderança nos processos de tomada de decisão ética dentro da sua área de especialidade e avalia continuamente os resultados dessas decisões para garantir a eficácia das decisões tomadas e contribuir para a melhoria contínua da prática profissional (OE, 2019). Além disso, o enfermeiro especialista garante que os direitos humanos sejam respeitados em todas as intervenções, protegendo a privacidade, a confidencialidade e a autodeterminação do utente (OE, 2019). Este também promove a prática de cuidados que assegurem a segurança, a dignidade e a privacidade do utente, adotando medidas preventivas e acompanhando incidentes de prática insegura, para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestador (OE, 2019).

Independentemente do seu estado de saúde, as pessoas com perturbação mental mantêm o direito a serem informadas e a participarem na decisão terapêutica estabelecida. Segundo a Lei da Saúde Mental, a pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental tem o direito de decidir de forma livre e esclarecida, na medida da sua capacidade, sobre os cuidados que lhe são propostos, salvo exceções previstas (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho). Assim, o consentimento informado é essencial, sendo hoje amplamente reconhecido como um dever legal e ético por parte dos profissionais de saúde (OE, 2019).

Durante o estágio, no âmbito do processo terapêutico, foi adotada uma conduta ética e responsável, tendo sempre em consideração os direitos dos utentes, da família e da comunidade. Procurou-se, de forma equilibrada, adequar as necessidades de cuidados identificadas à capacidade de compreensão e à vontade do doente, bem como à opinião dos familiares envolvidos. O objetivo principal do exercício profissional do enfermeiro especialista é sempre promover a saúde e o bem-estar da pessoa, respeitando os limites, princípios legais e as crenças, costumes e valores do utente. Esta postura refletiu-se, por exemplo, na obtenção do consentimento informado verbal para a realização das intervenções terapêuticas individuais e em grupo, garantindo que todos os utentes compreendiam o propósito, os benefícios e as possíveis desvantagens associadas. Para além disso, foi entregue à menina B.X. e à Srª R.M. um consentimento para a realização do estudo de caso (Anexo XIII). A confidencialidade foi igualmente assegurada com todos os utentes abordados ao longo do estágio e em todas as fases do processo, protegendo a privacidade dos utentes e da sua família, nomeadamente na

redação deste relatório. Ao longo da execução das entrevistas clínicas, das intervenções psicoterapêuticas e das intervenções promotoras de SM+, respeitou-se sempre a privacidade dos utentes, sendo realizadas em espaços calmos e sem distrações. Neste âmbito, as entrevistas clínicas e intervenções psicoterapêuticas foram realizadas no consultório de enfermagem e no quarto da utente no contexto de pedopsiquiatria, e na sala da EEESMP no contexto de UCC. Quanto às intervenções promotoras de SM+, tiveram lugar na sala de reuniões dos enfermeiros de pedopsiquiatria e no ginásio da UCC.

Por sua vez, a participação nas passagens de turno e reuniões de enfermagem permitiu a discussão de conflitos éticos existentes ou passíveis de existir nos cuidados prestados, a identificação de possíveis soluções para essas problemáticas e a avaliação da eficácia das decisões tomadas. Estas práticas evidenciaram o compromisso com os princípios éticos e deontológicos da profissão, assegurando cuidados humanizados, centrados na pessoa e ajustados à sua realidade. A realização destas atividades foi fundamental para o desenvolvimento das competências do domínio da responsabilidade profissional ética e legal em contexto de estágio, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados e uma prática conduzida de acordo com os mais altos padrões deontológicos e legais.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade reconhece que o enfermeiro especialista assume um papel fundamental no desenvolvimento e na implementação de estratégias que visam a melhoria permanente dos cuidados prestados (OE, 2019). Este profissional colabora na conceção de projetos institucionais e assegura a melhoria da qualidade dos cuidados através da avaliação sistemática das práticas clínicas, identificando áreas suscetíveis de intervenção e delineando estratégias adequadas para a sua otimização (OE, 2019). Para além disso, lidera programas de melhoria contínua, supervisionando a aplicação de práticas eficazes e garantindo a normalização e atualização dos processos (OE, 2019). O enfermeiro especialista também participa na gestão de riscos, tanto a nível institucional como nas unidades funcionais, promovendo a prevenção de riscos ambientais e reduzindo a probabilidade de erro humano, contribuindo, assim, para a segurança dos utentes e dos profissionais de saúde (OE, 2019).

Durante o estágio, colaborou-se no desenvolvimento de estratégias que visavam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, identificando áreas a intervir. Criou-se um procedimento estruturado para o projeto de estimulação cognitiva na UCC, de forma a criar um protocolo e regras a seguir para melhorar a eficácia e a gestão dos cuidados prestados (Anexo XIV).

No que diz respeito ao ambiente terapêutico, o enfermeiro especialista promove um espaço seguro e adaptado às necessidades físicas, psicossociais, culturais e espirituais dos utentes, gerindo o risco de incidentes e assegurando a segurança na administração de terapêutica (OE, 2019). Dessa forma, ao longo do estágio, procurou-se a criação de um ambiente terapêutico

seguro, centrado na pessoa, considerando este um fator essencial para o sucesso das intervenções. Em todos os contextos, respeitou-se a identidade psicossocial, cultural e espiritual do utente, promovendo o seu bem-estar e segurança durante todo o processo de enfermagem. No desenvolvimento das intervenções terapêuticas, a criação de um ambiente seguro, estruturado e facilitador da relação terapêutica foi cuidadosamente considerada como parte integrante da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. No contexto da pedopsiquiatria, o ambiente foi preparado de forma a promover tranquilidade, conforto e segurança emocional, elementos fundamentais para a eficácia da técnica de relaxamento. Para isso, selecionou-se um espaço calmo, livre de estímulos auditivos perturbadores, onde se recorreu a música ambiente e ao conforto da cama da utente como elementos de apoio ao relaxamento progressivo. No contexto da UCC, o ambiente foi adaptado às necessidades da intervenção escrita, promovendo a expressão emocional estruturada. Optou-se por uma sala equipada com mesa, cadeira e material de escrita, de modo a permitir que a utente escrevesse livremente enquanto verbalizava os seus pensamentos, o que facilitou a autorreflexão e o desenvolvimento da consciência emocional. Nas intervenções promotoras de SM+, realizadas em grupo, foi dada especial atenção à criação de um espaço que estimulasse a interação, a participação ativa e a segurança emocional dos participantes. As salas foram organizadas para facilitar a dinâmica grupal e equipadas com materiais lúdico-pedagógicos (por exemplo, o jogo da glória e o jogo do semáforo), adaptados às características dos participantes. Esta abordagem favoreceu a co-construção do conhecimento, a partilha de experiências e o reforço de competências pessoais e sociais. A criação e adaptação intencional destes ambientes terapêuticos refletiu uma prática fundamentada na melhoria contínua da qualidade, respondendo às necessidades individuais e coletivas dos utentes, promovendo a segurança, o envolvimento e a eficácia das intervenções. Este processo demonstrou não só a aquisição de competências técnicas, mas também a capacidade crítica e reflexiva para integrar o ambiente como recurso terapêutico ativo na prática especializada de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Estas atividades realizadas podem demonstrar a aquisição e aplicação das competências relacionadas com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo contribuir para a evolução dos cuidados e garantir um ambiente seguro e eficiente para os utentes.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

O terceiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, o domínio da gestão de cuidados, foca-se na otimização da resposta da equipa de enfermagem e na articulação eficaz com os restantes profissionais de uma equipa multidisciplinar, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019).

Ao longo do estágio no contexto de pedopsiquiatria, foi possível participar em reuniões multidisciplinares, onde eram discutidos casos clínicos com o objetivo de articular e coordenar a resposta terapêutica, promovendo a qualidade dos cuidados prestados. Decorreu também a oportunidade de envolvimento em atividades colaborativas com a psicóloga, a animadora

sociocultural e a terapeuta responsável pela terapia psicodramática. Para além dessas sessões, conseguiu-se manter uma observação contínua dos comportamentos dos utentes ao longo do internamento, mesmo na ausência de atividades específicas, o que permitiu recolher informações relevantes para a avaliação clínica e a adaptação das intervenções. Esta participação contribuiu para a discussão clínica em equipa e para a tomada de decisões terapêuticas mais ajustadas às necessidades de cada utente.

O enfermeiro especialista é responsável pela gestão do processo de cuidados, apoiando a equipa na tomada de decisão e supervisionando a execução de tarefas delegadas (OE, 2019). Além disso, adapta a liderança e a gestão de recursos de acordo com as necessidades dos cuidados e o contexto específico, aplicando métodos organizacionais adequados e negociando recursos para garantir a qualidade (OE, 2019). O estilo de liderança do enfermeiro especialista deve ser ajustado às circunstâncias e ao grau de maturidade da equipa, promovendo um ambiente positivo e motivador, e utilizando estratégias para a implementação de inovações na prática clínica (OE, 2019). Neste contexto, observou-se que a EEESMP da UCC procedia à delegação de tarefas no âmbito das atividades de estimulação cognitiva, designando o profissional responsável por cada grupo de utentes e pelas atividades a desenvolver, de forma estruturada e ajustada às competências de cada elemento da equipa.

Importa refletir sobre as limitações existentes ao nível dos recursos disponíveis, as quais exigiram uma gestão criteriosa e eficiente por parte da equipa de enfermagem. Em particular, evidenciaram-se limitações ao nível dos recursos físicos, nomeadamente a escassez de salas disponíveis na UCC, o que condicionou a organização das intervenções. Esta dificuldade foi ultrapassada através da utilização de salas de outros profissionais e da gestão ajustada dos horários das marcações dos utentes. No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa de EEESMP encontrava-se reduzida, devido à ausência de uma das profissionais, o que dificultou a realização de intervenções psicoterapêuticas e a participação noutros projetos em curso. Para garantir a concretização das atividades planeadas, nomeadamente do grupo de estimulação cognitiva, foi necessária a colaboração de outros profissionais de enfermagem. Assumindo a EEESMP um papel essencial de orientação e apoio, de forma a assegurar a continuidade e segurança dos cuidados prestados.

Em ambos os contextos de estágio, foi possível colaborar, com as enfermeiras orientadoras, na tomada de decisões no processo de gestão de caso. Esta participação concretizou-se em atividades diretamente relacionadas com a competência de gestão de cuidados, nomeadamente na análise das necessidades dos utentes, na definição de prioridades e na organização dos recursos disponíveis. No contexto da UCC, colaborou-se na planificação e monitorização das intervenções psicoterapêuticas de utentes em seguimento pela EEESMP, no ajuste dos horários das sessões em função da disponibilidade do(s) utente(s) e no planeamento do grupo de estimulação cognitiva e sugestões de melhoria. Na unidade de pedopsiquiatria, a colaboração centrou-se na identificação de objetivos terapêuticos nas passagens de turno e na adaptação do

plano de cuidados às respostas dos utentes. Estas experiências permitiram desenvolver uma visão integrada e crítica do processo de gestão de cuidados, promovendo a continuidade, eficácia e qualidade da intervenção especializada em saúde mental.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Finalmente, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais integra competências fundamentais que sustentam a prática clínica especializada do Enfermeiro Especialista (OE, 2019). Este domínio contempla duas dimensões complementares: o aprofundamento do autoconhecimento e da assertividade, que influencia diretamente a qualidade das relações terapêuticas e interprofissionais; a capacidade de integrar e aplicar conhecimento científico atualizado, promovendo a aprendizagem em contexto clínico e contribuindo para o desenvolvimento da profissão (OE, 2019). Cabe ao enfermeiro especialista reconhecer os seus limites e recursos, gerir emoções, antecipar situações de conflitualidade e atuar de forma assertiva e adaptada aos diferentes contextos (OE, 2019).

O desenvolvimento destas competências envolveu uma reflexão contínua e crítica sobre os próprios recursos, limites e formas de atuação. A tomada de consciência das emoções e reações face a diferentes contextos clínicos, sobretudo em situações emocionalmente exigentes, possibilitou o reconhecimento de fragilidades, mas também potenciou capacidades. Esta reflexão revelou-se crucial para evitar respostas impulsivas ou mecanismos de defesa emocionais, favorecendo uma postura mais empática, disponível e profissional. A assertividade foi desenvolvida, através das interações com os utentes dos estudos de caso e participantes nas atividades promotoras de SM+, como uma ferramenta de comunicação clara e respeitosa, indispensável para a expressão de opiniões e definição de limites. Adicionalmente, a gestão de situações de pressão contribuiu para a consolidação de estratégias de autorregulação emocional, como a respiração consciente, a priorização de tarefas e a análise racional das situações, prevenindo o desgaste emocional e promovendo uma tomada de decisão ética e fundamentada. A antecipação de conflitos e a utilização de técnicas de resolução de problemas mostraram-se especialmente relevantes, permitindo transformar desafios em oportunidades de crescimento e promovendo um ambiente terapêutico mais seguro e eficaz.

Ao longo dos estágios, procurou-se gerir sentimentos e emoções de forma consciente, com o objetivo de oferecer respostas eficazes e ajustadas às necessidades dos utentes. Apesar dos desafios inerentes a essa gestão emocional, foi possível observar uma evolução positiva dessa capacidade ao longo do tempo, o que contribuiu para uma prática profissional mais sólida e centrada na pessoa.

Além disso, a prática clínica do enfermeiro especialista deve estar assente na PBE (OE, 2019). Esta associa a melhor evidência científica com a experiência clínica e com as preferências do utente para uma melhor tomada de decisão (Ferraz et al., 2020). O EEESMP também participa em investigação e assegura a aplicação de novos conhecimentos da prática clínica, contribuindo

para a melhoria dos cuidados prestados e o desenvolvimento da profissão de enfermagem, ao formular e implementar padrões e procedimentos que assegurem cuidados especializados de qualidade (OE, 2019). Neste contexto, destaca-se a relevância da utilização da Ontologia de Enfermagem, a qual reflete o conhecimento específico da profissão e serve de base para a tomada de decisão clínica, de acordo com a melhor evidência científica (OE, 2024).

Paralelamente, o recurso a base de dados científicas e a pesquisa bibliográfica criteriosa acerca da patologia mental, intervenções farmacológicas e não farmacológicas favoreceu a melhor fundamentação dos planos de cuidados.

O enfermeiro especialista atua como facilitador da aprendizagem no contexto de trabalho e promove a formação contínua da equipa, diagnosticando necessidades formativas e avaliando o impacto da formação (OE, 2019). Ao longo dos estágios, promoveu-se a formação contínua da equipa, tendo-se realizado uma ação de formação em cada contexto, com base em necessidades expressas pelas equipas ao longo das reuniões de equipa/passagens de turno. Neste sentido, foi realizada uma formação sobre as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) no contexto de Pedopsiquiatria (Anexo XV) e uma formação sobre plataformas online para criação de exercícios/jogos de estimulação cognitiva no contexto de UCC (Anexo XVI). Estas atividades demonstram o desenvolvimento contínuo de autoconhecimento, de PBE e da capacidade de facilitação da aprendizagem dos pares, contribuindo para uma prática clínica mais informada.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, *“O enfermeiro especialista em saúde mental (ESM) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.”* (OE, 2015, p.17034). A prática clínica em enfermagem de saúde mental distingue-se pela excelência na relação terapêutica, pelo uso do próprio enfermeiro como instrumento de prestação de cuidados e pela aplicação de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2015). Estas competências são mobilizadas no cuidado à pessoa, à família, ao grupo e à comunidade, ao longo de todo o ciclo de vida (OE, 2015). Esta abordagem facilita a construção de relações de confiança e parceria com o utente, promovendo uma maior compreensão dos problemas e o desenvolvimento de novas estratégias para a sua resolução (OE, 2015).

O Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto de 2018 define que competências específicas do EEESMP são as seguintes: *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade*

na otimização da saúde mental; Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018, p.21427).

"Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional" (OE, 2018, p.21427)

O EEESMP deve possuir um elevado autoconhecimento e consciência de si, desenvolvidos através de vivências e processos de crescimento pessoal e profissional (OE, 2018). Esta capacidade é essencial para estabelecer relações terapêuticas eficazes e implementar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (OE, 2018). Para isso, deve saber reconhecer e gerir as suas emoções, valores e fatores pessoais que possam influenciar a relação terapêutica (OE, 2018). Além disso, deve manter os limites profissionais e monitorizar as suas relações corporais e emocionais, utilizando essa autoconsciência para melhorar o processo terapêutico (OE, 2018).

No âmbito desta competência, as reflexões realizadas com as enfermeiras orientadoras ao longo do estágio foram de grande relevância, especialmente após a realização de alguma intervenção ou atividade, sobre as experiências vividas e os fatores que podem influenciar a relação terapêutica. Estas reflexões evidenciaram a importância da supervisão clínica no processo formativo, bem como a necessidade do trabalho em equipa e da discussão clínica enquanto instrumentos fundamentais para a melhoria contínua da prestação de cuidados. Para além disso, a realização de reuniões de avaliação de estágio promoveu a identificação de pontos fortes e de áreas a melhorar, permitindo um reajuste atempado das estratégias de aprendizagem e o reforço das competências essenciais à prática clínica especializada.

De forma complementar e para dar resposta a um objetivo previamente estabelecido no Projeto de Desenvolvimento de Competências, foi realizada uma reflexão sobre as reações e comportamentos adotados nos diferentes contextos de estágio e subseqüentes melhorias ao longo do tempo (Anexo XVII). Estas atividades permitiram desenvolver uma consciência sobre o papel do enfermeiro e os seus comportamentos, promovendo um maior autoconhecimento para estabelecer relações terapêuticas mais eficazes e duradouras.

"Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental" (OE, 2018, p.21428)

O EEESMP desempenha um papel fundamental na avaliação e promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, abrangendo indivíduos, famílias, grupos e comunidades (OE, 2018). Para

isso, recolhe informações essenciais sobre o estado de saúde mental dos utentes, utilizando técnicas de comunicação, entrevista e observação (OE, 2018). A avaliação das necessidades de uma pessoa ou grupo é sempre o ponto de partida para a realização de um plano de cuidados especializado e a definição de intervenções adequadas. Esta competência aperfeiçoou-se ao longo do tempo.

A entrevista desempenha um papel essencial na construção de uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito, sendo determinante para o êxito das intervenções a realizar (OE, 2021). Trata-se de um instrumento fundamental para a avaliação aprofundada do utente, permitindo identificar dificuldades, necessidades e, a partir daí, delinear estratégias de intervenção adequadas (OE, 2021). Para além disso, a entrevista possibilita o acesso ao universo interno do utente, promovendo a compreensão da sua história de vida, conflitos, crenças e valores, elementos essenciais para uma abordagem individualizada e centrada na pessoa (OE, 2021).

Ao longo do estágio no serviço de pedopsiquiatria, foi possível realizar uma entrevista clínica a uma adolescente (Anexo III), mobilizando competências comunicacionais, de observação e de análise de dados. Nesta situação, com o objetivo de realizar uma avaliação mais aprofundada do estado de saúde mental da utente, recorreu-se para além da anamnese e da observação clínica, ao instrumento de avaliação NOC: Nível de Ansiedade (Anexo IV). Neste serviço, houve igualmente a oportunidade de trabalhar o tema central deste relatório, tendo sido realizada a avaliação da Saúde Mental Positiva (SM+) a quatro adolescentes, através da aplicação do Questionário de Avaliação da Saúde Mental Positiva - versão reduzida (QSM+:R), com o objetivo de identificar os fatores da SM+ que requeriam intervenção (Anexo XVIII).

No estágio em contexto de UCC, foi realizada uma entrevista clínica a uma cuidadora informal (Anexo IX), com o objetivo de compreender a sua experiência no papel de cuidadora e avaliar o impacto desse papel na sua saúde mental. A recolha de dados foi complementada pela aplicação de dois instrumentos de avaliação: o indicador NOC: Humor Depressivo (Anexo X) e a Escala da Sobrecarga do Cuidador de Zarit. O indicador NOC: Humor Depressivo permitiu avaliar, de forma sistemática, a presença e intensidade de sintomas associados ao humor deprimido, como tristeza, desânimo, isolamento social, choro frequente e sentimentos de desesperança, sendo essencial para a monitorização do estado emocional da pessoa ao longo do processo terapêutico (Moorhead et al., 2013). Já a Escala de Zarit teve como finalidade identificar os fatores que contribuíam para a exaustão do cuidador, permitindo uma intervenção ajustada às suas necessidades e contribuindo para a prevenção de consequências físicas e psicológicas negativas associadas à sobrecarga (Ferreira et al., 2010). No seguimento do desenvolvimento do tema central deste relatório, a SM+, realizou-se uma avaliação a um grupo de idosos com défice cognitivo ligeiro, previamente identificados pela EEESMP do serviço (Anexo XIX). O QSM+:R foi aplicado a um grupo já existente, integrado no programa de estimulação cognitiva da UCC. Esta opção baseou-se em critérios de organização e gestão do tempo de

estágio. A avaliação teve como objetivo identificar necessidades ao nível da SM+.

A intervenção do EEESMP inclui a avaliação de fatores promotores e protetores do bem-estar, bem como a implementação de projetos e programas comunitários que promovam a saúde mental, previnem perturbações e incentivem a participação ativa das pessoas na sociedade (OE, 2018). Além disso, o EEESMP implementa programas de promoção de saúde mental em diferentes instituições (locais de trabalho e escolas) com vista à redução de fatores de stress, a gestão de conflitos e comportamentos abusivos (OE, 2018).

Com a avaliação da SM+ dos grupos anteriormente descritos, identificaram-se os fatores da SM+ com mais défices: fator da autonomia no serviço de pedopsiquiatria e o fator do autocontrolo na UCC. Por sua vez, realizaram-se intervenções promotoras desses fatores. Cada uma dessas intervenções teve entre três a quatro sessões (Anexos XX e XXI).

Após a implementação das intervenções promotoras de SM+ nos diferentes contextos de estágio, procedeu-se à sua avaliação. No estágio de pedopsiquiatria, para além da avaliação da satisfação dos participantes através de uma escala de Likert (Anexo XXII), foi novamente aplicado o QSM+:R (Anexo XXIII), dado que o grupo se manteve constante na sua constituição ao longo das sessões. Por outro lado, na UCC, a composição do grupo variava consoante a disponibilidade dos participantes. Assim, optou-se por realizar avaliações individuais no final de cada sessão, recorrendo à escala de Likert (Anexo XXIV), em vez de reaplicar o QSM+:R. Estas atividades demonstram o desenvolvimento da capacidade na avaliação de saúde mental e na implementação de programas de promoção e prevenção.

"Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto"
(OE, 2018, p.21428)

O EEESMP desempenha um papel fundamental na recuperação da saúde mental dos indivíduos ao longo do ciclo de vida, integrando-os no seu contexto familiar, social e comunitário (OE, 2018). A sua ação envolve a sistematização e análise de dados, o diagnóstico de saúde mental e a definição de resultados esperados, garantindo um plano de cuidados estruturado e baseado na evidência científica (OE, 2018). De igual modo, promove e protege a saúde mental, prevenindo perturbações, minimizando complicações e melhorando a funcionalidade e qualidade de vida dos utentes (OE, 2018).

Ao longo do estágio foram realizados dois estudos de caso, um no serviço de Pedopsiquiatria e outro na UCC. Estes trabalhos foram posteriormente transcritos para a plataforma E4Nursing e encontram-se apresentados nas secções anteriores deste relatório. Durante a sua realização, reconheceu-se a importância da análise sistemática de múltiplos fatores que influenciam a saúde mental dos indivíduos, como o contexto familiar e o ambiente escolar. Em cada um dos contextos, realizou-se também um diagnóstico de necessidades em SM+, o que permitiu

identificar áreas prioritárias de intervenção e orientar a implementação de estratégias promotoras de SM+. Esta abordagem possibilitou uma atuação mais direcionada, centrada na pessoa e grupos e nas suas necessidades específicas, favorecendo a promoção do bem-estar e da funcionalidade.

A realização dos estudos de caso permitiu aplicar de forma efetiva a terceira competência do EEESMP, através da análise sistemática de fatores individuais e contextuais com impacto na saúde mental, da formulação de diagnósticos de enfermagem diferenciados e da definição de resultados clínicos individualizados. Com base nesta avaliação, foram planeadas e implementadas intervenções específicas e centradas na pessoa, como a técnica de relaxamento, a reestruturação cognitiva e a escuta ativa promovendo o bem-estar e a funcionalidade do utente. Paralelamente, a avaliação da SM+, realizada aos grupos, contribuiu para identificar necessidades prioritárias, orientando estratégias de promoção da saúde mental adaptadas às características dos participantes.

Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento da competência ao promoverem a recuperação do bem-estar psicológico através de uma abordagem integrada, individualizada e baseada na evidência, com o envolvimento da pessoa no seu contexto familiar, social e comunitário.

"Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde" (OE, 2018, p.21430)

O EEESMP desempenha um papel fundamental na implementação de intervenções que visam ajudar o utente a alcançar um estado de equilíbrio mental, adaptar-se à sua condição de saúde/doença e desenvolver competências para uma vida mais autónoma e funcional (OE, 2018). Além do mais, o enfermeiro mobiliza processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos adaptados às necessidades do utente, com o objetivo de facilitar respostas emocionais adaptativas, promover o autoconhecimento e a reabilitação psicossocial (OE, 2018). O EEESMP contribui para a inserção social, familiar e profissional da pessoa com doença mental, prevenindo a incapacidade e promovendo a sua máxima autonomia e qualidade de vida (OE, 2019).

No contexto de internamento em Pedopsiquiatria, após a avaliação da utente do estudo de caso e a definição dos respetivos diagnósticos de enfermagem, considerou-se que a técnica de relaxamento seria a intervenção mais adequada. Esta foi planeada (Anexo V) e realizada em sessões individuais com dias e horários específicos. A implementação da técnica de relaxamento revelou-se uma experiência enriquecedora do ponto de vista clínico e formativo, permitindo desenvolver competências específicas na área da intervenção psicoterapêutica. A intervenção foi cuidadosamente estruturada para responder às necessidades identificadas na

avaliação inicial, nomeadamente a presença de sintomas de ansiedade e tensão associada aos momentos de pesagem e às refeições. Ao longo das sessões, foi possível observar uma evolução positiva no comportamento da utente, evidenciada por uma maior recetividade à técnica e verbalizações espontâneas sobre os efeitos benéficos da intervenção. Esta experiência destacou a importância de respeitar o tempo da utente, validando as suas emoções e envolvendo-a ativamente no processo terapêutico. A prática desta intervenção reforçou a relevância da personalização dos cuidados, não apenas com base na evidência científica que sustenta a eficácia da técnica de relaxamento, mas também considerando as preferências, o ritmo e a história pessoal da utente.

No contexto comunitário da UCC, após a identificação das necessidades e diagnósticos de enfermagem da pessoa em estudo, considerou-se a reestruturação cognitiva como uma intervenção adequada. Esta foi implementada ao longo de cinco encontros previamente planeados (Anexo XI). No entanto, ao longo do processo, as problemáticas trazidas pela participante exigiram adaptações na abordagem terapêutica e nas atividades inicialmente previstas para cada momento de intervenção. Assim, mesmo quando há um plano já estabelecido, é essencial ouvir os utentes, compreender as suas necessidades e demonstrar capacidade de adaptação, ajustando a prestação de cuidados à pessoa. Esta situação promoveu o desenvolvimento da capacidade de atuação em situações inesperadas e de tomada de decisão rápida. De forma geral, observou-se uma evolução positiva no estado emocional da utente, com melhoria na expressão dos pensamentos automáticos negativos, maior capacidade de autorreflexão e participação ativa nas sessões. As atividades evidenciam o desenvolvimento da última competência do EEESMP e o fortalecimento de confiança na tomada de decisões clínicas e sensibilidade para a importância da personalização dos cuidados em saúde mental.

Em suma, o desenvolvimento das competências enquanto EEESMP ao longo do estágio foi um processo de aprendizagem dinâmico, no qual a integração entre os conhecimentos teóricos adquiridos durante a formação académica e a prática clínica foi essencial. A prática nos diferentes contextos revelou-se desafiante, mas ao mesmo tempo extremamente enriquecedora, permitindo aprimorar competências cognitivas, emocionais, técnicas e relacionais.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, ao intervir junto do indivíduo, da sua família e da comunidade, assume um papel determinante na promoção do bem-estar, no acompanhamento terapêutico e na recuperação das pessoas com necessidades específicas em saúde mental. Nesse âmbito, a atuação do EEESMP é essencial para garantir a prestação de cuidados diferenciados e de qualidade em saúde mental, sustentados numa abordagem individualizada, centrada nas necessidades da pessoa.

Este relatório demonstrou o processo de evolução pessoal e profissional com vista à aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMP, através da exposição e análise crítico-reflexiva das principais atividades desenvolvidas no internamento de pedopsiquiatria e na UCC. O percurso realizado ao longo desta etapa de formação na área de especialidade contribuiu para consolidar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, os quais se encontram refletidos neste relatório.

Entre as diversas atividades desenvolvidas, importa destacar as intervenções de enfermagem promotoras de SM+, tema central deste relatório. Estas intervenções foram essenciais para a implementação de uma prática baseada na evidência, com enfoque na melhoria da qualidade de vida dos utentes. Ao longo deste processo, aplicaram-se estratégias específicas a cada contexto, ajustadas às características e prioridades de cada grupo. Esta adaptação das intervenções às particularidades das pessoas permitiu o desenvolvimento de competências comunicacionais e de flexibilidade na atuação com grupos de diferentes faixas etárias.

Por sua vez, importa realçar que a utilização de estudos de caso permitiu aplicar na prática clínica os conhecimentos e competências adquiridos ao longo do mestrado. O processo de elaboração dos cuidados foi apresentado através da plataforma E4Nursing, com base numa fundamentação teórica sustentada na melhor evidência científica disponível. A fundamentação possibilitou o aprofundamento de conhecimentos em diversas áreas, orientando o processo de enfermagem para uma recolha de dados eficaz, a formulação de diagnósticos clínicos pertinentes, bem como a implementação e avaliação de intervenções ajustadas às necessidades identificadas. A avaliação das intervenções desenvolvidas demonstraram o valor do esforço investido para alcançar ganhos em saúde e bem-estar.

Uma das principais dificuldades experienciadas ao longo de todo o percurso esteve relacionada com a adaptação da comunicação e dos comportamentos a populações muito diversas, tanto em termos etários como, no que diz respeito, às necessidades em saúde mental. A comunicação verbal e não-verbal é fundamental em qualquer relação e intervenção, assumindo uma

relevância ainda maior no trabalho do EEESMP com pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental. De facto, a comunicação é a base para o estabelecimento de uma relação terapêutica, que se revela um fator crucial para o sucesso das intervenções. Esta dificuldade foi superada com o apoio contínuo das enfermeiras orientadoras, que me forneceram *feedback* valioso ao longo do estágio.

Este percurso de formação, tanto a nível pessoal como profissional, constituiu um processo exigente e profundamente enriquecedor, marcado por desafios superados e aprendizagens significativas. Proporcionou oportunidades de intervenção especializada, planeada e centrada nas necessidades das pessoas, em diferentes faixas etárias, abordando um tema de interesse e de elevada importância na promoção da saúde mental: a SM+. Os resultados obtidos foram positivos, o que permitiu evidenciar a relevância e o impacto dos cuidados de enfermagem em saúde mental, nomeadamente na melhoria do bem-estar dos utentes. Paralelamente, esta experiência promoveu o desenvolvimento do autoconhecimento e o fortalecimento de uma prática profissional alicerçada na competência, responsabilidade e reflexão crítica. Através da prática em contextos distintos, como o internamento de pedopsiquiatria e a UCC, foi possível consolidar conhecimentos teóricos e desenvolver competências técnicas, relacionais e éticas essenciais ao exercício da enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica.

A reflexão crítica sobre as experiências vividas, bem como a integração da melhor evidência científica na prática clínica, permitiram aprofundar a intervenção do EEESMP, orientando os cuidados para a promoção da saúde mental e para a resposta efetiva às necessidades específicas das pessoas ao longo do ciclo vital. Este processo formativo contribuiu, assim, para a consolidação de competências fundamentais, nomeadamente na capacidade de análise, na tomada de decisão fundamentada e na adaptação das intervenções às características individuais de cada pessoa e contexto.

Ao concluir esta etapa académica, considera-se que se encontram reunidas as condições para o exercício autónomo e responsável das funções inerentes à especialidade, assumindo-se o compromisso de contribuir ativamente para a valorização da profissão e para a melhoria contínua dos cuidados prestados às pessoas com necessidades em saúde mental.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberto, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 33-39.
<https://www.researchgate.net/publication/274384683>

Alves, M. S. S. (2021). *Traços de personalidade e perturbações do comportamento alimentar*.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th-TR)*. American Psychiatric Association.
<https://www.mredscircleoftrust.com/storage/app/media/DSM%205%20TR.pdf>

American Psychiatric Association. (2024). *What is depression?* Psychiatry.org. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S.. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.

Assembleia da República. (2019a). Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. *Estabelece o Estatuto do Cuidador Informal e procede à alteração do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 173.

Assembleia da República. (2019b). Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. *Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 172.

Assembleia da República. (2023). *Lei n.º 35/2023, de 21 de julho: Aprova a Lei da Saúde Mental*. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 141. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/35-2023-214041133>

Ávila, B. N., & Nunes, M. A. (2006). Risco e prevenção dos transtornos alimentares. Em *Transtornos Alimentares e Obesidade* (2ª edição., pp. 95-103). Artmed.

Bains, N., & Abdijadid, S. (2023). *Major Depressive Disorder*. PubMed; StatPearls Publishing.

Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice*

and Research, 6(4), 276-284.

Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2016). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 67, 511-524. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032>

Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655-691. <https://doi.org/10.1037/a0027448>

Borlot, F., Freitas, M. R. D., Araujo, L. M. D., Delgado, A. F., Koda, Y. K. L., Paz, J. A. D., & Marques-Dias, M. J. (2009). Encefalopatia de Wernicke em criança com doença de Crohn. *Revista Paulista de Pediatria*, 27, 452-455. <https://doi.org/10.1590/S0103-05822009000400016>

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.

Butler, R. J., & Gasson, S. L. (2005). Self-esteem/self-concept scales for children and adolescents: A review. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(4), 190-201. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00368.x>

Cartreine, J. (2016). More than sad: Depression affects your ability to think. *Harvard Health Blog*. <https://www.health.harvard.edu/blog/more-than-sad-depression-affects-your-ability-to-think-201607279926>

Chand, S. P., Kuckel, D. P., & Huecker, M. R. (2023). *Cognitive behavior therapy*. StatPearls. StatPearls Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>

Coelho, J. (2024). *Modelos, Métodos e Técnicas de Intervenção em Saúde Mental: Relaxamento* [Revisto de: Modelos, Métodos e Técnicas de Intervenção em Saúde Mental: Relaxamento]

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (23), 63-72. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0273>

Correia, C. D. C. (2012). *Desordens alimentares e terapêutica farmacológica* [Tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Portugal].

Deglin, J. H., Vallerand, A. H., & Sanoski, C. A. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*

(Lusodidacta, Ed.; 14a ed.)

Deloitte Access Economics. (2020) *The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders.*

<https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>

Dennis, A. B. (2024). *Eating Disorder Risk Factors- National Eating Disorders Association.* National Eating Disorders Association. <https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors/>

Diehl-Schmid, J., Schmidt, E.-M., Nunnemann, S., Riedl, L., Kurz, A., Förstl, H., Wagenpfeil, S., & Cramer, B. (2013). Caregiver burden and needs in frontotemporal dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 26(4), 221–229. <https://doi.org/10.1177/0891988713498467>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017.* Direção-Geral da Saúde.

Donin, C. B., Buzanello, M. R. ., Mombelli, M. A. ., Santos , C. C. dos ., Almeida, C. C. P. de ., Luz , R. da, & Silva, M. M. F. da . (2023). Eating disorders and cardiovascular outcomes: Protocol for a systematic review. *Research, Society and Development*, 12(12), e16121243862.

Dunican, K. C., & DelDotto, D. (2007). The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. *The Annals of Pharmacotherapy*, 41(1), 111–115. <https://doi.org/10.1345/aph.1H297>

Eurostat. (2021). *7.2% of people in the EU suffer from chronic depression.* Recuperado de <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210910-1>

Fernandes, A. O., & Monteiro, N. R. de O. (2017). Comportamentos pró-sociais de adolescentes em acolhimento institucional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, e3331. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3331>

Ferraz, L., Schneider, L. R., Pereira, R. P. G., & Costa Pereira, A. M. R. (2020). Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 101(257), 237–249. <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424>

Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., Miguel, S., Leal, V., & Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: Sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para

população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(2), 13-19.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.2806>

Firmino, R. L. B. M., Ignatti, C., Maia, F. C., Rosa, M. R., Bacaicoa, M. H., & Ortolani, S. (2018). Saúde mental e a teoria de Peplau: Uma influência essencial. *Revista UNIFIA*, 1(1), 45-50.

Galvão, A. L., Claudino, A. de M., & Borges, M. B. F. (2006). Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. Em M. A. Nunes, F. C. Appolinario, B. N. Galvão Alves & J. S. Coutinho (Orgs.), *Transtornos alimentares e obesidade* (2.ª ed., pp. 31-50). Artmed.

Garber, A. K., Sawyer, S. M., Golden, N. H., Guarda, A. S., Katzman, D. K., Kohn, M. R., & Le Grange, D. (2016). A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 293-310.
<https://doi.org/10.1002/eat.22482>

Gasparotto, G. S., Szeremeta, T. do P., Vagetti, G. C., Stoltz, T., & Oliveira, V. de. (2018). O autoconceito de estudantes de ensino médio e sua relação com desempenho acadêmico: Uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Educação*, 31(1), 21-37.
<https://doi.org/10.21814/rpe.13013>

Gold, S. M., Köhler-Forsberg, O., Moss-Morris, R., Mehnert, A., Miranda, J. J., Bullinger, M., Steptoe, A., Whooley, M. A., & Otte, C. (2020). Comorbid Depression in Medical Diseases. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0200-2>

Gomes, C. V. A. ., Souza, C. S. ., Santos Silva, K. T. ., Monteiro, S. C., Peres, J. F. S. ., Alves , A. P. de O. N., Muniz, F. de J., Rocha, F. L. F. ., Freitas, T. C. C. ., Dias, I. K. B. ., Vieira , I. B. ., Correia, A. ., Soares, L. O. D., Pereira, A. C. A. ., & Rodrigues, S. M. (2021). Feedback syndrome: risk factors x diagnosis. *Research, Society and Development*, 10(15), e293101519817.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.19817>

Graça, R. K. J. (2022). *O impacto da ansiedade na qualidade de vida de adolescentes*. (Tese de mestrado, Universidade de Coimbra, Portugal). <https://hdl.handle.net/10316/104298>

Guarda, A. (2023). *What Are Eating Disorders?*. American Psychiatric Association.

Guillén García, F., & Ramírez Gómez, M. (2011). Relación entre el autoconcepto y la condición física en alumnos del Tercer Ciclo de Primaria. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(1), 45-59.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235119302005>

ICN – International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024a). *Global Burden of Disease – All ages* [Base de dados com tratamento por Our World in Data]. *Global Burden of Disease – Mental Health Prevalence*.

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024b). *Global Burden of Disease – Anxiety disorders prevalence* [Base de dados com tratamento por Our World in Data]. *Global Burden of Disease – Mental Health Prevalence*.

<https://ourworldindata.org/grapher/anxiety-disorders-prevalence>

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024c). *Global Burden of Disease – Eating disorders* [Base de dados com tratamento por Our World in Data]. *Global Burden of Disease – Mental Health Prevalence*.

INFARMED. (2017). *Infomed*. Extranet.infarmed.pt.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED. (2023). *Infomed*. Extranet.infarmed.pt.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

INFARMED. (2024). *Infomed*. Extranet.infarmed.pt.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Jada, K., Zhang, H., Mistry, K., & Edwards, J. (2021). The pathophysiology of anorexia nervosa in hypothalamic endocrine function and bone metabolism. *Cureus*, *13*(12), e20548.

<https://doi.org/10.7759/cureus.20548>

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books.

<https://doi.org/10.1037/11258-000>

Kamenov, K., Twomey, C., Cabello, M., Prina, A. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, *47*(3), 414–425.

<https://doi.org/10.1017/S0033291716002774>

Koller, S. H., & Bernardes, N. M. G. (1997). Desenvolvimento moral pró-social: Semelhanças e diferenças entre os modelos teóricos de Eisenberg e Kohlberg. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *2*(2), 223–251. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1997000200002>

- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 99–110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Lavelle, J., Dunne, N., Mulcahy, H. E., & McHugh, L. (2022). Chatbot-delivered cognitive defusion versus cognitive restructuring for negative self-referential thoughts: A pilot study. *The Psychological Record, 72*(4), 247–261. <https://doi.org/10.1007/s40732-021-00478-7>
- Leggett, A. N., Zarit, S. H., Kim, K., Almeida, D. M., & Klein, L. C. (2015). Depressive mood, anger, and daily cortisol of caregivers on high- and low-stress days. *The Journals of Gerontology: Series B, 70*(6), 820–829. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu070>
- Lehtinen, V. (2004). *Building up positive mental health: Concepts, evidence and interventions*. Organização Mundial da Saúde.
- Lluch-Canut, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva* [Tese de doutoramento, Universitat de Barcelona]. Repositório Digital da Universitat de Barcelona. <https://hdl.handle.net/2445/42359>
- Lluch-Canut, M. T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental, 25*(4), 42-55. https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/914
- Lluch-Canut, M. T. (2021). Salud Mental Positiva. Cuidar la Salud Mental Positiva, en el contexto de la pandemia COVID-19 y hacía un futuro denominado “nueva normalidad”. *Hermeneutic, 19*(1), 8-22. <https://doi.org/10.22305/hermeneutic-unpa.n19.a2021.763>
- Lluch-Canut, M. T., Sequeira, C. (2020). Saúde Mental Positiva. Em C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.a Edição, pp. 61-63). Lidel
- López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., Jiménez-López, E., Gutiérrez-Espinoza, H., Tárraga-López, P. J., & Victoria-Montesinos, D. (2023). Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 177*(4). <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>
- Marcelino, M. R., & Elias, N. C. (2023). O que é autoestima para os analistas do comportamento? Uma revisão sistemática. *Interação em Psicologia, 27*(3). <https://dx.doi.org/10.5380/riep.v27i3.85436>

Matos, C., Faria, A., Vasconcelos, C., Asseiceira, I., Tomada, I., Pitta Grós Dias, M., & Moreira, R. (2017). *Norma de orientação profissional: identificação do risco nutricional em idade pediátrica* [Revisão de norma de orientação profissional: identificação do risco nutricional em idade pediátrica].

Moore, C. A., & Bokor, B. R. (2023). *Anorexia Nervosa*. StatPearls. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459148/>

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes* (5ª ed.). Elsevier.

Munir, S., & Takov, V. (2022). *Generalized anxiety disorder*. StatPearls. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/>

Muniz, M. (2016). Autoconceito e ansiedade escolar: Um estudo com alunos do ensino fundamental. *Psicologia Escolar e da Educação*, 20(3), 505-513. <https://doi.org/10.1590/2175-353920150203784>

Narmandakh, A., Roest, A. M., de Jonge, P., & Oldehinkel, A. J. (2021). Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(12), 1865-1875. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01669-3>

Nascimento, S., Silva, I., Santos, J., Neves, A., & Filipa Coelho. (2022). Thiamine: A Case Report on Wernicke Syndrome and Anorexia Nervosa. *Revista Portuguesa de Psiquiatria E Saúde Mental*, 8(3), 125-128. <https://doi.org/10.51338/rppsm.323>

Onyemaechi, C. (2024). *What Is Depression?* American Psychiatric Association; American Psychiatric Association.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º356/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 122, 25 de junho de 2015. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-69579453>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 151, 21427-21430.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Código deontológico da Ordem dos Enfermeiros*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 26, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30833/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação (Versão 3)*.

Ordem dos Enfermeiros. (s.d.). *Ontologia de Enfermagem*. Recuperado de <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

Payne, R. A. (2002). *Técnicas de relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde* (2ª ed.). Lusociência.

Pedrosa, M. A. A., Nunes, F. T., Menescal, L. L., Rodrigues, C. H. S., & Appolinario, J. C. (2019). Aspectos gerais da avaliação e tratamento dos transtornos alimentares. *Debates Em Psiquiatria*, 9(3), 14-23. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2019.v9.50>

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company.

Pereira, S. G., & Saraiva, C. B. (2014). Perturbações depressivas. Em Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (Coordenadores.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 205-221). Lidel.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>

Ramos González-Cristóbal, I., Párraga Gutiérrez, R., Gómez de Diego, J. J. ., & de Agustín Loeches, J. A. . (2022). Anorexia nerviosa. Una causa excepcional de derrame pericárdico severo. *Revista De Ecocardiografía Práctica Y Otras Técnicas De Imagen Cardíaca*, 5(3), 55-56. <https://doi.org/10.37615/retic.v5n3a12>

Ramos, R. (2020). *Síndrome de realimentação na Anorexia Nervosa: Refeeding syndrome em*

Anorexia Nervosa. [Trabalho académico não publicado].

Ribeiro, I., Carvalho, J.C., Sampaio, F., Sequeira, C. (2020). Comportamento Interativo e Comportamento Alimentar. Em C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.a Edição, pp. 133-135). Lidel

Rocha, P. (2024). *O uso terapêutico da comunicação*. Açoriano Oriental. [Artigo em PDF não publicado].

Rodrigues, C. (2021). *Saúde Mental Positiva: Promoção de competências socioemocionais em crianças do 1.º ciclo do ensino básico* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum.

Rodrigues, F., & Viegas, L. (2022). Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 97-111.
<https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.197>

Roque, C., Martins, V., Santos, T., & Saraiva, C. B. (2014). Perturbações do comportamento alimentar. Em Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (Coordenadores.), *Psiquiatria fundamental* (pp. 309-324). Lidel.

Sampaio, F., Gonçalves, P., Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. Em C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.a Edição, pp. 128-130). Lidel

Sampaio, F., Martins, A. E., Marques, J. P., Barreto, M. O., Seabra, P. R., & Lopes, S. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) [Revisão de Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem].

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16, 50-56

Saraiva, C. B. & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lidel.

Sawyer, S. M., Whitelaw, M., Le Grange, D., Yeo, M., & Hughes, E. K. (2016). Physical and psychological morbidity in adolescents with atypical anorexia nervosa. *Pediatrics*, 137(4), e20154080. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4080>

Schultheisz, T. S. D. V., & Aprile, M. R. (2015). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 5(1), 36-48.

https://www.academia.edu/12178758/AUTOESTIMA_CONCEITOS_CORRELATOS_E_AVALIA%C3%87%C3%95ES

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

Sequeira, C. & Lluch Canut, M.T. (2016). *Saúde Mental Positiva. Conferência apresentada na celebração do dia da Saúde Mental da Escola Superior de saúde de Viseu*. Viseu (Portugal), celebrada el 8 de Outubro de 2015. Barcelona: Diposit Digital de la Universitat de Barcelona, Colecció OMADO. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/2>

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Roldan-Merino, J., Moreno-Poyato, A. R., Teixeira, S., David, B., Costa, P. S., Puig-Llobet, M., & Lluch-Canut, M. T. (2024). Psychometric properties of the positive mental health questionnaire: Short form (PMHQ-SF18) in young adults. *Frontiers in Public Health*, 12, 1375378. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1375378>

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53. <http://hdl.handle.net/10400.14/19775>

Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Ansiedade*. SNS 24. Disponível em <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/ansiedade/#o-que-e-a-ansiedade>

Silva, L. S., Alves, J. D., & Oliveira, A. A. (2024). Impacto da Anorexia no desenvolvimento físico e mental de crianças e adolescentes. *Revista Acadêmica da Saúde*, 4(1), 1-15.

Silva, T. A. R., Barbosa, A. S., Oliveira, R. P., Costa, J. D. C., & Gomes, J. F. (2022). Percepção e atuação do enfermeiro diante de pacientes com transtornos mentais: Revisão de literatura. *Revista Formação & Tendência*, 10(2), 310-319.

<https://revistaft.com.br/percepcao-e-atuacao-do-enfermeiro-diante-de-pacientes-com-transtornos-mentais-revisao-de-literatura/>

Silva, V. B. F., Nascimento, A. M., Freire, M. R. L., & Roazzi, A. (2022). A estrutura do autoconceito em estudantes do 6º ano do ensino fundamental na ótica do modelo integrado de L'Ecuyer: Uma análise temática. *Revista AMAzônica*, 15(2), 82-123.

Siqueira Santana R., Ferreira, V., & Amanda. (2024). O transtorno de ansiedade e as diferentes formas de tratamento: Uma revisão narrativa. *Research Society and Development*, 13(7), e10913746406-e10913746406.

Sousa, L. A. R., Ferreira, F. M. R., Monteiro, C. Q., Pires, D. D., & Medeiros, J. P. (2020). Terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão em idosos: Um estudo quase-experimental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16(1), 30-37.
<https://doi.org/10.5935/1678-2834.20200005>

Souza, D. T., Silva, C. G., & dos Santos, J. L. (2014). Revisão crítica da terapia nutricional na anorexia nervosa na fase da adolescência. *Revista Conexão Saúde FIB*, 1(1). 25-34.
<https://doi.org/10.59237/conexsaudefib.v1i1.293>

Souza, J. C. de, Silva, M. de O., Silva, M. de O., Souza, M. E. de, Lima, G. de S., Santos, B. de O., Souza, A. C. de, & Lima, F. de O. (2023). Revisão crítica da terapia nutricional na anorexia nervosa na fase da adolescência. *Conexão Saúde*, 15(1), 45-58.

Souza, J. K., Mendes, D. C. O., Silva, G. C. L., Vedana, K. G. G., Scorsolini-Comin, F., Fiorati, R. C., & Ferreira, L. V. C. (2023). Percepções de enfermeiros de unidades básicas de saúde quanto à atuação frente aos casos de depressão. *Cogitare Enfermagem*, 28, e87045.
<https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92825>

Souza, J. P. de A., Demenech, L. M., Dumith, S. C., & Neiva-Silva, L. (2022). Sintomas de ansiedade generalizada entre estudantes de graduação: prevalência, fatores associados e possíveis consequências. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71, 193-203.
<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000381>

Springall, G. A. C., Kassiou, K., Gibson, P. G., & Beroukas, D. (2023). Long-term cardiovascular consequences of adolescent anorexia nervosa. *Pediatric Research*, 94, 1457-1464.
<https://doi.org/10.1038/s41390-023-02521-5>

Teixeira, S. M. A., Coelho, J. C. F., Sequeira, C. A. da C., Lluch i Canut, M. T., & Ferré-Grau, C. (2019). The effectiveness of positive mental health programs in adults: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 27(2), 410-429. <https://doi.org/10.1111/hsc.12776>

Trompeter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M. A., & Schreurs, K. M. G. (2016). Positive psychological wellbeing is required for online self-help acceptance and commitment therapy for chronic pain to be effective. *Frontiers in Psychology*, 7, 353.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00353>

Viegas, A., Dias, M., Duarte, D., Ferreira, M., Buzaco, R., Ana, P., Gonçalves, R., Costa, A., Vieira, A., Andrade, A., Eiras, A., Coelho, A., Martins, B., Guimarães, B., Andrade, C., Fortunato, C., Diogo, D., Pereira, C., Teles, E., & Fábio, S. (2023). *Avaliação do Idoso Um Guia Prático para a Consulta de Medicina Geral e Familiar 2023* Coordenação do Projeto Equipa de Revisores, Coordenação e Participantes.

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>

World Health Organization. (2023). *Anxiety disorders*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Xavier, J. F. P. (2024). *Ansiedade, Desempenho escolar e Autoconceito: Um estudo com crianças e adolescentes*. [Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Estudo Geral.
<https://hdl.handle.net/10316/116405>

8. ANEXOS

Anexo I

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) – Versão reduzida

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

1 - Sempre ou quase sempre, **2** - Na maioria das vezes, **3** - Algumas vezes, **4** - Raramente ou nunca.

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1	2	3	4
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo melhorar como pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo II

Avaliação Inicial B.X.:

Fontes dos dados: Processo clínico; entrevista semi-estruturada; observação; utilização de instrumentos de avaliação.

Dados Sociodemográficos:

Nome: B.X.

Género: Feminino

Idade: 16 anos

Agregado familiar: Vive com a mãe e a irmã mais nova.

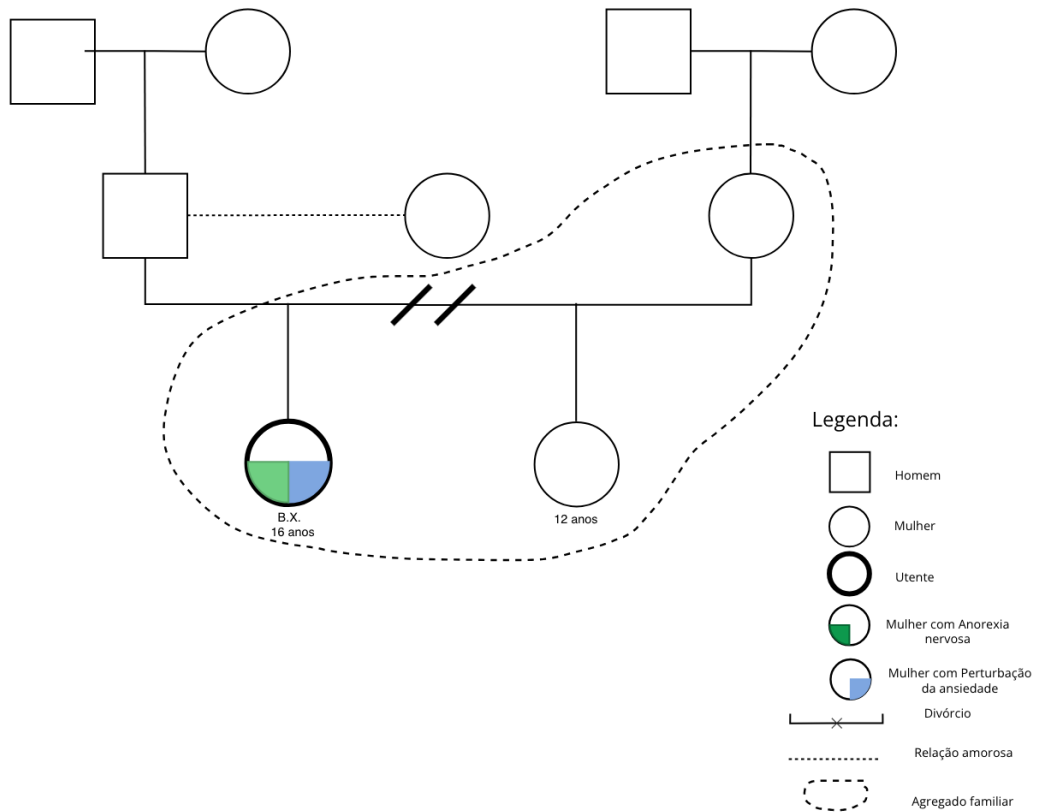
Habilitações académicas: Frequenta o 11º ano.

Motivo do internamento: A B.X. é uma adolescente com o diagnóstico médico de Anorexia Nervosa Restritiva. Foi internada no serviço de pedopsiquiatria, após referência pela consulta externa, devido ao agravamento do estado nutricional.

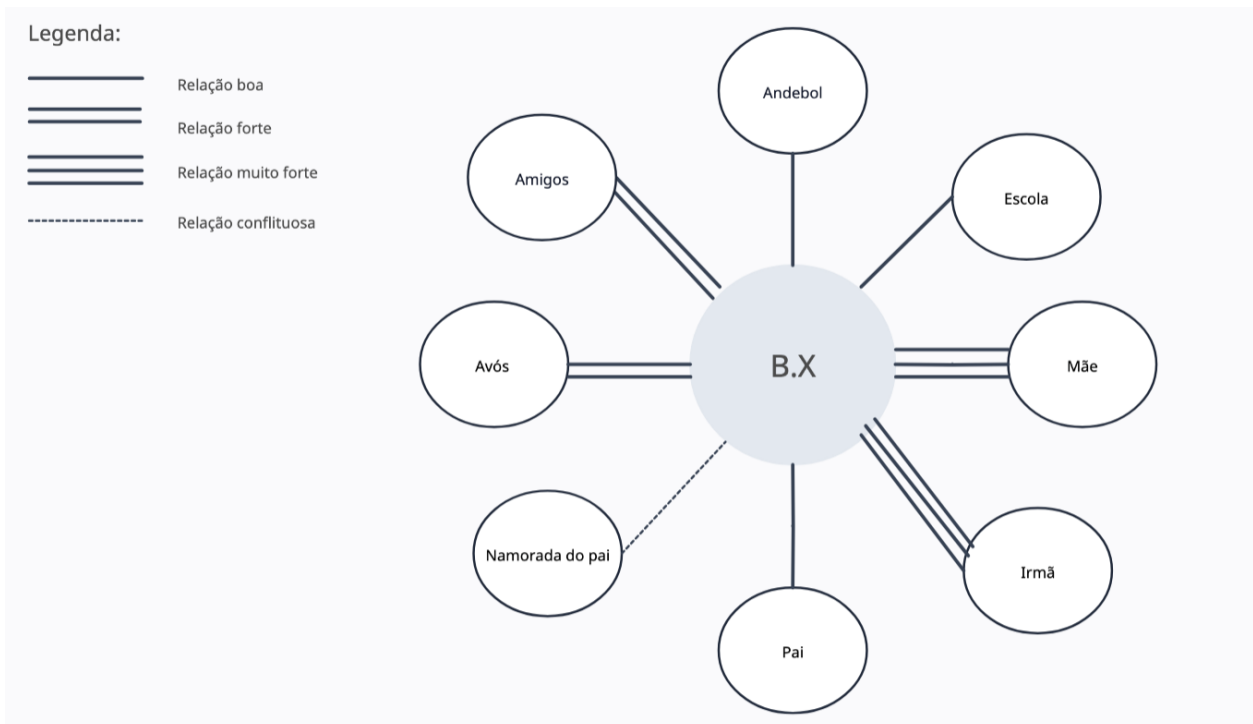
Antecedentes pessoais:

- Amnorreia desde Janeiro de 2024;
- Perda ponderal de peso desde Maio de 2024;
- Anorexia Nervosa;
- Perturbação ansiosa generalizada;
- Derrame pericárdico de 18mm desde Setembro de 2024.

Genograma:



Ecomapa:



História do desenvolvimento: (História da infância/adolescência): Durante a infância já apresentava algumas dificuldades alimentares, pois, segundo a utente, esquecia-se de comer, necessitando de intervenção da professora. Aos 6 anos, os pais divorciaram-se, a B.X. refere que não sente mágoa nem preocupação com essa situação.

História Educacional e Ocupacional: Estudante do 11º ano, sempre apresentou um bom desempenho escolar, mas associada a uma elevada autocrítica e preocupação com poder falhar, “eu quero tirar sempre muito boa nota, a minha mãe as vezes diz que gostava que eu tirasse uma negativa para não colocar tanta pressão sobre mim” (sic). Tem três amigas próximas e uma boa relação com a sua turma. Pratica andebol há cerca de 3 anos, o que, segundo a utente, também era uma fonte de ansiedade porque tinha sempre receio de não conseguir apresentar um bom desempenho, “mesmo com o andebol eu sei que ponho muita pressão sobre mim mesma, eu quero sempre marcar e quando não acontece fico triste” (sic). Deixou de praticar andebol em maio de 2024 por recomendação médica devido à perda ponderal.

História Familiar: Os pais encontram-se divorciados desde os seus 6 anos. Relação próxima com a mãe, que é a principal fonte de apoio emocional. Refere que desde o divórcio passava o fim-de-semana com pai de 15/15 dias que deixou de o fazer por indicação médica. Apresenta uma relação distante com o pai e conflituosa com a sua namorada, que agravou com o desenvolvimento da doença, “a médica dizia para não ir para não sair de casa assim” (sic), “eu também não gostava porque as vezes quando estava lá a namorada do meu pai falava sobre a situação como se percebesse tudo sobre o assunto, dizia que eu devia era tomar uns comprimidos que se dá para aumentar o apetite que resolvia tudo, e eu só pensava que se houvesse remédio santo que os médicos já me tinham dito” (sic), “desde que eu fiquei assim o meu pai afastou-se, não sei porquê, se calhar por eu ter ficado mesmo muito doente... eu também me afastei dele porque a minha mãe sempre me apoiou e dizia que eu ia conseguir e que as coisas iam ficar melhor e quando eu aumentava o peso ela dava-me os parabéns, mas o meu pai não ele estava sempre a dizer que eu não ia conseguir que a única forma era eu ser internada porque assim não ia conseguir e mesmo quando eu aumentava o peso ele não dizia nada.” (sic).

História clínica: A adolescente foi diagnosticada com anorexia nervosa restritiva, sendo internada devido ao agravamento do estado nutricional. Desde janeiro de 2024, apresenta amenorreia e, em setembro do mesmo ano, foi identificado um derrame pericárdico de 18mm. Desde Maio de 2024 era seguida por uma psicóloga no particular pela perda ponderal de peso e pela personalidade ansiosa, foi-lhe proposto um plano alimentar, mais tarde começou a ser seguida no hospital público onde tinha consultas de pediatria, pedopsiquiatria, nutrição e cardiologia. Ao longo das consultas foi aumentando de peso, no entanto, na última consulta tinha diminuído cerca de 700 gramas e a médica falou com um dos médicos do internamento que a encaminhou para o mesmo, “eu estava a seguir o plano todo direitinho como ela mandava e ia aumentando... eu acho que as quantidades não estariam bem adequadas para mim porque eram muito mais pequenas do que aquilo que eu como aqui” (sic).

À entrada no internamento, a 3 de Outubro, pesava 32,5kg, com o IMC de 12,4Kg/m². No internamento realiza o plano nutricional proposto e encontra-se medicada com fosfato monopotássico, tiamina, alprazolam (SOS), diazepam (SOS) e olanzapina (SOS).

Vivência da Doença: O processo de adoecer foi gradual, com foco crescente numa alimentação saudável desde dezembro de 2023, “eu ficava sempre muito preocupada com as minhas notas, com o andebol, e comecei a ficar muito preocupada com o facto de ter de comer saudável” (sic), a B.X. lia os rótulos de todos os alimentos para identificar compostos que tinham sido abordados nas aulas de biologia com os quais ficou muito preocupada, “Nas aulas de biologia nós demos as macromoléculas como os lípidos e assim e eu fiquei muito concentrada naquilo (...) a minha professora disse-me que o fiambre tinha propriedades cancerígenas e eu deixei de comer” (sic), para além disso reduzia as quantidades ingeridas de comida por considerar saudável, “por exemplo eu ia para a escola e quando íamos para intervalo eu não comia... eu fazia sempre as refeições principais (refere-se ao almoço e ao jantar) mas se calhar punha menos quantidade do que aquilo que precisava... eu comia o problema era as quantidades” (sic). Inicialmente, a utente não tinha perceção da gravidade da situação, mas o diagnóstico do derrame pericárdico fez com que tomasse consciência da severidade do

seu estado de saúde. Atualmente, demonstra motivação para melhorar e segue plano alimentar prescrito. No entanto, revela ansiedade associada ao tempo para comer, devido ao seu hábito de ingerir alimentos de forma lenta.

Exame físico:

Nível de consciência: A utente apresenta-se consciente e orientada em todas as dimensões.

Status nutricional:

- Altura: 1,62m
- Peso: 32 Kg
- IMC: 12,4 Kg/m²

Sinais Vitais:

- TA: 86/51mmHg → **A utente encontra-se assintomática**
- FC: 78 bpm
- SpO₂: 98%
- Temperatura: 35,9°C

Pele e mucosas: Apresenta temperatura e coloração normal da pele e mucosas.

Avaliação da cognição: A adolescente apresenta percepção adequada da realidade, com atenção e memória preservadas. O discurso é coerente e espontâneo, e demonstra insight sobre a gravidade da situação.

A utente não verbaliza distorção da imagem corporal, como na maioria dos casos de AN, “Eu sei que eles falam muito do corpo e dessas coisas, mas o meu problema não é olhar-me ao espelho e ver-me gorda, eu sei que sou magra, a família do lado do meu pai é toda magra, e houve uma altura que achei mesmo que estava magra demais e que queria aumentar.” (sic). Verbaliza uma visão positiva de si como pessoa, no entanto apresenta crenças negativistas sobre o seu desempenho, nomeadamente na escola e no andebol.

Avaliação da emoção: A B.X. não apresenta sinais de humor depressivo ou de euforia. No entanto, verbaliza ansiedade e manifesta inquietação, sem episódios de irritabilidade ou pânico. Assim, foi realizada a avaliação da Ansiedade com recurso ao Indicador NOC: Nível de Ansiedade (1211), onde apresenta um score de 4 em "Agitação" e "Preocupação exagerada sobre eventos da vida", um score de 3 em "Ansiedade verbalizada" e "Nervosismo", e um score de 2 em "Apreensão verbalizada", "Afastamento", "Mudanças no padrão alimentar", "Torcer as mãos", "Tensão muscular", "Tensão facial" e "Indecisão". Além disso, apresenta um score de 4 em "Comportamento problemático" e "Dificuldade em resolver problemas" e um score de 4 em "Distúrbios do sono".

Avaliação do comportamento: Com base na história clínica da adolescente, esta apresentava o autocuidado alimentar-se comprometido devido à restrição alimentar, no entanto ao longo do internamento esse comportamento não se manifesta, alimentando-se na totalidade em todas as refeições. Verbaliza uma leve dificuldade em adormecer principalmente nas noites anteriores à pesagem. Demonstra uma boa adesão ao plano hospitalar e motivação para melhorar. Mantém-se sem visitas e telefonemas até atingir a meta dos 35Kg.

Anexo III

Planeamento da Entrevista Clínica_B.X.

Planeamento da Entrevista Clínica			
<u>Cliente:</u>	Srª B.X.		
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos (Aluna Mestrado de ESMP) com o apoio da Enfermeira orientadora		
<u>Data:</u>	05/10/2024		
<u>Hora:</u>	10:00h		
<u>Duração</u>	45-60 minutos		
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)		
<u>Objetivos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer primeiro contacto com a utente; • Realizar colheita de dados; • Estabelecer relação terapêutica; 		
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Gabinete de Enfermagem (com mesa e duas cadeiras); • Material de escrita; 		
Entrevista Clínica			
<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Fase inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento do utente; • Apresentação dos intervenientes; • Criar um ambiente terapêutico; • Clarificar os motivos da entrevista; • Informação sobre sigilo e confidencialidade; • Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos; 	Expositivo	5-10 minutos
Fase exploratória	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de colheita de dados sobre história clínica; • Utilização de técnicas de comunicação para obter dados. 	Anamnese associativa	30-45 minutos
Fase final	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da entrevista clínica e feedback mútuo; • Esclarecimento de dúvidas; • Demonstrar disponibilidade; • Separação física. 	Expositivo Interrogativo	5-10 minutos

Anexo IV

Resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)_B.X.

		Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	
CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
121101	Agitação	1	2	3	✘	5	NA
121102	Andar de um lado a outro	1	2	3	✘	5	NA
121103	Torcer as mãos	1	✘	3	4	5	NA
121104	Nervosismo	1	2	✘	4	5	NA
121105	Inquietação	1	2	✘	4	5	NA
121106	Tensão muscular	1	✘	3	4	5	NA
121107	Tensão facial	1	✘	3	4	5	NA
121108	Irritabilidade	1	2	3	4	5	NA
121109	Indecisão	1	2	✘	4	5	NA
121110	Rompantes de raiva	1	2	3	4	5	NA
121111	Comportamento problemático	1	2	3	✘	5	NA
121112	Dificuldade de concentração	1	2	3	4	5	NA
121113	Dificuldade de aprendizagem	1	2	3	4	5	NA
121114	Dificuldade para resolver problemas	1	2	3	✘	5	NA
121115	Ataques de pânico	1	2	3	4	5	NA
121116	Apreensão verbalizada	1	✘	3	4	5	NA
121117	Ansiedade verbalizada	1	2	✘	4	5	NA
121118	Preocupação exagerada sobre eventos de vida	1	2	3	✘	5	NA
121119	Pressão arterial aumentada	1	2	3	4	5	NA
121120	Frequência de pulsações aumentada	1	2	3	4	5	NA
121121	Frequência respiratória aumentada	1	2	3	4	5	NA
121122	Pupilas dilatadas	1	2	3	4	5	NA
121123	Sudorese	1	2	3	4	5	NA
121124	Tontura	1	2	3	4	5	NA
121125	Fadiga	1	2	3	4	5	NA
121126	Produtividade diminuída	1	2	3	4	5	NA
121127	Desempenho escolar diminuído	1	2	3	4	5	NA
121128	Afastamento	1	2	3	✘	5	NA
121129	Distúrbios do sono	1	2	3	✘	5	NA
121130	Mudanças no padrão intestinal	1	2	3	4	5	NA
121131	Mudanças no padrão alimentar	1	✘	3	4	5	NA

Anexo V

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica: Relaxamento

Sessão 1

Planeamento da Sessão 1: Relaxamento	
<u>Cliente:</u>	B.X.
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira tutora
<u>Data:</u>	16/10/2024
<u>Hora:</u>	15:30h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)
<u>Objetivos gerais:</u>	<ul style="list-style-type: none">• Diminuir a Ansiedade;
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none">• Clarificar o diagnóstico de enfermagem;• Esclarecer sobre a Técnica de relaxamento;• Clarificar o funcionamento das sessões;
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none">• Enfermeira;• Gabinete de Enfermagem (com mesa e cadeiras);• Material de escrita.

Sessão 1

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Cumprimentos iniciais;• Questionar sobre emoções sentidas ao longo do dia;• Explicar o objetivo da sessão.	Expositivo Interrogativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Discutir o diagnóstico de enfermagem: Ansiedade;• Propor a intervenção psicoterapêutica: Relaxamento;• Avaliar a motivação;• Informar sobre a intervenção;• Informar sobre objetivos da intervenção:<ul style="list-style-type: none">○ Executar técnica de relaxamento;	Expositivo Interrogativo	30-45 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Promover a sensação de relaxamento durante e após a intervenção. ● Avaliar as expectativas da pessoa em relação à intervenção; 		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> ● Resumo da sessão; ● Pedir o feedback do decurso da sessão; ● Esclarecimento de dúvidas; ● Agendar a próxima sessão; ● Cumprimentos finais. 	Expositivo Interrogativo	5-10 minutos

Sessão 2

Planeamento da Sessão 2: Relaxamento	
<u>Cliente:</u>	B.X.
<u>Profissional de saúde:</u>	Enf ^a Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira tutora
<u>Data:</u>	19/10/2024
<u>Hora:</u>	11:30h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)
<u>Objetivo:</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● Diminuir a Ansiedade;
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermeira; ● Gabinete de Enfermagem; ● Material de escrita; ● Colchão ou marquesa; ● Telemóvel com colunas; ● Esfigmomanómetro digital.

Sessão 2

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> ● Cumprimentos iniciais; ● Explicar a Técnica de relaxamento muscular progressivo; ● Explicar o objetivo da sessão; ● Avaliar tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC). 	Expositivo Ativo	5-10 minutos

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar escuta ativa; • Executar: Técnica de relaxamento muscular progressivo (guião abaixo descrito) 	Expositivo Interrogativo Ativo	30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação de emoções e sentimentos face à intervenção; • Pedir o feedback do decurso da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliar tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC); • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais. 	Expositivo Interrogativo Ativo	5-10 minutos

Guião da Técnica de relaxamento muscular progressivo:

“Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Vamos inspirar, cheirando uma flor, (contar até 5) e expirar, soprando uma vela, (contar até 10). Novamente, inspirar, cheirando uma flor, (contar até 5) e expirar, soprando uma vela, (contar até 10). Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos.

Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Testa: Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Enrugue a sua testa subindo-a... sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... (pausa). Agora pode relaxar muito lentamente focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos... é como se os seus músculos tivessem desaparecido, estando totalmente relaxados.

Olhos: Feche os olhos apertando-os com força... sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra... concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... os músculos estão relaxados, sem tensão.

Face: Force um sorriso, todos os músculos da face e boca estão tensos... os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... (pausa). Relaxe agora esses músculos... note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.

Queixo: Aperte os dentes com força... sinta os músculos contraídos, tensos... (pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e se relaxam.

Pescoço: Contraia os músculos do pescoço... sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço... os músculos estão tensos... (pausa). Relaxe lentamente o pescoço... os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

Membros superiores: Levante o seu braço direito e com o seu punho fechado faça força... o seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro... concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial... sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados... completamente relaxados.

Levante o seu braço esquerdo, e com o seu punho fechado faça força... o seu braço está o mais rígido que pode, está tenso desde a mão até ao ombro... concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.

Membros inferiores: Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... sinta a contração do pé até à coxa... (pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão... sinta a contração do pé até à coxa... (pausa). Relaxe a sua perna esquerda e o joelho... sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Região dorsal: Arqueie as suas costas para a frente, se necessário com a ajuda dos braços... sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas... concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (pausa). Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial... note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... estão completamente relaxados.

Região torácica: Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contraí-lo como se quisesse reduzir os pulmões... concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe gradualmente o seu peito... sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.

Região abdominal: Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... sinta a tensão em redor do umbigo... (pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.

Região sacrococcígea: Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o chão... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.

Está completamente relaxado... Todos os músculos estão leves... O seu corpo está solto e totalmente relaxado... mantenha os olhos fechados... inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés... inspire novamente.... Expire o ar lentamente...

Permaneça deitado apreciando o seu estado de relaxamento. Faça uma contagem regressiva a partir de cinco e levante-se lentamente.” (Coelho, p.2-4, 2024)

Sessão 3

Planeamento da Sessão 3: Relaxamento	
<u>Cliente:</u>	B.X.
<u>Profissional de saúde:</u>	Enf ^a Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira tutora
<u>Data:</u>	26/10/2024
<u>Hora:</u>	17:30h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)
<u>Objetivo geral:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a Ansiedade;
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira; • Gabinete de Enfermagem; • Material de escrita; • Colchão ou marquesa; • Telemóvel com colunas; • Esfigmomanómetro digital.

Sessão 3

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Explicar o objetivo da sessão; • Avaliar tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC). 	Expositivo Ativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar escuta ativa; • Executar: Técnica de relaxamento muscular progressivo. 	Expositivo Interrogativo Ativo	30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação de emoções e sentimentos face à intervenção; • Pedir o feedback do decurso da sessão; 	Expositivo Interrogativo Ativo	5-10 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliar tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC); • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais. 		
--	---	--	--

Sessão 4

Planeamento da Sessão 4: Relaxamento	
<u>Cliente:</u>	B.X.
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira tutora
<u>Data:</u>	31/10/2024
<u>Hora:</u>	17:30h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)
<u>Objetivo geral:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a Ansiedade;
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira; • Gabinete de Enfermagem; • Material de escrita; • Colchão ou marquesa; • Telemóvel com colunas; • Esfigmomanómetro digital.

Sessão 4

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Explicar o objetivo da sessão; • Avaliar tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC). 	Expositivo Ativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar escuta ativa; • Executar: Técnica de relaxamento muscular progressivo. 	Expositivo Interrogativo Ativo	30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação de emoções e sentimentos face à intervenção; 	Expositivo Interrogativo Ativo	5-10 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir o feedback do decurso da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliar tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC); • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais. 		
--	---	--	--

Sessão 5

Planeamento da Sessão 5: Relaxamento			
<u>Cliente:</u>	B.X.		
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira tutora		
<u>Data:</u>	04/11/2024		
<u>Hora:</u>	17:30h		
<u>Duração</u>	45-60 minutos		
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)		
<u>Objetivo geral:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a Ansiedade; 		
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira; • Gabinete de Enfermagem; • Material de escrita; • Colchão ou marquesa; • Telemóvel com colunas; • Esfigmomanómetro digital. 		
Sessão 5			
<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Explicar o objetivo da sessão; • Avaliar tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC). 	Expositivo Ativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar escuta ativa; • Executar: Técnica de relaxamento muscular progressivo. 	Expositivo Interrogativo Ativo	30-45 minutos

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a comunicação de emoções e sentimentos face à intervenção; • Pedir o feedback do decurso da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Avaliar tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC); • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais. 	Expositivo Interrogativo Ativo	5-10 minutos
-----------	--	--------------------------------------	--------------

Sessão 6

Planeamento da Sessão 6: Relaxamento	
<u>Cliente:</u>	B.X.
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira tutora
<u>Data:</u>	12/11/2024
<u>Hora:</u>	17:30h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)
<u>Objetivo geral:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a Intervenção: Técnica de relaxamento muscular progressivo.
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sintomatologia ansiosa; • Utilizar o Indicador NOC: Nível de Ansiedade
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira; • Gabinete de Enfermagem; • Material de escrita;

Sessão 6

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Explicar o objetivo da sessão; 	Expositivo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar Escuta Ativa; • Pedir feedback do decurso das sessões; • Promover a comunicação da evolução da sintomatologia ansiosa ao longo do decurso das sessões; 	Interrogativo	30-45 minutos

	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar o Indicador NOC: Nível de Ansiedade.		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Esclarecimento de dúvidas;• Cumprimentos finais.	Expositivo	5-10 minutos

Anexo VI

Avaliação final: resultado NOC: Nível de Ansiedade (1211)_B.X.

		Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	
CLASSIFICAÇÃO GERAL DO RESULTADO		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
121101	Agitação	1	2	3	4	✘	NA
121102	Andar de um lado a outro	1	2	3	4	✘5	NA
121103	Torcer as mãos	1	2	3	✘	5	NA
121104	Nervosismo	1	2	3	4	✘5	NA
121105	Inquietação	1	2	3	4	✘5	NA
121106	Tensão muscular	1	2	✘	4	5	NA
121107	Tensão facial	1	2	✘	4	5	NA
121108	Irritabilidade	1	2	3	4	5	NA
121109	Indecisão	1	2	3	✘	5	NA
121110	Rompantes de raiva	1	2	3	4	5	NA
121111	Comportamento problemático	1	2	3	4	✘5	NA
121112	Dificuldade de concentração	1	2	3	4	5	NA
121113	Dificuldade de aprendizagem	1	2	3	4	5	NA
121114	Dificuldade para resolver problemas	1	2	3	✘	5	NA
121115	Ataques de pânico	1	2	3	4	5	NA
121116	Apreensão verbalizada	1	2	✘3	4	5	NA
121117	Ansiedade verbalizada	1	2	3	✘	5	NA
121118	Preocupação exagerada sobre eventos de vida	1	2	3	✘	5	NA
121119	Pressão arterial aumentada	1	2	3	4	5	NA
121120	Frequência de pulsações aumentada	1	2	3	4	5	NA
121121	Frequência respiratória aumentada	1	2	3	4	5	NA
121122	Pupilas dilatadas	1	2	3	4	5	NA
121123	Sudorese	1	2	3	4	5	NA
121124	Tontura	1	2	3	4	5	NA
121125	Fadiga	1	2	3	4	5	NA
121126	Produtividade diminuída	1	2	3	4	5	NA
121127	Desempenho escolar diminuído	1	2	3	4	5	NA
121128	Afastamento	1	2	3	4	✘	NA
121129	Distúrbios do sono	1	2	3	4	✘	NA
121130	Mudanças no padrão intestinal	1	2	3	4	5	NA
121131	Mudanças no padrão alimentar	1	2	3	✘	5	NA

Anexo VII

Avaliação Inicial R.M.:

Fontes dos dados: Processo clínico; entrevista semi-estruturada; observação; utilização de instrumentos de avaliação.

Dados Sociodemográficos:

Nome: R.M.

Género: Feminino

Idade: 68 anos

Agregado familiar: Vive com o marido

Habilitações académicas: 9º ano no Curso de Administração e Comércio

Ocupação: Reformada

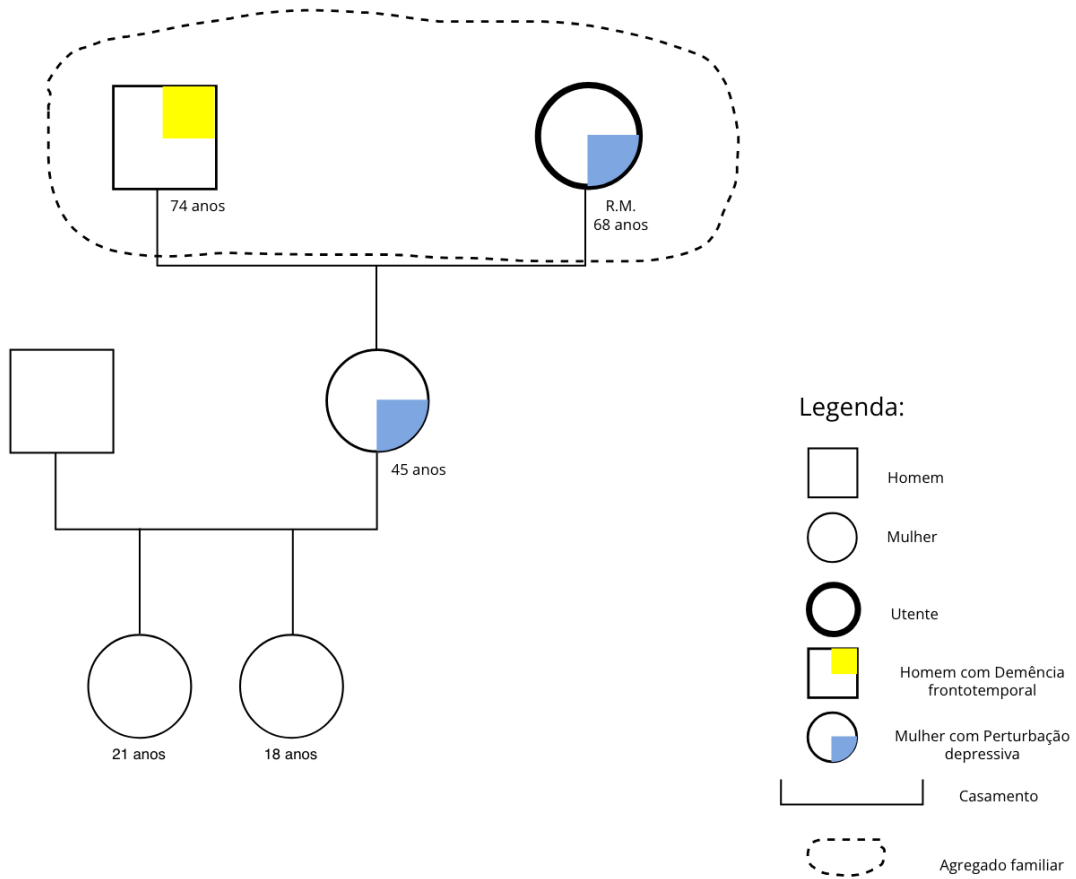
Religião: Católica

Motivo da referência: A R.M. é uma mulher de 68 anos, cuidadora informal do marido com demência frontotemporal. Foi referenciada para acompanhamento pela EEESMP da UCC por sobrecarga do cuidador e humor diminuído.

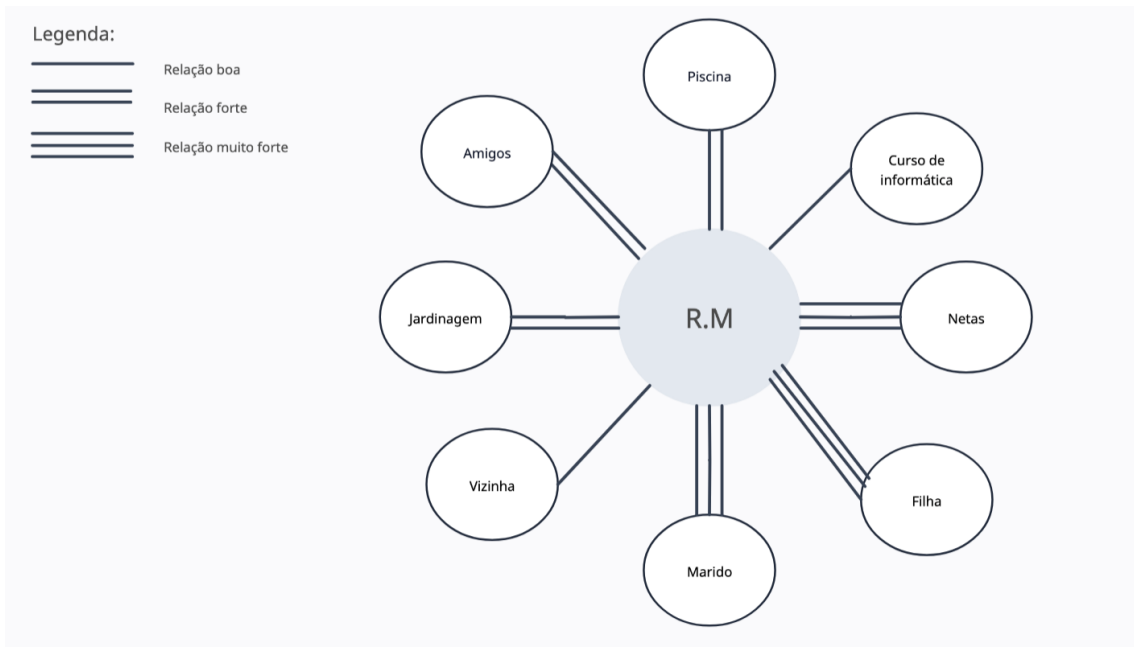
Antecedentes pessoais:

- Perturbação depressiva;
- Obesidade;
- Hipercolesterolemia.

Genograma:



Ecomapa:



História do desenvolvimento: Descreve a sua vida como feliz, começou a trabalhar muito nova, mas sempre gostou muito de trabalhar. Casou-se pouco tempo depois de conhecer o marido, e descreve-o como uma pessoa muito alegre, sempre pronto a ajudar. Descreve que viveram uma vida cheia de bons momentos.

História Ocupacional: Atualmente reformada, R.M. trabalhou em diferentes contextos: infantário, escritório, maternidade, café e, por último, como doméstica numa casa particular. Verbaliza grande mágoa por ter perdido o contacto com os filhos dos patrões, dos quais cuidou durante muitos anos. A necessidade de abandonar o trabalho para cuidar do marido é uma das suas maiores tristezas.

História Familiar: É cuidadora principal do marido, diagnosticado com demência frontotemporal. Tem uma filha que a apoia nos cuidados ao pai e mantém uma forte ligação com as netas, com quem convive frequentemente.

História clínica: Apresenta antecedentes pessoais de perturbação depressiva, obesidade e hipercolesterolemia. A medicação habitual inclui Fluoxetina 20 mg (2 comprimidos pela manhã), Metformina 1000 mg (2 comprimidos pela manhã) e Rosuvastatina 10 mg (à noite).

Vivência da Doença: Há cerca de 6 anos abdicou da atividade profissional, tendo em conta o estadió avançado a doença do marido e conseqüentemente a sua situação de dependência (totalmente dependente em todas as atividades de vida diária). Refere sentimento de culpa e medo de deixar o marido sozinho, privando-se de atividades sociais. Decorrente do papel de cuidadora foi diagnosticada com Perturbação depressiva, foi seguida em consulta de psicologia e psiquiatria. De momento não apresenta acompanhamento.

Exame físico:

Nível de consciência: A utente apresenta-se consciente e orientada em todas as dimensões.

Sinais Vitais:

- TA: 132/78 mmHg
- FC: 81 bpm

Pele e mucosas: Temperatura e coloração normal da pele e mucosas.

Avaliação da cognição: A Sr^a R.M. apresenta um discurso coerente e conciso. No indicador NOC: Cognição (0900), a utente apresenta um score elevado, o que evidencia um funcionamento cognitivo muito bom, evidenciando uma capacidade eficiente na organização e interpretação de informações, bem como uma excelente memória em diferentes tempos (imediate, recente e remota). Em termos de autoimagem, a utente apresenta uma compreensão sólida das situações em que está envolvida, revelando percepções negativas das suas capacidades e de si como pessoa, duvidando sempre se está a tomar as decisões certas. A avaliação da cognição indica que a Sr^a R.M. apresenta um funcionamento cognitivo globalmente preservado, com alguns desafios pontuais em áreas como a tomada de decisões e a concentração, mas sem prejuízos significativos nas funções cognitivas mais complexas.

Avaliação da emoção: A Sr^a R.M. apresenta um humor predominantemente depressivo, com crises de choro e sentimentos persistentes de tristeza, desvalorização e culpa excessiva. Reconhece que o seu estado melhorou ligeiramente desde o início da sua função de cuidadora, mas a culpa e a desvalorização continuam a ser uma presença constante no seu discurso. Este sofrimento emocional é também evidenciado pelos resultados da avaliação, com um score de 3 no indicador "Humor depressivo" e um score de 2 nos indicadores de "Culpa excessiva" e "Sentimentos de desvalorização" do resultado NOC: Nível de Depressão (1208). A utente também apresenta pontuações mais baixas nos indicadores de "Irritabilidade" (2), "Concentração prejudicada" (2) e "Tristeza" (2), indicando uma dificuldade em lidar com a intensidade das suas emoções e com os desafios diários.

A sobrecarga emocional da utente também é refletida na Escala de Zarit, com um score de 61, que sugere uma sobrecarga moderada a severa. As suas respostas revelam que sente frequentemente que a sua vida social e privada foi afetada pelo cuidado do

marido, com limitações em tempo e espaço. Ela também se sente frequentemente tensa e esgotada devido ao papel de cuidadora, o que tem impacto na sua saúde física, com queixas de cansaço extremo e dores na coluna. A utente expressa ainda preocupação constante com o futuro do seu marido, o que agrava o seu nível de ansiedade e de sobrecarga.

Avaliação do comportamento: A utente apresenta um aspeto cuidado, sem alterações verbalizadas a nível do comportamento alimentar, há consumo ocasional de um copo de vinho em contexto social. A rotina de sono ocorre das 23h às 09h30, sendo considerada reparadora. A prática de exercício físico inclui natação diária, exceto aos fins de semana, e as atividades de lazer consistem em natação, jardinagem e um curso de informática, no entanto, continua a privar-se de muitas atividades como refeições com a filha ou passeios por sentimentos de culpa para com o marido.

Rede de Apoio e Recursos Disponíveis: Apesar da sobrecarga emocional referida, a utente demonstra conhecimento e capacidade para prestar cuidados ao marido, assumindo de forma ativa o seu papel de cuidadora principal. Conta com o apoio de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que intervém diretamente em atividades de autocuidado, como o banho, vestir e despir, transferências e higiene íntima. Além disso, está integrada no Projeto do Estatuto do Cuidador Informal da UCC, beneficiando de acompanhamento regular por uma Assistente Social da Segurança Social e por uma enfermeira responsável pelo projeto, especialmente no que diz respeito às questões práticas e técnicas associadas ao cuidar. Estes recursos contribuem para a manutenção da prestação de cuidados no domicílio e para o suporte à cuidadora, embora não anulem o impacto emocional do papel que desempenha diariamente.

Anexo VIII

Escala de avaliação da Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Escala de Zarit						
Nº	Itens	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?					
2	Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?					
3	Sente-se enervado quando tentar conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?					
4	Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?					
5	Sente-se irritado quando está com o seu familiar?					
6	Sente que o seu familiar afeta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?					
7	Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?					
8	Sente que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?					
10	Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?					
11	Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?					
12	Sente que a sua vida social foi afetada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua casa por causa do seu familiar?					
14	Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?					
15	Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?					
16	Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
18	Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?					

Anexo IX

Planeamento da Entrevista Clínica_R.M.

Planeamento da Entrevista Clínica			
<u>Cliente:</u>	Srª R.M.		
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos (Aluna Mestrado de ESMP) com o apoio da Enfermeira orientadora		
<u>Data:</u>	05/10/2024		
<u>Hora:</u>	10:00h		
<u>Duração</u>	45-60 minutos		
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)		
<u>Objetivos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer primeiro contacto com a utente; • Realizar colheita de dados; • Estabelecer relação terapêutica; 		
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Gabinete de Enfermagem (com mesa e duas cadeiras); • Material de escrita; 		
Entrevista Clínica			
<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Fase inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento do utente; • Apresentação dos intervenientes; • Criar um ambiente terapêutico; • Clarificar os motivos da entrevista; • Informação sobre sigilo e confidencialidade; • Obtenção de consentimento para a recolha de dados e registo dos mesmos; 	Expositivo	5-10 minutos
Fase exploratória	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de colheita de dados sobre história clínica; • Utilização de técnicas de comunicação para obter dados. 	Anamnese associativa	30-45 minutos
Fase final	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da entrevista clínica e feedback mútuo; • Esclarecimento de dúvidas; • Demonstrar disponibilidade; • Separação física. 	Expositivo Interrogativo	5-10 minutos

Anexo X

Indicador NOC: Humor depressivo (1208)_R.M.

		Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	
RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO TOTAL		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
120801	Humor deprimido	1	2	✘	4	5	NA
120802	Perda de interesse pelas atividades	1	2	3	4	5	NA
120827	Eventos negativos na vida	1	✘	3	4	5	NA
120803	Falta de prazer nas atividades	1	2	3	4	5	NA
120804	Concentração prejudicada	1	✘	3	4	5	NA
120805	Culpa inadequada	✘	2	3	4	5	NA
120828	Culpa excessiva	1	✘	3	4	5	NA
120806	Fadiga	1	2	3	4	5	NA
120807	Sentimentos de desvalorização	1	✘	3	4	5	NA
120808	Retardo psicomotor	1	2	3	4	5	NA
120829	Agitação psicomotora	1	2	3	4	5	NA
120809	Insônia	1	2	3	4	5	NA
120830	Hipersônia	1	2	3	4	5	NA
120810	Aumento de peso	1	2	3	4	5	NA
120831	Perda de peso	1	2	3	4	5	NA
120811	Aumento do apetite	1	2	3	4	5	NA
120832	Redução do apetite	1	2	3	4	5	NA
120835	Pensamentos recorrentes de morte	1	2	3	4	5	NA
120836	Pensamentos recorrentes de suicídio	1	2	3	4	5	NA
120813	Indecisão	1	2	✘	4	5	NA
120814	Tristeza	1	✘	3	4	5	NA
120815	Crises de choro	1	✘	3	4	5	NA
120816	Raiva	1	2	3	4	5	NA
120817	Falta de esperança	1	✘	3	4	5	NA
120818	Solidão	1	2	3	4	5	NA
120819	Baixa autoestima	1	2	3	4	5	NA
120820	Libido diminuída	1	2	3	4	5	NA
120821	Nível de atividade diminuído	1	2	3	4	5	NA
120822	Falta de espontaneidade	1	2	3	4	5	NA
120823	Irritabilidade	1	✘	3	4	5	NA
120833	Uso de drogas recreacionais	1	2	3	4	5	NA
120834	Aumento do uso de álcool	1	2	3	4	5	NA
120825	Higiene própria ruim	1	2	3	4	5	NA

Anexo XI

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica: Reestruturação cognitiva

Sessão 1

Planeamento da Sessão 1: Reestruturação cognitiva	
<u>Cliente:</u>	R.M.
<u>Profissional de saúde:</u>	Enf ^a Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira orientadora
<u>Data:</u>	08/01/2025
<u>Hora:</u>	16:00h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Unidade de Cuidados na Comunidade)
<u>Objetivos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> Clarificar o funcionamento das sessões; Definir objetivos principais; Desenvolver relação de confiança mútua; Avaliar a motivação da utente para a inclusão nas sessões de reestruturação cognitiva; Efetuar a confirmação do diagnóstico de enfermagem;
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> Gabinete de Enfermagem (com mesa e cadeiras); Material de escrita. Quadro de Registo de Pensamentos

Sessão 1

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais; Realizar breve resumo da sessão anterior; Explicar o objetivo da sessão. 	Expositivo Participativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Executar escuta ativa; Oferecer apoio emocional; Apresentar o diagnóstico de enfermagem: Humor depressivo e discuti-lo com a Sr^a R.M.; Apresentar à Sr^a R.M. a intervenção psicoterapêutica: Reestruturação cognitiva; 	Expositivo Participativo Interrogativo	30-45 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar o funcionamento das sessões; • Avaliar a motivação da Srª R.M. numa escala de 0 a 10; • Ajudar a Srª R.M. a compreender em que medida o seu pensamento afeta o seu comportamento; • Identificar problemas específicos e ajudar a Srª R.M. a transformá-los em objetivos para as sessões; • Negociar com a Srª R.M. uma tarefa a ser realizada com “trabalho de casa”; • Apresentar o quadro de Registo de pensamentos e explicar à Srª R.M.. 		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão; • Pedir o feedback do decurso da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais. 	Expositivo Interrogativo	5-10 minutos

Registro de pensamentos

Data/Hora	Situação	Pensamentos automáticos	Emoções	Resposta adaptativa	Resultado

Questões auxiliares para compor uma resposta alternativa:

1. Qual a evidência de que o pensamento automático é verdadeiro ou não?
2. Existe alguma explicação alternativa?
3. Se o pior acontecesse como é que eu poderia lidar com a situação? O que é o melhor que podia acontecer?
4. Qual é o resultado mais realista?
5. Qual é o efeito das minhas crenças nos meus pensamentos automáticos? Qual poderia ser o efeito se eu mudasse o meu pensamento?
6. Se _____ estivesse nesta situação e tivesse este pensamento, o que é que eu lhe diria?
7. O que seria bom fazer?

Sessão 2

Planeamento da Sessão 2: Reestruturação cognitiva	
<u>Cliente:</u>	R.M..
<u>Profissional de saúde:</u>	Enf ^a Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira orientadora
<u>Data:</u>	20/01/2025
<u>Hora:</u>	10:00h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Unidade de Cuidados na Comunidade)
<u>Objetivos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a tarefa para casa em colaboração com a utente; • Explorar os erros cognitivos e pensamentos automáticos conjuntamente com a utente;
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Gabinete de Enfermagem (com mesa e cadeiras); • Material de escrita. • Quadro de Registo de Pensamentos

Sessão 2

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Realizar breve resumo da sessão anterior; 	Expositivo Participativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar escuta ativa; • Solicitar a tarefa da sessão anterior e analisar em conjunto; • Explorar os pensamentos automáticos; • Explorara as emoções sentidas: • Explicar à Sr^a R.M. que as autoverbalizações medeiam as emoções; • Ajudar a Sr^a R.M. a identificar e reconhecer a irracionalidade de alguns dos seus pensamentos; • Ajudar e incentivas a Sr^a R.M a substituir os pensamentos automáticos por 	Expositivo Participativo Interrogativo	30-45 minutos

	<p>interpretações das situações baseadas na realidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negociar a próxima tarefa para realizar em casa. 		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão; • Pedir o feedback do decurso da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais. 	<p>Expositivo Interrogativo</p>	5-10 minutos

Registro de pensamentos

Data/Hora	Situação	Pensamentos automáticos	Emoções	Resposta adaptativa	Resultado

Questões auxiliares para compor uma resposta alternativa:

1. Qual a evidência de que o pensamento automático é verdadeiro ou não?
2. Existe alguma explicação alternativa?
3. Se o pior acontecesse como é que eu poderia lidar com a situação? O que é o melhor que podia acontecer?
4. Qual é o resultado mais realista?
5. Qual é o efeito das minhas crenças nos meus pensamentos automáticos? Qual poderia ser o efeito se eu mudasse o meu pensamento?
6. Se _____ estivesse nesta situação e tivesse este pensamento, o que é que eu lhe diria?
7. O que seria bom fazer?

Sessão 3

Planeamento da Sessão 3: Reestruturação cognitiva	
<u>Cliente:</u>	R.M..
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira orientadora
<u>Data:</u>	22/01/2025
<u>Hora:</u>	16:00h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Unidade de Cuidados na Comunidade)
<u>Objetivos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a tarefa para casa em colaboração com a utente; • Explicar em que consiste as estratégias cognitivas que levam à reestruturação do pensamento através de processos lógicos; • Colocar em prática nas formas de pensamento.
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Gabinete de Enfermagem (com mesa e cadeiras); • Material de escrita. • Quadro de Registo de Pensamentos

Sessão 3

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Realizar breve resumo da sessão anterior; 	Expositivo Participativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar escuta ativa; • Solicitar a tarefa da sessão anterior e analisar em conjunto; • Ajudar a Srª R.M. a identificar as emoções negativas; • Ajudar a identificar os stressores que podem ter contribuído para o seu estado emocional; • Realizar afirmações e colocar questões que coloquem em dúvida o pensamento/comportamento da Srª R.M.; 	Expositivo Participativo Interrogativo	30-45 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar afirmações que apresentam formas alternativas de encarar a situação; • Negociar com a Srª R.M. uma tarefa para casa. 		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão; • Pedir o feedback do decurso da sessão; • Esclarecimento de dúvidas; • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais. 	<p>Expositivo Interrogativo</p>	5-10 minutos

Registro de pensamentos

Data/Hora	Situação	Pensamentos automáticos	Emoções	Resposta adaptativa	Resultado

Questões auxiliares para compor uma resposta alternativa:

1. Qual a evidência de que o pensamento automático é verdadeiro ou não?
2. Existe alguma explicação alternativa?
3. Se o pior acontecesse como é que eu poderia lidar com a situação? O que é o melhor que podia acontecer?
4. Qual é o resultado mais realista?
5. Qual é o efeito das minhas crenças nos meus pensamentos automáticos? Qual poderia ser o efeito se eu mudasse o meu pensamento?
6. Se _____ estivesse nesta situação e tivesse este pensamento, o que é que eu lhe diria?
7. O que seria bom fazer?

Sessão 4

Planeamento da Sessão 4: Reestruturação cognitiva	
<u>Cliente:</u>	R.M..
<u>Profissional de saúde:</u>	Enf ^a Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira orientadora
<u>Data:</u>	29/01/2025
<u>Hora:</u>	16:00h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Unidade de Cuidados na Comunidade)
<u>Objetivos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a tarefa para casa em colaboração com a utente; • Explorar as possíveis respostas adaptativas a situações causadoras pensamentos automáticos negativos.
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Gabinete de Enfermagem (com mesa e cadeiras); • Material de escrita. • Quadro de Registo de Pensamentos

Sessão 4

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Realizar breve resumo da sessão anterior; 	Expositivo Participativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar escuta ativa; • Solicitar a tarefa da sessão anterior e analisar em conjunto; • Analisar com a Sr^a R.M. as possíveis respostas adaptativas que enunciou; • Treinar, por exemplos de situações, a identificação de diferentes respostas adaptativas possíveis; • Incentivar a colocação em prática das respostas adaptativas enunciadas; • Negociar com a Sr^a R.M. uma tarefa para casa, término do quadro do registo dos pensamentos. 	Expositivo Participativo Interrogativo	30-45 minutos

Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Resumo da sessão;• Pedir o feedback do decurso da sessão;• Esclarecimento de dúvidas;• Agendar a próxima sessão;• Cumprimentos finais.	Expositivo Interrogativo	5-10 minutos
-----------	--	-----------------------------	--------------

Registro de pensamentos

Data/Hora	Situação	Pensamentos automáticos	Emoções	Resposta adaptativa	Resultado

Questões auxiliares para compor uma resposta alternativa:

1. Qual a evidência de que o pensamento automático é verdadeiro ou não?
2. Existe alguma explicação alternativa?
3. Se o pior acontecesse como é que eu poderia lidar com a situação? O que é o melhor que podia acontecer?
4. Qual é o resultado mais realista?
5. Qual é o efeito das minhas crenças nos meus pensamentos automáticos? Qual poderia ser o efeito se eu mudasse o meu pensamento?
6. Se _____ estivesse nesta situação e tivesse este pensamento, o que é que eu lhe diria?
7. O que seria bom fazer?

Sessão 5

Planeamento da Sessão 5: Reestruturação cognitiva			
<u>Cliente:</u>	R.M..		
<u>Profissional de saúde:</u>	Enf ^a Beatriz Santos (Aluna mestrado ESMP) com o apoio da Enfermeira orientadora		
<u>Data:</u>	05/02/2025		
<u>Hora:</u>	17:00h		
<u>Duração</u>	45-60 minutos		
<u>Local:</u>	Gabinete de Enfermagem (Unidade de Cuidados na Comunidade)		
<u>Objetivos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a tarefa para casa em colaboração com a utente; • Encorajar a pessoa a rever as aprendizagens obtidas sobre os seus pensamentos, emoções e consequentemente comportamentos e às alternativas treinadas para pensamentos negativo; • Identificar ganhos percecionados pela utente com a intervenção; • Avaliar os resultados obtidos com a intervenção através de instrumentos de avaliação. 		
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Gabinete de Enfermagem (com mesa e cadeiras); • Material de escrita. • Quadro de Registo de Pensamentos 		
Sessão 5			
<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Realizar breve resumo da sessão anterior; 	Expositivo Participativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Executar escuta ativa; • Solicitar a tarefa da sessão anterior e analisar em conjunto; • Rever com a Sr^a R.M. as competências cognitivas que desenvolveu; • Antecipar, com a Sr^a R.M., possíveis situações causadoras de pensamentos negativos irrealistas e adotar estratégias que desenvolveu nas sessões. 	Expositivo Participativo Interrogativo	30-45 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir os progressos da Srª R.M. ao longo das sessões; • Elogiar esses progressos e enfatizar o papel importante que a Srª R.M teve nessas mudanças positivas; • Incentivar a Srª R.M. a diariamente manter esse processo de autoavaliação de pensamentos e comportamentos de forma a continuar a arranjar estratégias para novas situações; 		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão; • Pedir o feedback do decurso da sessão através de um questionário de avaliação; • Esclarecimento de dúvidas; • Agendar a próxima sessão (apenas com a EEESMP da UCC) • Cumprimentos finais. 	Expositivo Interrogativo	5-10 minutos

Avaliação da Intervenção: Reestruturação cognitiva

	Fraco	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Como classifica a intervenção realizada?					
Tendo em conta a intervenção realizada, classifique a sua eficácia na melhoria dos seus pensamentos negativos.					
Tendo em conta a intervenção realizada, classifique a sua eficácia na melhoria do seu humor.					
Como classifica a ajuda prestada pela intervenção?					
Como classifica a organização da intervenção?					
Como classifica os materiais utilizados na intervenção?					

Anexo XII

Avaliação final: Resultado NOC: Humor depressivo (1208)_R.M.

		Grave	Substancial	Moderado	Leve	Nenhum	
RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO TOTAL		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
120801	Humor deprimido	1	2	3	✗	5	NA
120802	Perda de interesse pelas atividades	1	2	3	4	5	NA
120827	Eventos negativos na vida	1	✗	3	4	5	NA
120803	Falta de prazer nas atividades	1	2	3	4	5	NA
120804	Concentração prejudicada	1	2	✗	4	5	NA
120805	Culpa inadequada	1	✗	3	4	5	NA
120828	Culpa excessiva	1	2	✗	4	5	NA
120806	Fadiga	1	2	3	4	5	NA
120807	Sentimentos de desvalorização	1	2	✗	4	5	NA
120808	Retardo psicomotor	1	2	3	4	5	NA
120829	Agitação psicomotora	1	2	3	4	5	NA
120809	Insônia	1	2	3	4	5	NA
120830	Hipersônia	1	2	3	4	5	NA
120810	Aumento de peso	1	2	3	4	5	NA
120831	Perda de peso	1	2	3	4	5	NA
120811	Aumento do apetite	1	2	3	4	5	NA
120832	Redução do apetite	1	2	3	4	5	NA
120835	Pensamentos recorrentes de morte	1	2	3	4	5	NA
120836	Pensamentos recorrentes de suicídio	1	2	3	4	5	NA
120813	Indecisão	1	2	3	✗	5	NA
120814	Tristeza	1	2	3	✗	5	NA
120815	Crises de choro	1	2	✗	4	5	NA
120816	Raiva	1	2	3	4	5	NA
120817	Falta de esperança	1	2	✗	4	5	NA
120818	Solidão	1	2	3	4	5	NA
120819	Baixa autoestima	1	2	3	4	5	NA
120820	Libido diminuída	1	2	3	4	5	NA
120821	Nível de atividade diminuído	1	2	3	4	5	NA
120822	Falta de espontaneidade	1	2	3	4	5	NA
120823	Irritabilidade	1	2	✗	4	5	NA
120833	Uso de drogas recreacionais	1	2	3	4	5	NA
120834	Aumento do uso de álcool	1	2	3	4	5	NA
120825	Higiene própria ruim	1	2	3	4	5	NA

Anexo XIII

CONSENTIMENTO INFORMADO/AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, os estudantes encontram-se a realizar um Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final. Neste contexto, eles devem realizar estudos de caso. Um estudo de caso é uma análise detalhada da situação de saúde dos utentes, permitindo a identificação das suas necessidades e o planeamento personalizado e eficaz dos cuidados.

Para este efeito, informações sobre a sua situação clínica serão recolhidas e analisadas pelo estudante, sob a supervisão dos tutores/orientadores. Todos os **dados pessoais serão anonimizados** e detalhes identificadores não serão disponibilizados a terceiros. Este trabalho deverá ser benéfico pelo enfoque particular na melhoria do seu estado clínico. Asseguramos não existirem riscos para si.

O estudo de caso é uma ferramenta pedagógica que promove a reflexão dos estudantes acerca das suas competências clínicas, possibilitando a sua melhoria. Além disso, ele permite a avaliação do desempenho dos estudantes. Neste sentido, o estudo de caso desenvolvido com a sua colaboração será incluído num relatório final de estágio, que estará disponibilizado publicamente em repositório académico.

Não haverá lugar a qualquer pagamento pela sua participação neste trabalho. A sua participação é totalmente voluntária e poderá recusar ou abandonar o trabalho a qualquer momento sem que haja qualquer prejuízo para si. Não existe qualquer conflito de interesse dos intervenientes deste processo. Terá o direito de aceder aos seus dados, de solicitar a retificação de dados incorretos e de pedir a sua exclusão, de limitar o processamento, de se opor e retirar o consentimento de seu uso para determinados fins.

Declaro ter lido e compreendido as informações acima, aceitando voluntariamente participar neste trabalho sob as garantias de confidencialidade dadas:

- Sim
- Não

Nome completo do(a) utente: _____

Nome completo do(a) responsável legal (se aplicável): _____

Data: _____

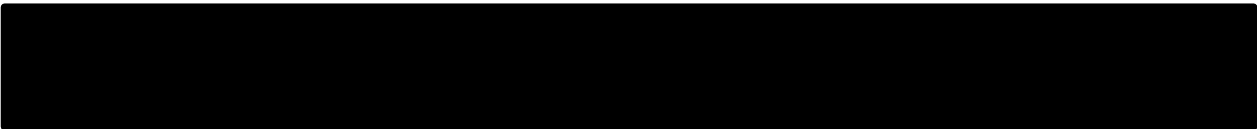
Anexo XIV



UCC



, DEZEMBRO 2024





ÍNDICE



INTRODUÇÃO

Contextualização e relevância do projeto



Objetivo do projeto

Contribuições para a sociedade

ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

ORIENTAÇÃO TÉCNICA

ASSUNTO	
PALAVRAS-CHAVE	Déficit Cognitivo, Estimulação Cognitiva, Enfermeiro, Saúde Mental
PARA	Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária (EEEC), Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER)
CONTACTOS	

1. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que existam cerca de 47.5 milhões de pessoas com demência em todo o mundo e que este número possa triplicar em 2050. O Relatório “Health at Glance 2017” da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCED) publicado a 10 de novembro de 2017, coloca Portugal como o 4º país com mais casos por cada mil habitantes. De acordo com este relatório, o número de casos com demência subirá para os 322 mil casos até 2037. Segundo os dados da Alzheimer Europe, em Portugal, apesar da diminuição no número populacional, o número de pessoas com demência irá de cerca de 193 mil em 2018 para cerca de 345 mil em 2050 (Alzheimer Europe, 2019). O Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL) é uma condição de saúde em que ocorre uma diminuição das funções cognitivas (como a memória, atenção e raciocínio) que é superior ao que seria esperado para a idade da pessoa, no entanto, não é grave o suficiente para justificar um diagnóstico de Demência. A investigação mostra que pessoas com DCL têm um maior risco de desenvolver Demência, o DCL é frequentemente visto como um estado de transição

entre o envelhecimento normal e a Demência precoce. Em média estima-se que entre 10% a 15% progridam para a Demência a cada ano. Apenas cerca de 1% a 2% das pessoas idosas na população em geral desenvolvem Demência anualmente, portanto ter DCL aumenta significativamente a probabilidade de vir a desenvolver Demência. A Estimulação Cognitiva (EC) tem sido vista como útil para o DCL, vários estudos demonstram melhorias da memória, atenção, humor e qualidade de vida. A participação com frequência em atividades de estimulação cognitiva está associada a um menor risco de declínio cognitivo tornando-se assim benéfico para as pessoas com DCL. A investigação também revelou a importância da prática regular de exercício físico para manter o cérebro saudável, à medida que envelhecemos. Alguns estudos indicam que as pessoas com DCL que praticam exercício físico com regularidade apresentam uma desaceleração no declínio cognitivo. (Alzheimer Portugal)

2. A presente orientação técnica visa orientar o Programa "Cuidados na Comunidade (UCC) [redacted]" a qual a responsabilidade é da equipa de EEESMP da UCC. A equipa do Programa engloba EEESMP, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária (EEESC) e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), deverá ser também multidisciplinar contando com o apoio da secretária clínica da unidade e dos médicos de família responsáveis por cada utente.
3. O processo de recrutamento para o Programa "[redacted]" deverá funcionar por referências de médicos ou enfermeiros de família das Unidades de Cuidados de Saúde Primários da zona de atuação da [redacted] enfermeiros da [redacted] pertencentes a outros programas/projetos da mesma.
4. Na presente orientação técnica foram definidos como **População-Alvo**:
 - Utentes sem alterações cognitivas ou deficit cognitivo ligeiro residentes inscritos nas áreas de abrangência da [redacted]

Foram também definidos os seguintes **critérios de inclusão e exclusão**:

Critérios de Inclusão:

- Utentes com idade compreendida entre 18 e 60 anos;
- Utentes sem alterações cognitivas ou deficit cognitivo ligeiro;
- Utentes sem patologia psiquiátrica em fase aguda;
- Utentes autónomos;
- Utentes com no mínimo o 4º ano de escolaridade;
- Utentes com acesso a computador e internet.

Critérios de Exclusão:

- Utentes com patologia psiquiátrica em fase aguda ou problemas comportamentais;
- Utentes com déficit cognitivo moderado a grave;
- Utentes com comorbilidades que interfiram na prática de exercício físico;
- Utentes que residam fora da área de atuação da [REDACTED]

5. Após a definição da estratégia de recrutamento, a integração no Programa [REDACTED] [REDACTED] ocorrerá apenas se o utente demonstrar e verbalizar interesse em pretender participar.
6. O Programa [REDACTED] deve ter uma duração de 10 meses, um ano letivo escolar, com um total de 80 sessões, sendo que 10 dessas serão presenciais, com duração de uma hora, fazendo paragens durante o período de férias escolares.
7. Os objetivos do Programa [REDACTED] são diversos e refletem uma visão holística e interdisciplinar:
 - Manter e otimizar capacidades cognitivas;
 - Promover a autonomia da pessoa;
 - Promover o bem-estar;
 - Promover a socialização;
 - Promover estilos de vida saudáveis;

- Melhorar o humor;
- Melhorar a qualidade de vida.

Objetivos específicos:

- Estimular a capacidade de atenção;
- Estimular a memória;
- Estimular a capacidade de cálculo;
- Estimular a linguagem;
- Estimular a capacidade visuo-percetiva e construtiva;
- Estimular a função executiva;
- Promover a realização de exercício físico;
- Promover uma alimentação saudável;
- Aumentar a literacia em saúde;
- Melhorar a capacidade de realização das atividades de vida diárias (AVD).

8. O número total de vagas disponíveis para integrar o Programa [REDACTED] será de 60 utentes.
9. O Programa será constituído por 4 turmas com o máximo de 15 utentes.
10. O EEESMP é o responsável pela implementação, monitorização e avaliação referentes ao Programa [REDACTED]. É da sua responsabilidade a gestão da equipa de enfermagem, o local e o material/equipamentos necessários.
11. As sessões de avaliação inicial serão agendadas e programadas pela equipa de EEESMP, de acordo com a data e hora conveniente para o utente. Durante a sessão, o Programa é apresentado e é realizada a avaliação inicial.
12. Aos utentes com indicação para realizar Programa [REDACTED], deve ser colhida a seguinte informação, na avaliação inicial:
 - História Clínica (Anamnese e Exame Físico);

- Aplicação das seguintes escalas:
 - Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung;
 - *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA);
 - CAIDE *dementia risk score*;
 - Escala da qualidade de vida;
 - *Short Physical Performance Battery*- SPPB;
 - Escala de Barthel;
 - Prova de 6 minutos de marcha;
 - Teste de sentar e levantar em 1 minuto (TSL1);
 - Escala de Equilíbrio de Berg;
 - Escala *Medical Research Council Dyspnea Questionnaire* (MRC);
 - Teste de preensão manual.

A história clínica do utente deve estar completa, tendo em conta os elementos presentes na Tabela 1.:

Tabela 1. História Clínica do utente

História clínica	
Dados sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Idade; • Género; • Escolaridade; • Localidade; • USF; • Ativo ou não ativo.
História Atual	<ul style="list-style-type: none"> • Motivo de referênciação.
Exame Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Peso; • Altura; • Sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio); • Audição; • Visão.

Antecedentes Pessoais	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças diagnosticadas; • Alergias.
Regime Medicamentoso	<ul style="list-style-type: none"> • Medicação prescrita.

O EEESMP e o EEER realiza a avaliação inicial através da aplicação das escalas anteriormente referidas, apresentadas na Tabela 2 segundo os itens a avaliar.

Tabela 2. Escalas a utilizar na avaliação inicial

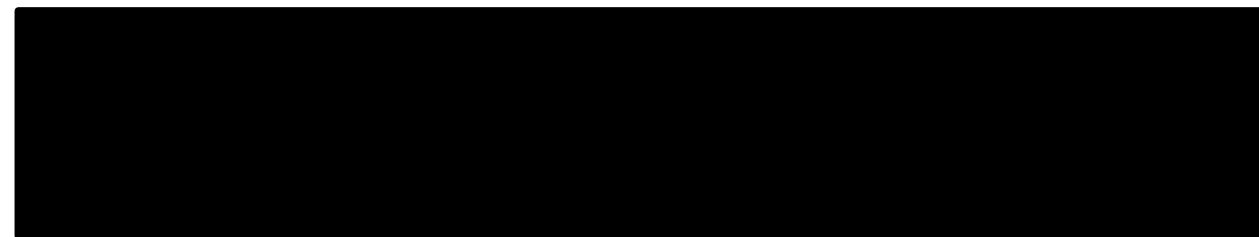
Itens a avaliar	Escalas a utilizar
Avaliação da função cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Montreal Cognitive Assessment (MoCA); • CAIDE dementia risk score;
Avaliação do estado emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung;
Avaliação da função respiratória	<ul style="list-style-type: none"> • Exame Escala <i>Medical Research Council Dyspnea Questionnaire</i> (MRC);
Avaliação da capacidade física/funcional	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Short Physical Performance Battery- SPPB</i>; • Escala de Barthel; • Escala de Equilíbrio de Berg; • Prova de 6 minutos de marcha; • Teste de sentar e levantar em 1 minuto (TSL1); • Escala da qualidade de vida;
Avaliação da força muscular periférica	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de prensão manual.

13. O Programa [REDACTED] será realizado de forma híbrida, com sessões online e presenciais mensais na [REDACTED]

14. O Programa “ [REDACTED] ” é constituído por diversas atividades enunciadas no quadro abaixo:

Tabela 3. Atividades do Programa de Estimulação Cognitiva

Atividade	Objetivos específicos	Parâmetros	Materiais e Equipamentos
<p>Exercícios de Estimulação cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a capacidade de atenção; • Estimular a memória; • Estimular a capacidade de cálculo; • Estimular a linguagem; • Estimular a capacidade visuoperceptiva e construtiva; • Estimular a função executiva; • Melhorar a capacidade de realização das atividades de vida diárias (AVD). 	<p><u>Modo:</u> Folha de exercícios de estimulação cognitiva.</p> <p><u>Duração:</u> 30 minutos.</p> <p><u>Frequência:</u> Uma vez por semana.</p>	<p>Cadeiras; Mesas; Folhas de papel; Material de escrita; <i>Webcam</i> e Microfone.</p>
<p>Nutrição</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover uma alimentação saudável; • Aumentar a literacia em saúde; • Melhorar a capacidade de realização das atividades de vida diárias (AVD). 	<p><u>Modo:</u> Sessões de educação para a saúde sobre alimentação saudável com Nutricion [REDACTED]</p> <p><u>Duração:</u> 30 minutos.</p> <p><u>Frequência:</u> Uma vez por semana.</p>	<p>Cadeiras; Mesas; Computador; <i>Webcam</i> e Microfone.</p>
<p>Exercício físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a realização de exercício físico; 	<p><u>Modo:</u> Realização de exercícios programados</p>	<p>Cadeiras; <i>Webcam</i> e Microfone.</p>



	<ul style="list-style-type: none">Melhorar a capacidade de realização das atividades de vida diárias (AVD).	anteriormente pelos EEER da [REDACTED] <u>Duração:</u> 60 minutos. <u>Frequência:</u> Uma vez por mês.	Tapetes; Cones; Cronometro; Pesos, alteres, bandas elásticas e ou equipamento para treino de força (peso de 0.5 a 2kg).
Psicoeducação	<ul style="list-style-type: none">Estimular a capacidade de atenção;Estimular a memória;Estimular a linguagem;Aumentar a literacia em saúde.	<u>Modo:</u> Sessões de formação sobre temas relevantes para a Saúde dos participantes. <u>Duração:</u> 30 minutos. <u>Frequência:</u> Uma vez por mês.	Cadeiras; Mesas; Computador; Webcam e Microfone.

15. Equipamentos e materiais alocados ao Programa [REDACTED] na UCC:

- Computador;
- Câmaras e micros;
- Telefone;
- Papel;
- Tinteiro;
- Cones;
- Mesa;
- Cadeiras;
- Cronometro;
- Esfigmomanómetro digital;
- 2 Oxímetros;



- Balança;
- Termómetro;
- 15 Tapetes;
- Dinamómetro;
- Pesos, alteres, bandas elásticas e ou equipamento para treino de força (peso de 0.5 a 2kg).

16. Para cada utente deve ser elaborado um relatório individual e atualizado de acordo com os seguintes itens da Tabela 4.

Tabela 4. Informações que devem constar no relatório do Programa “Cuidar VivaMente”

Avaliação inicial, intermédia e final	
Programa Realizado	Descrição das componentes de exercício e de ensino; Duração e frequência do Programa [REDACTED].
Resultados obtidos	Apresentação dos resultados e valorização do seu significado clínico, de acordo com as avaliações efetuadas no início e no final do Programa [REDACTED], aplicando novamente as escalas anteriormente referidas.
Plano de Ação	Os enfermeiros responsáveis do Programa ‘Cuidar VivaMente’ devem orientar o utente para a manutenção da realização de exercícios de estimulação cognitiva e exercício físico e colocação em prática o conhecimento adquirido ao longo das psicoeducações e sessões de educação para a saúde.
Momentos de avaliação	Tempo 0 (T0): avaliação inicial; Tempo 1 (T1): avaliação final.

a) Módulo educacional e de apoio psicossocial:

- Os módulos de estimulação cognitiva têm como objetivo capacitar a pessoa a lidar com os desafios cognitivos e/ou promover o bom funcionamento cognitivo, através da estimulação das funções cognitivas (memória, atenção, raciocínio e linguagem), com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e o bem-estar emocional.
- Fomentar a adesão a hábitos saudáveis, além de promover atividades cognitivas que melhorem o funcionamento diário da pessoa. A integração de atividades físicas leves, psicoeducações e atividades de estimulação cognitiva são ferramentas que contribuem para a manutenção da saúde mental.

b) O utente é convidado a participar nas sessões previamente agendadas:

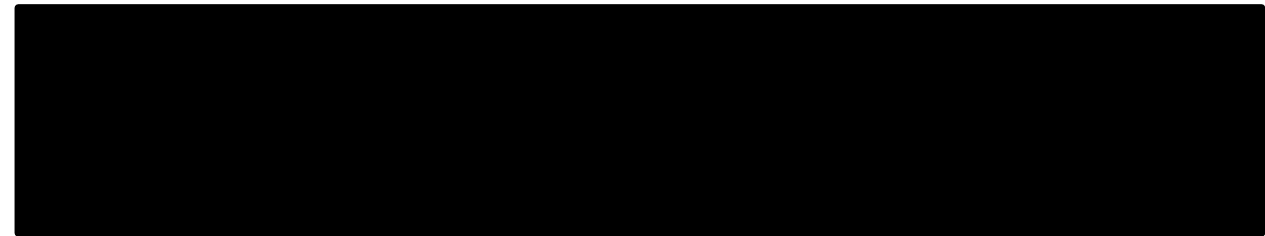
- 80 sessões, com duração de cerca de 60 minutos e com 15 participantes no máximo;
- 10 destas 80 sessões serão realizadas presencialmente nas instalações da UCC [REDACTED]
- Efetuadas por diferentes profissionais que integram a equipa da UCC (EESM, EEER, EEEC, Nutricionista), se possível.

17. Para valorização dos resultados obtidos com o Programa “[REDACTED]”, na Tabela 5. São descritas as escalas e provas utilizadas no Programa “[REDACTED]” pelo EEER e EESMP.

Tabela 5. Descrição das escalas de avaliação do Programa “Cuidar VivaMente”

Escalas de avaliação	Descrição das escalas de avaliação	Enfermeiro responsável
Prova de Marcha de 6 minutos	Avalia a resistência física, ou seja, é pedido ao utente que percorra a maior distância possível em 6 minutos. O resultado é a distância total a pé em metros, com as pontuações mais altas a indicarem o melhor desempenho.	EEER

Teste de sentar e levantar em 1 minuto	O teste de sentar e levantar em 1 minuto providencia uma medida da força dos membros inferiores. Esta medida está diretamente relacionada com a capacidade para realizar as atividades básicas do dia-a-dia.	EEER
Questionário de Dispneia (<i>modified MRC Dyspnea Questionnaire</i>)	Pretende avaliar o impacto da dispneia nas AVD e avaliar o efeito de intervenções (farmacológicas ou de Reabilitação). É simples de aplicar e consiste em 5 questões que permitem que a pessoa indique a forma como a dispneia que sente afeta as AVD. As 5 questões estão organizadas gradualmente por níveis de menor (Grau 0) para maior (Grau 4).	EEER
<i>Short Physical Performance Battery- SPPB</i>	Escala que permite avaliar a capacidade física do utente, especificamente o equilíbrio, a força muscular e a mobilidade. Consiste em três testes: de equilíbrio, caminhada de 4 metros e a capacidade de levantar-se de uma cadeira.	EEER
Escala de Barthel	Esta escala avalia o nível de independência do utente nas atividades de vida diárias, como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, uso do sanitário, entre outras.	EEER
Escala de Equilíbrio de Berg	É um instrumento de avaliação do equilíbrio estático e dinâmico do utente.	EEER
Teste de preensão manual	Avalia a função muscular e a força de mãos e dedos, utilizando um dinamômetro para medir a força de preensão de cada mão.	EEER
Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung	Escala que permite avaliar ansiedade e depressão como o utente se sente na última semana.	EEESMP
<i>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</i>	Escala que permite avaliar a função cognitiva do utente, identificando possíveis déficits em áreas como memória, atenção, linguagem, orientação, habilidades visuoespaciais e funções executivas. O MoCA é uma ferramenta de triagem rápida e eficaz para identificar problemas cognitivos.	EEESMP



CAIDE <i>dementia risk score</i>	É uma ferramenta utilizada para avaliar o risco de uma pessoa desenvolver demência ao longo do tempo. Baseia-se em itens como idade, nível educacional, pressão arterial, índice de massa corporal (IMC), colesterol, atividade física, entre outros. A pontuação resultante ajuda a estimar a probabilidade de uma pessoa desenvolver demência.	EEESMP
Escala da qualidade de vida	Avalia o bem-estar geral do utente em diferentes áreas da sua vida, como saúde física, mental, social e emocional.	EEESMP

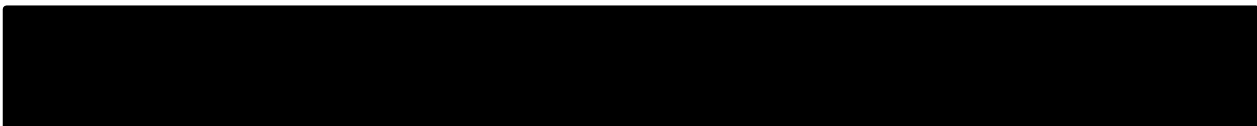
INDICADOR DA UCC

(...)

INDICADORES DE ATIVIDADE

INDICADOR	VALOR BASE	FONTE/OBS.
N.º de utentes com intervenção na UCC no âmbito do Programa [REDACTED]		ACSS
N.º de utentes que aderem ao Programa [REDACTED]		
N.º de sessões de grupo realizadas pela UCC no âmbito do Programa [REDACTED]		

INDICADORES DE AVALIAÇÃO



- Melhorar em 10% o desempenho na realização do teste MoCA;
- Aumentar a tolerância à atividade física a 50% das pessoas;
- Potenciar a força muscular em todos os utentes;
- Melhorar em 10% o score da Escala da qualidade de vida;
- Reduzir, em pelo menos, 30% dos utentes os sinais e sintomas de depressão;

AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES EM PROJECTO

A avaliação do grau de satisfação é efetuada através de questionário de satisfação a aplicar após o término das sessões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Défice Cognitivo Ligeiro - Associação Alzheimer Portugal. (n.d.).
<https://alzheimerportugal.org/defice-cognitivo-ligeiro/>

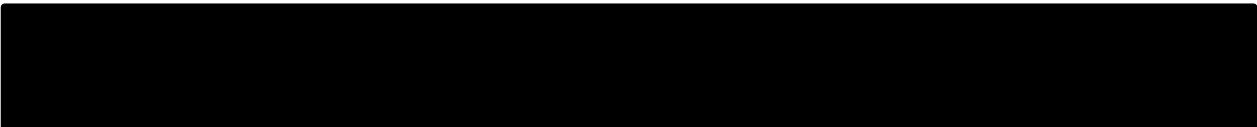
Prevalência da Demência - Associação Alzheimer Portugal. (n.d.).
<https://alzheimerportugal.org/prevalencia-da-demencia/>

Alzheimer Europe (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. ISBN 978-99959-995-9-9, Luxembourg, Alzheimer Europe

Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreamento e Diagnóstico do Déficit Cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240. <https://doi.org/10.20344/amp.6889>



ANEXOS





ANEXO I – Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung



Escala de auto-avaliação de Depressão (Zung, adapt) *


Por favor leia cada uma das seguintes afirmações e escolha, assinalando a respectiva coluna (✓), a opção que melhor descreve a forma como se tem sentido nos últimos dias

	Pouco tempo	Algum tempo	Boa parte do tempo	Maioria do tempo
1. Sinto-me desanimado(a), deprimido(a) e triste				
2. A manhã é o momento do dia em que me sinto melhor				
3. Tenho crises de choro, ou sinto vontade de chorar				
4. Tenho dificuldade em dormir descansado (a) durante a noite				
5. Continuo a alimentar-me da mesma forma como me alimentava no passado				
6. Ainda sinto prazer com o sexo				
7. Apercebi-me de que estou a perder peso				
8. Tenho prisão de ventre				
9. O meu coração está mais acelerado que o habitual				
10. Canso-me sem motivo aparente				
11. Sinto-me tão lúcido(a) como anteriormente				
12. Tenho tanta facilidade em fazer as coisas como anteriormente				
13. Sinto-me agitado(a) e não consigo ficar parado(a)				
14. Sinto-me optimista e esperançoso(a) em relação ao futuro				
15. Sinto-me mais irritável que o habitual				
16. Sinto facilidade em tomar decisões				
17. Sinto-me útil e necessário(a)				
18. Sinto ter uma vida bastante completa				
19. Sinto que os outros ficariam melhor se morresse				
20. Continuo a ter prazer nas coisas de que sempre gostei				

Consulte a grelha para cada uma das suas respostas, e some a pontuação obtida.

Afirmação	Pouco tempo	Algum tempo	Boa parte do tempo	Maioria do tempo
1	1	2	3	4
2	4	3	2	1
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	4	3	2	1
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4
10	1	2	3	4
11	4	3	2	1
12	4	3	2	1
13	1	2	3	4
14	4	3	2	1
15	1	2	3	4
16	4	3	2	1
17	4	3	2	1
18	4	3	2	1
19	1	2	3	4
20	4	3	2	1

* adaptado de : Zung WWK. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry. 1965;12:63-70.



Some os pontos obtidos e verifique o resultado relativo à sua **ansiedade**:



Entre 20 e 31 : baixa

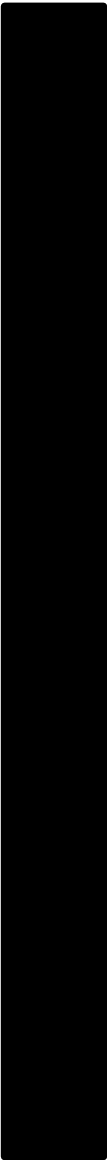
Entre 32 e 43 : média baixa

Entre 44 e 55 : média

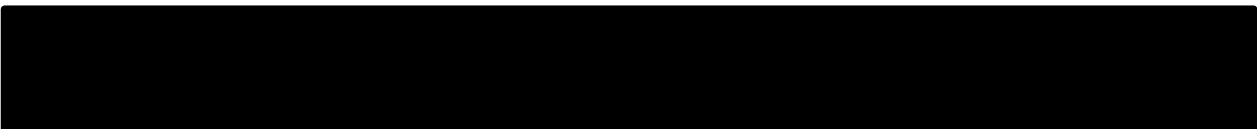
Entre 56 e 67 : média alta

Entre 68 e 80 : alta



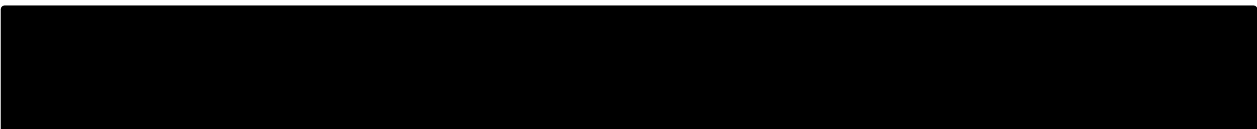


ANEXO II – Montreal Cognitive Assessment (MoCA)





ANEXO III – CAIDE dementia risk score



CAIDE dementia risk score
Avaliação na meia-idade do risco estimado de demência

Instruções: para cada uma das etapas da tabela 1 some os pontos que correspondem ao seu caso. Com o total obtido avalie o seu risco estimado de demência a 40 anos na tabela 2.

Tabela para calcular risco de demência – valores na meia-idade

Idade	anos	Pontos
	40-46	0
	47-53	3
	54-55	4
Escolaridade	anos	
	0-6	3
	4-9	2
	>= 9	0
Gênero		
	Homens	1
	Mulheres	0
Colesterol (mg/dl)		
	<251	0
	>=251	2
IMC (kg/m²)		
	<30	0
	>=30	2
Tensão arterial sistólica (mmHg)		
	< 140	0
	> 140	2
Total de pontos		

Exalto L et al. Alzheimer's & Dementia 2014;10:562-570

Tabela 2 - % Risco estimado de demência (a 40 anos)

Total de pontos	% Risco estimado de demência (a 40 anos)
0-1	10
2	11
3	15
4	17
5	20
6	21
7	25
8-14	29

Exalto L et al. Alzheimer's & Dementia 2014;10:562-570



ANEXO IV – Escala da qualidade de vida



Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de acetar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

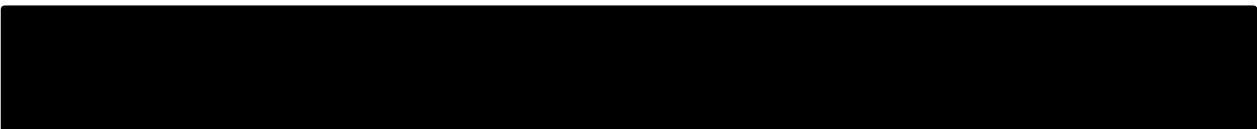
As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			



ANEXO V – Short Physical Performance Battery- SPPB



Short Physical Performance Battery (SPPB)

Código do Utente: _____ Data: _____

1. Teste do equilíbrio

1. O calcanhar de um pé colocado ao lado do dedo grande do outro pé _____
2. Pés lado a lado _____
3. Um pé à frente do outro _____

Pontuação ordinal para o equilíbrio: _____

Score do teste de equilíbrio em pontos:

- 0 = lado a lado 0-9 seg ou não realiza.
1 = lado a lado 10, <10 seg com a parte lateral de um calcanhar a tocar nos dedo grande do outro pé.
2 = parte lateral de um calcanhar a tocar nos dedo grande do outro pé 10 seg, um pé à frente do outro 0-2 seg.
3 = parte lateral de um calcanhar a tocar nos dedo grande do outro 10 sec, um pé à frente do outro 3-9 seg.
4 = um pé à frente do outro 10 seg.

2. Levantar e sentar de uma cadeira

Tempo: _____ seg. (se completou as 5 vezes)

Se não completou o teste referir o número de levantes completos: 1 2 3 4 5

Pontuação ordinal do teste de levantar e sentar: _____

Score do teste de levantar e sentar da cadeira em pontos:

- 0 = não realiza. 1 = > 16.70 seg. 2 = 13.70- 16.69seg. 3 = 11.20-13.69seg. 4 = < 11.19 seg.

3. Marcha (3 metros)

1. Completou o teste (tempo) - _____ seg.
2. Não completou - _____

Utilizou ajuda técnica: Não

Sim Indique qual _____

Pontuação ordinal para a marcha: _____

Score da marcha em pontos:

0 = não faz. 1 = >6.52 seg. 2 = 4.66 -6.52 seg. 3 = 3.62-4.65 seg. 4 = <3.62 seg.

Opções de resposta, caso o participante não consiga realizar algum dos testes:

- (1) Tentou mas não conseguiu
- (2) Não conseguiu manter a posição durante 10s sem assistência
- (3) Você não tentou porque não achou seguro
- (4) O participante não tentou, sentiu-se inseguro
- (5) O participante não compreendeu as instruções
- (6) Outro
- (7) Participante recusou

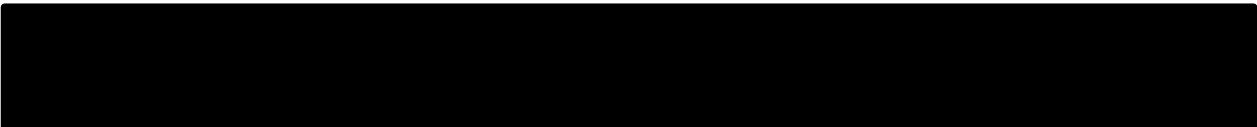
Pontuação ordinal final do SPPB: _____

Score Total da SPPB em pontos:

0 – 5 Pontos (pior performance) 6-9 Pontos (razoável performance) 10 - 12 Pontos (melhor performance)



ANEXO VI – Escala de Barthel



1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0

TOTAL	
-------	--

Escala de Barthel – Instruções

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de "0" em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então "incontinente" *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como " continente".

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = "independente" se sem supervisão/sem auxílio*.

*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Contigente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Contigente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

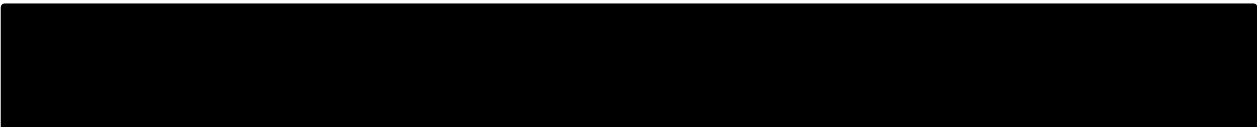
Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)



ANEXO VII – Prova de 6 minutos de marcha



Prova de Marcha de 6 minutos

Instruções padronizadas:

O objetivo deste teste é que caminhe a maior distância possível durante seis minutos. Irá caminhar ao longo do corredor entre as marcas o maior número de vezes que conseguir em seis minutos. Não deve falar durante o teste, exceto caso sinta algo fora do normal e que deve comunicar. Irei informá-lo(a) a cada minuto alcançado e aos seis minutos dir-lhe-ei que pare onde se encontra. Seis minutos é bastante tempo de marcha, portanto irá esforçar-se durante o teste. Pode desacelerar, parar e descansar se necessário, mas retome a marcha assim que se sentir capaz. Lembre-se que o objetivo é que caminhe a maior distância possível durante os seis minutos, mas sem correr. Tem alguma questão?

Guião padronizado durante o teste:

1:00 "Está a ir bem. Tem mais cinco minutos para andar"

2:00 "Continue o bom trabalho. Tem mais quatro minutos para andar"

3:00 "Está a ir muito bem. Está a meio da prova"

4:00 "Continue o bom trabalho. Tem mais dois minutos para andar"

5:00 "Está a ir bem. Tem mais um minuto para andar"

6:00 "Por favor pare onde está"

Informações importantes a registar:

- Distância total percorrida
- Data, local e hora
- Peso, altura e índice de massa corporal
- Avaliações pré-teste, pós-teste e pós-recuperação: frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio, pressão arterial e sensações subjetivas de dispneia, fadiga muscular e angor (escala de Borg)
- Pausas: número, distância, duração, razão de paragem, saturações periféricas pré e pós
- Oxigenoterapia: débito, interface, fonte de O₂, forma de transporte
- Auxiliar de marcha
- Outras observações pertinentes
- O aumento de pelo menos 30 metros representa a diferença mínima clinicamente significativa de benefício físico após um PRR.

Registo da Prova de Marcha dos 6 minutos

	Teste 1		Teste 2	
	Início	Fim	Início	Fim
Dispneia (EBM)				
Fadiga muscular (EBM)				
Frequência cardíaca (bpm)				
SpO ₂ (%)				
Frequência respiratória (cpm)				
Pressão arterial (mmHg)	___/___	___/___	___/___	___/___
Distância percorrida (m)	_____		_____	

EBM – Escala de Borg Modificada

Corredor do teste _____ (m) Frequência cardíaca máx (bpm) _____ SpO₂ mín (%): _____

Parou ou descansou durante a prova? Não [] Sim []

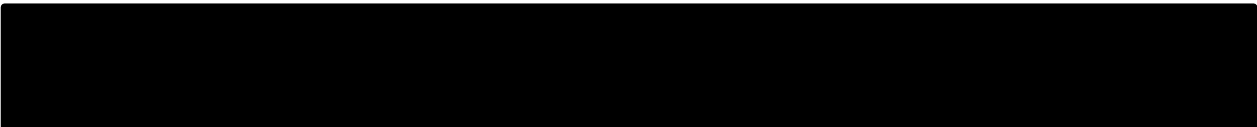
Se sim, qual o motivo _____; N° de vezes _____; Tempo de paragem _____

Observações: _____

ATS Statement: Guidelines for the Six-Minute Walk Test. Am J Respir Crit Care Med 2002;166:111-117.



ANEXO VIII – Teste de sentar e levantar em 1 minuto (TSL1)



Teste de sentar e levantar em 1 minuto

O teste de sentar e levantar em 1 minuto providencia uma medida da força dos membros inferiores. Esta medida está diretamente relacionada com a capacidade para realizar as atividades básicas do dia-a-dia.

I – Procedimentos Gerais

a) Frequência

- No início e no final do PRR.

b) Preparação da Prova

- O avaliador deve explicar e exemplificar todos os procedimentos inerentes à realização do teste e garantir que o doente não tem dúvidas;
- O doente deve ter a possibilidade de se familiarizar com o exercício ou exercícios em que vai ser testado;
- O avaliador deve garantir que não há contra-indicações à realização do teste, tais como:
 - Febre ou doença sistémica aguda;
 - Dor no peito ou angina instável;
 - Em repouso PA sistólica > 180 mmHg e/ou diastólica > 90 mmHg;
 - Em repouso PA sistólica < 90 mmHg e/ou diastólica < 60 mmHg;
 - Em repouso frequência cardíaca < 50 bpm ou > 100 bpm;
 - Agravamento dos sintomas de dispneia/falta de ar, palpitações, dor no peito ou tontura;
 - Alterações do foro ortopédico que contraindiquem a aplicação do teste.

c) Equipamento

- Cadeira com apoio de costas e assento com cerca de 46 cm, sem apoio de braços
- Cronómetro
- Esfigmomanómetro
- Oxímetro
- Escala de Borg modificada

d) Orientações específicas para o teste de sentar e levantar em 1 minuto

- Caso o(a) doente reúna condições para realizar a prova, deve ser feito no início e no final o registo da frequência cardíaca, saturação de oxigénio, pressão arterial, fadiga dos membros inferiores e sensação de dispneia (Borg);
- Durante o teste deve ser monitorizada a frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigénio;

avaliador conta as elevações corretas. Podem ser realizadas chamadas de atenção verbais (ou gestuais) para corrigir um desempenho deficiente.

Instruções ao participante:

1. Sente-se no meio da cadeira;
2. Os braços devem estar dispostos ao longo do corpo ou apoiados nas coxas;
3. Mantenha os pés bem assentes no chão;
4. Mantenha as costas direitas;
5. Ao meu sinal, levante-se até à posição de pé e depois sente-se novamente;
6. Repita estes movimentos, tão rápido quanto possível, durante um minuto.

Prática/ ensaio:

Após uma demonstração realizada pelo avaliador, um dos dois ensaios pode ser efetuado pelo participante visando uma execução correta. De imediato segue-se a aplicação do teste.

Segurança:

- Garantir que a cadeira não desliza para trás posicionando-a contra uma parede;
- Se um indivíduo não conseguir levantar-se da cadeira nem uma vez, deixe que este faça apoio nas coxas, no assento da cadeira ou numa cadeira com apoio de braços;
- A pontuação neste caso será zero, mas regista-se o número de vezes que o doente realiza o movimento como um teste adaptado. Devem ser registadas as adaptações realizadas;
- O examinador deve estar preparado para segurar o doente, caso este sinta perda de equilíbrio;
- Durante o decorrer do teste, o participante pode parar para descansar se sentir necessidade. O tempo continua a decorrer.

Resultados:

A pontuação obtida pelo número total de execuções corretas num intervalo de 1 minuto. Se o participante estiver a meio da elevação no final do minuto, esta deve contar como uma elevação.

Estes resultados representam a normalidade da pontuação (exemplo: entre os percentis 25% e 75% da população em geral). O aumento de pelo menos 3 agachamentos representa a diferença mínima clinicamente significativa de benefício físico após um PRR.

FOLHA DE REGISTO

TESTE DE SENTAR E LEVANTAR EM 1 MINUTO

Nome: _____

Idade: _____

Data: _____

Hora: _____

Medicação: _____

Tempo decorrido desde a última dose de broncodilatador: _____

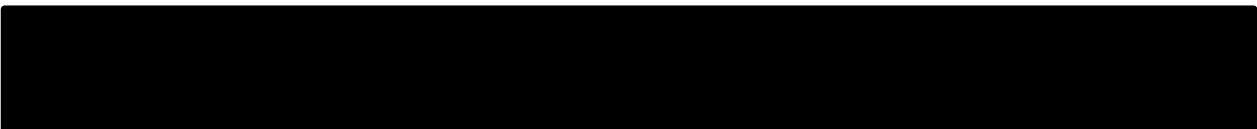
	Levantar e sentar de uma cadeira
Nº de repetições	

Strassmann A, et al. Int J Public Health 2013;58(6):949-53.

Vaidya T, et al. Int J COPD 2016(11):2609-2616.



ANEXO IX – Escala de Equilibrio de Berg



Escala de Equilíbrio de Berg

DESCRIÇÃO DOS ITENS	Pontuação (0-4)
1. Sentado para em pé	_____
2. Em pé sem apoio	_____
3. Sentado sem apoio	_____
4. Em pé para sentado	_____
5. Transferências	_____
6. Em pé com os olhos fechados	_____
7. Em pé com os pés juntos	_____
8. Reclinar à frente com os braços estendidos	_____
9. Apanhar objeto do chão	_____
10. Virando-se para olhar para trás	_____
11. Girando 360 graus	_____
12. Colocar os pés alternadamente sobre um banco	_____
13. Em pé com um pé em frente ao outro	_____
14. Em pé apoiado em um dos pés	_____
TOTAL	_____

INSTRUÇÕES GERAIS

- Demonstre cada tarefa e/ou instrua o sujeito da maneira em que está escrito abaixo. Quando reportar a pontuação, registre a categoria da resposta de menor pontuação relacionada a cada item.
- Na maioria dos itens pede-se ao sujeito manter uma dada posição por um tempo determinado. Progressivamente mais pontos são subtraídos caso o tempo ou a distância não sejam atingidos, caso o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa, ou se o sujeito apóia-se num suporte externo ou recebe ajuda do examinador.
- É importante que se torne claro aos sujeitos que estes devem manter seus equilíbrios enquanto tentam executar a tarefa. A escolha de qual perna permanecerá como apoio e o alcance dos movimentos fica a cargo dos sujeitos. Julgamentos inadequados irão influenciar negativamente na performance e na pontuação.
- Os equipamentos necessários são um cronômetro (ou relógio comum com ponteiro dos segundos) e uma régua ou outro medidor de distância com fundos de escala de 5, 12,5 e 25cm. As cadeiras utilizadas durante os testes devem ser de altura razoável. Um degrau ou um banco (da altura de um degrau) pode ser utilizado para o item #12.

1. SENTADO PARA EM PÉ

- INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente
- 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
- 2 capaz de permanecer em pé usando as mão após várias tentativas
- 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
- 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

2. EM PÉ SEM APOIO

- INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
- 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
- 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
- 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência

- Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. Siga diretamente para o item #4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

- INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
- 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
- 2 capaz de sentar durante 30 segundos
- 1 capaz de sentar durante 10 segundos
- 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

4. EM PÉ PARA SENTADO

- INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- 4 senta com segurança com o mínimo uso das mão
- 3 controla descida utilizando as mãos
- 2 apóia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- 1 senta independentemente mas apresenta descida descontrolada
- 0 necessita de ajuda para sentar

5. TRANSFERÊNCIAS

- INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama)

- () 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente
- () 2 capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão
- () 1 necessidade de assistência de uma pessoa
- () 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

- INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- () 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 3 segundos
- () 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé
- () 0 necessidade de ajuda para evitar queda

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

- INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- () 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto
- () 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos
- () 1 necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos
- () 0 necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

- INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)

- () 4 capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)
- () 3 capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)
- () 2 capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)
- () 1 capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão
- () 0 perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo

9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

- INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- 4 capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
- 3 capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão
- 2 incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente
- 1 incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta
- 0 incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

- INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada
- 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso
- 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio
- 1 necessita de supervisão ao virar
- 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

11. VIRAR EM 360 GRAUS

- INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos
- 2 capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente
- 1 necessita de supervisão ou orientação verbal
- 0 necessita de assistência enquanto vira

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

- INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos
- 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão
- 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência
- 0 necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar

13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

- INSTRUÇÕES: (DEMONSTRAR PARA O SUJEITO - Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

- 4 capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos
- 3 capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30 segundos
- 2 capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos
- 1 necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos
- 0 perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé

14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

- INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar

- 4 capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos
- 3 capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos
- 2 capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais
- 1 tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente
- 0 incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda

PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)



ANEXO X – Escala Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (MRC)



Questionário de Dispneia

(*modified MRC Dyspnea Questionnaire*)

Data ___ / ___ / ___

Assinale com uma cruz (assim ☒), o quadrado correspondente à afirmação que melhor descreve a sua sensação de falta de ar.

GRAU 0

Sem problemas de falta de ar exceto em caso de exercício intenso.

"Só sinto falta de ar em caso de exercício físico intenso".

GRAU 1

Falta de fôlego em caso de pressa ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado.

"Fico com falta de ar ao apressar-me ou ao percorrer um piso ligeiramente inclinado".

GRAU 2

Andar mais devagar que as restantes pessoas devido a falta de fôlego, ou necessidade de parar para respirar quando anda no seu passo normal.

"Eu ando mais devagar que as restantes pessoas devido à falta de ar, ou tenho de parar para respirar quando ando no meu passo normal".

GRAU 3

Paragens para respirar de 100 em 100 metros ou após andar alguns minutos seguidos.

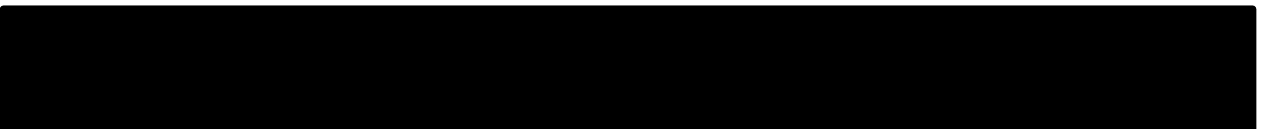
"Eu paro para respirar depois de andar 100 metros ou passados alguns minutos".

GRAU 4

Demasiado cansado/a ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir.

"Estou sem fôlego para sair de casa"

*Bestall JC, et al. Thorax 1999;54(7):581-6.
Celli BR, et al. N Engl J Med 2004;350(10):1005-1012.*




Anexo XV

Formação em serviço: Pedopsiquiatria

Planeamento da Formação			
<u>Clientes:</u>	Enfermeiros do serviço de pedopsiquiatria.		
<u>Profissional de saúde:</u>	Enf ^ª Beatriz Santos- formadora; (Aluna do Mestrado de ESMP) Enfermeira Orientadora;		
<u>Data:</u>	20/11/2025		
<u>Hora:</u>	14:00h		
<u>Duração</u>	45-60 minutos		
<u>Local:</u>	Sala de reuniões		
<u>Objetivos gerais:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar conhecimento sobre a CPCJ. 		
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar a importância da temática; • Clarificar o conceito de CPCJ; • Clarificar o funcionamento da CPCJ; • Clarificar o modo de atuação da CPCJ. 		
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Projetor; • Computador. 		
Formação CPCJ			
<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação dos intervenientes; 	Expositivo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar em que consiste a formação; • Informar sobre os objetivos da sessão; • Realizar a formação com base no <i>Powerpoint</i> desenvolvido. 	Expositivo Participativo Ativo	30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas; • Pedir o feedback do decurso da formação; • Cumprimentos finais; 	Interrogativo Participativo	5-10 minutos

A Criança/Jovem em Perigo:
Comissão de Proteção de
Crianças e Jovens (CPCJ)




Elaborado por: En^h Beatriz Santos (estudante MESMP)

Orientadora do Estágio: [REDACTED]

20 de Novembro de 2024

1

Estatísticas da APAV
(Relatório Anual de 2022)



Vítimas: Crianças e Jovens

- Sexo: Feminino (60,1%)
- Média de idades: 10 anos
- Grau de ensino: 1º ciclo (14,1%)
- Relação com o autor/a do crime e outras formas de violência: filho/a (31,6%)

2.595 por ano
50 por semana
7 por dia

Crimes sexuais mais praticados contra crianças e jovens

- Conteúdo de abuso sexual (611)
- Abuso sexual (390)
- Violação de menores (63)
- Importunação sexual (58)
- Aliciamento (58)
- Pornografia (52)
- ...

2

Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)







“(…) instituições oficiais não judiciais com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.”

(art.º 12.º, n.º 1 da Lei n.º 147/99)



3

Princípios orientadores

-  **Interesse superior da criança** – a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem;
-  **Privacidade** – a promoção dos direitos da criança e do jovem deve ser efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada;
-  **Intervenção precoce** – a intervenção deve ser efetuada logo que a situação de perigo seja conhecida;
-  **Intervenção mínima** – a intervenção deve ser desenvolvida exclusivamente pelas entidades e instituições, cuja ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo;
-  **Proporcionalidade e atualidade** – a intervenção deve ser a necessária e ajustada à situação de perigo e só pode interferir na sua vida e na vida da sua família na medida em que for estritamente necessário a essa finalidade;
-  **Responsabilidade parental** – a intervenção deve ser efetuada de modo a que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o jovem;

4

Princípios orientadores

- 🌈 **Primado da continuidade das relações psicológicas profundas** – a intervenção deve respeitar o direito da criança à preservação das relações afetivas estruturantes de grande significado e de referência para o seu saudável desenvolvimento.
- 🌈 **Prevalência da família** – na promoção dos direitos e na proteção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem na sua família ou que promovam a adoção;
- 🌈 **Obrigatoriedade da informação** – a criança e o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;
- 🌈 **Audição obrigatória e participação** – a criança e o jovem, bem como os pais, têm direito a ser ouvidos e a participar nos atos e na definição da medida de promoção dos direitos e proteção;
- 🌈 **Subsidiariedade** – a intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.

5

Modalidades: Comissão Alargada e Comissão Restrita

As CPCJ funcionam na modalidade de **Comissão Restrita** e na modalidade de **Comissão Alargada**.

- 🌈 À Comissão Restrita compete intervir nas situações em que uma criança ou jovem está em perigo (art.º 21.º, n.º 1 da LPCJP).
- 🌈 À Comissão Alargada compete desenvolver ações de promoção dos direitos e de prevenção das situações de perigo para a criança e jovem (art.º 18.º, n.º 1 da LPCJP).



6

Constituição – Comissão Alargada

- Um representante do Município;
- Um representante da Segurança Social;
- Um representante do Ministério da Educação;
- Um representante do Ministério da Saúde;
- Um representante das Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- Um representante do Organismo Público Competente em Matéria de Emprego e Formação Profissional;
- Um representante das Associações de Pais;
- Um representante das associações ou outras organizações privadas que desenvolvam atividades desportivas, culturais ou recreativas destinadas a crianças e jovens;
- Um representante das Associações de Jovens ou um representante dos Serviços de Juventude;
- Um representante de cada força de segurança, presente na área de competência territorial da comissão de proteção;
- Quatro cidadãos eleitores, designados pela assembleia municipal;
- Os técnicos que venham a ser cooptados pela comissão, com formação, designadamente, em serviço social, psicologia, saúde ou direito, ou cidadãos com especial interesse pelos problemas da infância e juventude.

7

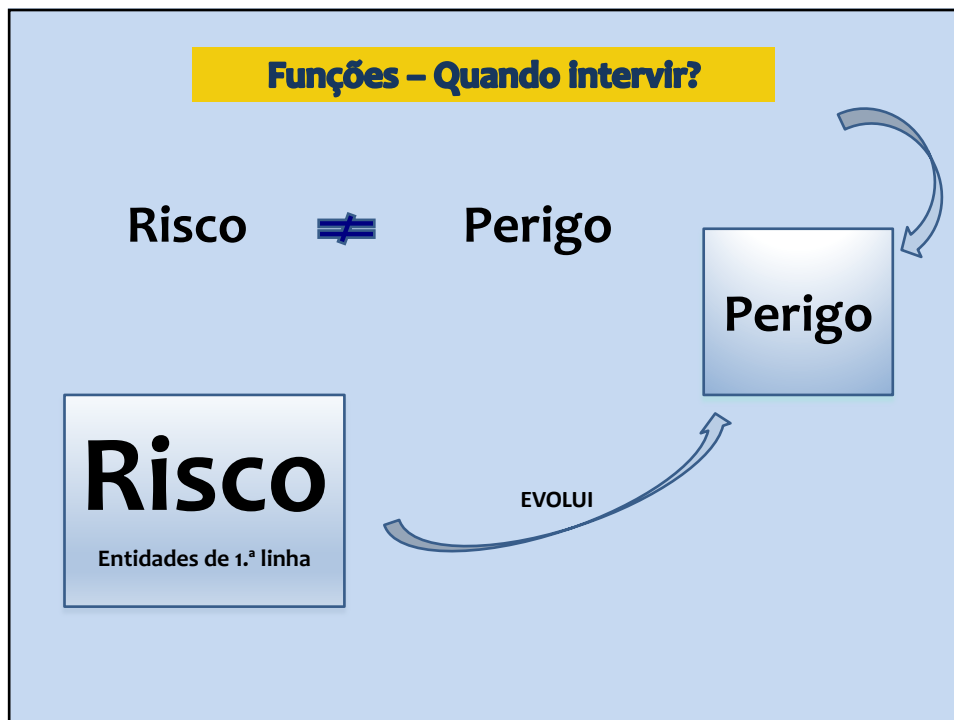
Constituição – Comissão Restrita

É composta sempre por um número ímpar, nunca inferior a cinco dos membros que integram a comissão alargada.

Os membros devem ser escolhidos de forma a que esta tenha uma composição interdisciplinar e interinstitucional, incluindo, sempre que possível, pessoas com formação nas áreas de serviço social, psicologia, direito, educação e saúde.



8





9

Intervenção em situação de perigo





A criança está em perigo quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo (art.º 3.º, n.º 1 da LPCJP).

Considera-se que a criança ou jovem está em perigo quando se encontra numa das seguintes situações (art.º 3.º, n.º 2 da LPCJP):

-  Está abandonada ou vive entregue a si própria;
-  Sofre maus-tratos físicos, psicológicos ou emocionais ou é vítima de abusos sexuais;

10

PROBLEMÁTICAS A SINALIZAR

-  Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal (*Negligência*);
-  É obrigada a atividade ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
-  Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional (*Exposição a Violência Doméstica*);
-  Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se oponham de modo adequado a remover essa situação (*Indisciplina, agressão física ou verbal, absentismo e/ou abandono escolar...*).

11

Legitimidade para a intervenção

A intervenção das CPCJ depende do consentimento expresso dos pais (sempre dos dois, exceto se um estiver inibido do exercício das responsabilidades parentais), representante legal ou detentor da guarda de facto, consoante o caso.

Depende, ainda, da não oposição da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos.

Na falta de consentimento ou havendo oposição à intervenção da CPCJ, o processo de Promoção e Proteção é remetido aos Serviços do Ministério Público do Tribunal de Família e Menores, após ter sido acautelada a situação de perigo.



12

Como é feita a intervenção?

Após receção de sinalização, a CPCJ procede à abertura de processo, que fica em análise preliminar. Em reunião da Comissão Restrita, é instaurado o processo e inicia-se a avaliação diagnóstica, a qual pode manter-se durante 6 meses, caso a criança não esteja em perigo iminente.





Feita a avaliação diagnóstica, durante ou no final dos 6 meses de intervenção junto da família e entidades envolvidas ou a envolver, verificando-se ainda uma situação de perigo, a CPCJ aplica uma medida de Promoção e Proteção (art.º 35.º, n.º 1 da LPCJP).







13

Quem deve sinalizar?

A CPCJ intervém a partir de denúncias/sinalizações efetuadas por:

-  Telefone;
-  Presencialmente;
-  Correio eletrónico;
-  Correio.

Podem ser efetuadas por:

-  Sociedade;
-  Diversas instituições existentes (GNR, PSP, escolas, ATL, Jardins de infância, IPSS, Hospitais, Centros de Saúde...);
-  Elementos da família;
-  A própria criança e/ou jovem.

14

Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2011). Manual crianças e jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir.
https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/Manual_Crianças_Jovens_PT.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2022). Estatísticas APAV: Relatório Anual 2022.
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas-APAV_Relatorio-anual-2022.pdf
- Direção Geral da Saúde (2008). Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco.
<https://www.dgs.pt/pns-e-programas/saude-e-prevencao-da-violencia/acao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco.aspx>
- Lei n.º 147/99 (1999). Diário da República n.º 204/199, Série I-A (1999-09-01): 6115 – 6132.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/147-1999-581619>



Anexo XVI

Formação em serviço: UCC

Planeamento da Formação			
<u>Clientes:</u>	EESMP da UCC.		
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos- formadora; (Aluna do Mestrado de ESMP)		
<u>Data:</u>	12/02/2025		
<u>Hora:</u>	18:00h		
<u>Duração</u>	45-60 minutos		
<u>Local:</u>	Sala da equipa de Saúde Mental		
<u>Objetivos gerais:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar conhecimento sobre ferramentas online para a realização de exercícios de estimulação cognitiva. 		
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar plataformas online; • Clarificar o funcionamento das plataformas; • Comparar as funcionalidades das plataformas. 		
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras e mesa; • Computador. 		
Formação Plataformas Online			
<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação dos intervenientes; 	Expositivo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar em que consiste a sessão; • Informar sobre os objetivos da sessão; • Realizar a formação sobre plataformas online: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Wordwall; Kahoot!; Quizizz; Canva e Educaplay.</i> 	Expositivo Participativo Ativo	30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas; • Pedir o feedback do decurso da formação; • Cumprimentos finais; 	Interrogativo Participativo	5-10 minutos

Anexo XVII

Reflexão sobre as reações e comportamentos adotados nos diferentes contextos de estágio

De forma a desenvolver a competência específica de EESMP *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”* (OE, p. 21428, 2018) que se define pela capacidade de autoconhecimento e de crescimento pessoal, através da experiência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, desempenha um papel fundamental na prática de enfermagem em saúde mental e influencia diretamente a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica e implementar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, impactando assim os resultados obtidos (OE,2018), foi definido como objetivo no início desta unidade curricular, no Projeto de Desenvolvimento de Competências, a realização de uma reflexão sobre as reações e comportamentos adotados durante as entrevistas clínicas e a implementação de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais nos diferentes contextos de estágio.

Assim, para dar resposta a este objetivo, foi fundamental adotar uma postura reflexiva e autocrítica ao longo das intervenções realizadas, analisando as emoções, pensamentos e comportamentos adotados. Este processo permitiu identificar fragilidades e potencialidades na minha prática, contribuindo para o aperfeiçoamento das competências relacionais e terapêuticas.

Através da supervisão clínica e do feedback recebido pelos orientadores de estágio, foi possível aprofundar a compreensão das dinâmicas emocionais presentes na relação terapêutica e desenvolver estratégias para uma comunicação mais eficaz. A aplicação da Técnica de relaxamento, reestruturação cognitiva e escuta ativa em diferentes contextos, como o internamento de pedopsiquiatria e o contexto comunitário em UCC, permitiu-me consolidar o conhecimento teórico e prático, enquanto favoreceu o crescimento pessoal e profissional enquanto futura EEESMP.

Considero que o estágio no internamento de pedopsiquiatria teve um papel fundamental no meu crescimento como profissional, permitiu perceber de que forma a minha comunicação e comportamento necessitava de ser alterada consoante a fase de vida dos utentes.

Foi crucial, nesse contexto, estar atenta às minhas reações e comportamentos porque para além de as adolescentes internadas estarem numa fase de vida muito importante para o seu crescimento, o facto de eu estar inserida numa faixa etária mais parecida com a delas comparativamente com os enfermeiros do serviço havia a possibilidade de me verem como uma amiga e não como enfermeira, ou se me comportasse de forma mais rígida, não ser possível estabelecer uma relação de confiança. Ao longo das intervenções psicoterapêuticas e das atividades de promoção de SM+, foi necessário utilizar a empatia e a assertividade concomitantemente, de forma a ser possível estabelecer uma relação terapêutica.

Assim, reconheço que foi possível desenvolver a capacidade de conhecimento e consciência de si e que consegui adotar uma comunicação e comportamento eficazes na criação de relações de confiança, pelo feedback da enfermeira orientadora e das utentes com quem tive contacto.

Durante o estágio em contexto comunitário, na UCC, foi importante no desenvolvimento da capacidade de adaptação do comportamento à pessoa. Considero que uma das minhas lacunas em relação às técnicas de comunicação era a confrontação, sempre me senti mais confortável com demonstração de empatia.

A utente para a qual foi realizado o plano de cuidados e consequentemente a técnica de reestruturação cognitiva, beneficiou da utilização de confrontação várias vezes durante as sessões, que consegui melhorar ao longo do tempo com a ajuda da minha orientadora. Com esta utente foi necessário adotar uma postura mais rígida, a qual não estou habituada, foi possível assim treinar estes comportamentos de forma a tornar-me uma melhor profissional, nomeadamente futura EEESMP.

Para além disso, este contexto permitiu-me desenvolver a capacidade de planear e realizar atividades promotoras de SM+ com um grupo de uma faixa etária muito diferente à qual estou habituada. Por isso, o meu comportamento e reações tiveram de ser alteradas para ir de encontro às preferências e às particulares de um grupo formado por idosos.

Desta forma, considero que, ao longo desta unidade curricular, foi possível alcançar o objetivo definido no Projeto de Desenvolvimento de Competências, através da reflexão contínua sobre as minhas reações e comportamentos durante as entrevistas clínicas e intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais. A experiência adquirida

nos diferentes contextos de estágio, tanto em internamento de pedopsiquiatria como em contexto comunitário na UCC, permitiu-me desenvolver um maior autoconhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e futura EEESMP. A capacidade de adaptar a comunicação e o comportamento às necessidades e especificidades de cada utente, bem como a aplicação de técnicas como o relaxamento e a reestruturação cognitiva, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, reforçando a importância da empatia, da assertividade e da flexibilidade na prestação de cuidados em saúde mental.

Anexo XVIII

Avaliação Saúde Mental Positiva_Pedopsiquiatria

No decorrer do estágio no internamento de Pedopsiquiatria foi realizada uma avaliação da SM+ a quatro adolescente através do QSM+: R, com o objetivo de determinar que fator do Modelo Multifatorial de SM+ beneficiaria de uma intervenção promotora de saúde mental.

Após o tratamento dos dados recolhidos, através da identificação do desvio de cada fator entre o resultado obtido e o melhor resultado possível, foi possível concluir que:

- F1: Satisfação pessoal apresenta um desvio de 1,25;
- F2: Atitude Pró-Social apresenta um desvio de 0,67;
- F3: Autocontrolo apresenta um desvio de 1,17;
- F4: Autonomia apresenta um desvio de 1,67;
- F5: Resolução de Problemas e Realização pessoal apresenta um desvio de 0,42;
- F6: Habilidades de Relação Interpessoal apresenta um desvio de 1,06.

Assim, podemos concluir que os fatores que apresentam maiores desvios em relação ao melhor resultado possível são a Autonomia (1,67) e a Satisfação Pessoal (1,25), seguidos do Autocontrolo (1,17) e das Habilidades de Relação Interpessoal (1,06). Estes valores indicam que a área da Autonomia necessita de maior intervenção e desenvolvimento.

Tendo em conta estes dados foram desenvolvidas intervenções de enfermagem promotoras da Autonomia.

Anexo XIX

Avaliação Saúde Mental Positiva_UCC

Durante o estágio realizado na unidade de internamento da UCC, foi efetuada uma avaliação do QSM+:R a um grupo de idosos integrados no Projeto de Estimulação Cognitiva da UCC, com o objetivo de identificar qual o fator do Modelo Multifatorial de Saúde Mental (SM+) que beneficiaria de uma intervenção promotora de saúde mental. Importa salientar que todos os idosos avaliados apresentavam défice cognitivo ligeiro, previamente diagnosticado pela EEESMP da UCC. A aplicação do QSM+:R foi realizada apenas a alguns utentes, de acordo com a sua disponibilidade para se deslocarem à UCC no dia da avaliação.

Após o tratamento dos dados recolhidos, através da identificação do desvio de cada fator entre o resultado obtido e o melhor resultado possível, foi possível concluir que:

- F1: Satisfação pessoal apresenta um desvio de 0,73;
- F2: Atitude Pró-Social apresenta um desvio de 0,6;
- F3: Autocontrolo apresenta um desvio de 1,27;
- F4: Autonomia apresenta um desvio de 0,67;
- F5: Resolução de Problemas e Realização pessoal apresenta um desvio de 0,4;
- F6: Habilidades de Relação Interpessoal apresenta um desvio de 0,55.

Assim, podemos concluir que o fator que apresenta o maior desvio em relação ao melhor resultado possível é o F3: Autocontrolo, com um desvio de 1,27. Este resultado sugere que os idosos avaliados apresentam maiores dificuldades nesta dimensão do Modelo Multifatorial de SM+, indicando a necessidade de uma intervenção específica para promover o desenvolvimento do autocontrolo.

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) – Versão reduzida

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: ① ✓ ② ✓ ③ ✓ ④ ✓ ⑤ ✓ ⑥ ✓

1 - Sempre ou quase sempre, 2 - Na maioria das vezes, 3 - Algumas vezes, 4 - Raramente ou nunca.

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1	2	3	4
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam. ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança. ②	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas. ③	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim. ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Procuro melhorar como pessoa. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas. ⑥	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada. ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros. ②	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos. ③	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões. ④	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável. ⑥	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a). ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros. ②	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida. ③	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem. ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes. ⑥	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Idade : 85 anos

Data :

Idade: 63

11/12

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) – Versão reduzida

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: ① ✓ ② ✓ ③ ✓ ④ ✓ ⑤ ✓ ⑥ ✓

1 - Sempre ou quase sempre, 2 - Na maioria das vezes, 3 - Algumas vezes, 4 - Raramente ou nunca.

*

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

Se sempre na maioria das vezes raramente nunca

	1	2	3	4
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam. ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança. ②	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas. ③	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim. ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo melhorar como pessoa. ⑤	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas. ⑥	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada. ①	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros. ②	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos. ③	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes. ⑤	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável. ⑥	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a). ①	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros. ②	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida. ③	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem. ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis. ⑤	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes. ⑥	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

✓

Idade: 82A

11/12

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) – Versão reduzida

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: 1 ✓ 2 ✓ 3 ✓ 4 ✓ 5 ✓ 6 ✓

1 - Sempre ou quase sempre, 2 - Na maioria das vezes, 3 - Algumas vezes, 4 - Raramente ou nunca.

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1	2	3	4
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam. ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança. ②	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas. ③	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim. ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Procuo melhorar como pessoa. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas. ⑥	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada. ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros. ②	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos. ③	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável. ⑥	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a). ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros. ②	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida. ③	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem. ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes. ⑥	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

✓

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) – Versão reduzida

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: ① ✓ ② ✓ ③ ✓ ④ ✓ ⑤ ✓ ⑥ ✓

1 - Sempre ou quase sempre, 2 - Na maioria das vezes, 3 - Algumas vezes, 4 - Raramente ou nunca.

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1	2	3	4
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam. ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança. ②	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas. ③	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim. ④	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo melhorar como pessoa. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas. ⑥	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada. ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros. ②	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos. ③	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões. ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável. ⑥	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a). ①	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros. ②	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida. ③	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem. ④	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes. ⑥	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Idade = 70

11/12

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) – Versão reduzida

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: ① ✓ ② ✓ ③ ✓ ④ ✓ ⑤ ✓ ⑥ ✓

1 - Sempre ou quase sempre, 2 - Na maioria das vezes, 3 - Algumas vezes, 4 - Raramente ou nunca.

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	1	2	3	4
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam. ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança. ②	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas. ③	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim. ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Procuro melhorar como pessoa. ⑤	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas. ⑥	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada. ①	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros. ②	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos. ③	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável. ⑥	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a). ①	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros. ②	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida. ③	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem. ④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis. ⑤	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes. ⑥	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Anexo XX

Dinâmicas de Grupo: Intervenções promotoras do F4: Autonomia da Saúde Mental Positiva

Planeamento da Dinâmica de Grupo: O caminho da Autonomia			
<u>Cliente:</u>	Utentes do internamento de Pedopsiquiatria		
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos- Terapeuta; (Aluna do Mestrado de ESMP) Enfermeira tutora- Co-terapeuta;		
<u>Data:</u>	03/11/2024		
<u>Hora:</u>	11:30h		
<u>Duração</u>	45-60 minutos		
<u>Local:</u>	Sala de reuniões (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)		
<u>Objetivos gerais:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a Autonomia; • Promover a interação social; 		
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar o funcionamento das sessões; • Melhorar a autoconfiança; • Melhorar a autorregulação do próprio comportamento; • Promover a criação de padrões de comportamento. 		
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniões (mesa e cadeiras); • Jogo (Cartolina, dado, cartões de perguntas e desafios e peças de jogadores). 		
Sessão 1			
<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação dos intervenientes; 	Expositivo Interrogativo Participativo Ativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar em que consiste a dinâmica de grupo; • Informar sobre os objetivos da sessão; • Avaliar a motivação para a participação na dinâmica; • Realizar o Jogo: O caminho da Autonomia; • Dar reforço positivo. 		30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir o feedback do decurso da dinâmica; • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais; 		5-10 minutos

Jogo do Galo: A Caminho da Autonomia

Regras do jogo:

O jogador lança o dado, de acordo com o número que calhar no dado, este avança o número de casas correspondente.

Se calhar numa casa de perguntas, tem de tirar uma carta do bloco das perguntas e responder, se não quiser responder ou se responder “não sei” terá de retornar à sua casa original.

Se calhar numa casa de desafio tem de tirar uma carta do bloco dos desafios e fazer o que a carta pedir, se não quiser fazer terá de retornar à sua casa original.

As casas assinaladas como avança permitem ao jogador avançar duas casas, as casas assinaladas como retorno fazem o jogador retornar duas casas.

Materiais:

- Tabuleiro com 40 casas;
- Dado;
- Peças para cada um dos jogadores.

Tabuleiro composto por:

- Perguntas;
- Desafios;
- Casas de avanço;
- Casas de retorno.

Perguntas:

O fator autonomia inclui a capacidade de ter os seus próprios padrões, independência, autorregulação do próprio comportamento e um senso de segurança pessoal/autoconfiança.

1. O que é que fazias se um amigo estivesse a ser excluído do grupo?
2. O que é que fazias se um teste te tivesse corrido muito mal?
3. O que é que fazias se quisesses muito algo, mas não tivesses dinheiro para comprar?
4. O que significa ser um bom amigo?
5. Imagina que todos a tua volta deixavam de usar redes sociais, o que fazias, paravas ou usavas na mesma?
6. Qual é a importância de dizer que não?
7. Amanhã tens um teste e hoje o teu melhor amigo convida-te para irem fazer a tua atividade preferida, o que fazes?
8. Na escola ouves comentários negativos sobre ti mesma, o que fazes?
9. Tu e os teus amigos estão a planear uma saída, mas discordam sobre o que fazer, como lidas com isso?
10. O que fazias se não conseguisses entregar um trabalho a tempo?
11. Uma amiga tua está a precisar de ajuda, mas não quer pedir, o que fazes?
12. O que fazias se encontrasses alguém a sentir-se mal?
13. Se tivesses de escolher entre um caminho fácil que não vai ser desafiante ou um caminho difícil no qual podes aprender muito o que escolherias?
14. O que fazes quando alguém discorda da tua opinião?

15. O que é que é mais importante: seguir as regras ou fazer o que eu quero fazer?
 16. Que hábitos gostarias de mudar na tua vida e como achas que poderias fazer isso?
 17. O que sentes quando tomas uma boa decisão?
 18. Que decisão tomaste esta semana que te fez sentir bem?
 19. O que fazes quando sentes que estás a perder o controlo das tuas emoções? – Autocontrolo
- Se tivesses de escolher entre algo que querias muito ou algo que iria ser benéfico para ti a longo prazo o que escolherias?
20. Qual é o negativo que gostarias de tornar positivo?
 21. Existe algum comportamento que vês nas outras pessoas que gostarias de adotar?
 22. Quando é que te sentes mais autêntico e mais verdadeiro contigo mesmo?
 23. O que é que é mais importante: "estar certo" ou "manter um bom relacionamento"?

Desafios:

1. Fala sobre um momento muito importante para ti;
2. Descreve um conflito que te aconteceu e como o resolveste; (autoconfiança)
3. Enumera 3 coisas que te orgulhes de ter feito;
4. Enumera 3 qualidades tuas;
5. Escolhe um superpoder que gostarias de ter e fala sobre o que farias com ele;
6. Cria uma frase motivacional para te ajudar nos dias difíceis;
7. Dá um elogio a cada um dos jogadores;
8. Descreve o teu dia perfeito;
9. Recebe um elogio de cada um dos jogadores;
10. Escolhe uma situação que geralmente te causa ansiedade e diz como poderias geri-la;
11. Desenha algo que represente como te sentes hoje;
12. Faz uma apresentação curta sobre algo que gostes;
13. O que é que farias se ganhasses o Euromilhões? (
14. Tenta fazer os outros jogadores rir, sem falar.
15. Diz algo que tenhas receio de dizer;
16. Enumera 5 princípios que desejas seguir todos os dias;
17. Cria um lema pessoal que resuma os teus valores e guie as tuas decisões diárias;
18. Enumera 3 comportamentos que gostavas de evitar e explica o motivo;
19. Identifica uma situação onde tiveste dificuldade em ter um comportamento que consideras positivo e como podias melhorar;
20. Descreve um momento que te sentiste independente e como é que te sentiste?

A importância da atividade para a autonomia:

- Ao enfrentar perguntas e desafios, os jogadores são incentivados a pensar criticamente, refletir sobre as suas ações e escolher como agir em diferentes situações do cotidiano. Isso fortalece a capacidade de tomar decisões de forma independente;
- As perguntas abordam temas como emoções, resolução de conflitos e valores pessoais, ajudando os jogadores a conhecerem-se melhor e a desenvolverem a autoconfiança;
- Ao recusar responder a uma pergunta ou realizar um desafio, o jogador deve retornar à sua casa original. Esta regra reforça a ideia de que as escolhas têm consequências e incentiva a responsabilidade pessoal;
- Ao responder a questões sobre como lidar com situações desafiantes, como falhar num teste ou lidar com críticas, os jogadores aprendem a gerir emoções e a desenvolver o autocontrolo.

Planeamento da Dinâmica de Grupo: Construir a Torre da Autonomia			
<u>Cliente:</u>	Utentes do internamento de Pedopsiquiatria		
<u>Profissional de saúde:</u>	Enf ^a Beatriz Santos- Terapeuta; (Aluna do Mestrado de ESMP) Enfermeira tutora- Co-terapeuta;		
<u>Data:</u>	10/11/2024		
<u>Hora:</u>	11:30h		
<u>Duração</u>	45-60 minutos		
<u>Local:</u>	Sala de reuniões (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)		
<u>Objetivos gerais:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a Autonomia; • Promover a interação social; 		
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar o funcionamento das sessões; • Melhorar a autoconfiança; • Promover a autorregulação do comportamento; • Promover a tomada de decisão; • Promover a criação de padrões de comportamento. 		
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniões (mesa e cadeiras); • Jogo (caixa de depressores de língua, folha de papel, lápis, fita cola, cola em tubo e tesoura). 		
Sessão 1			
<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação dos intervenientes; 	Expositivo Interrogativo Participativo Ativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar em que consiste a dinâmica de grupo; • Informar sobre os objetivos da sessão; • Avaliar a motivação para a participação na dinâmica; • Realizar o Jogo: Construir a Torre da Autonomia; • Dar reforço positivo. 		30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir o feedback do decurso da dinâmica; • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais; 		5-10 minutos

Construir a Torre da Autonomia:

Material:

- Folhas de papel;
- Depressores de língua de madeira;
- Fita cola;
- Cola em tubo;
- Tesoura;
- Régua;
- Cartões com enigmas.

Jogo:

Os participantes são divididos em grupos de 2 pessoas, cada grupo começa com um número limitado de materiais (10 depressores de língua e um rolo de fita cola). O objetivo é construir a torre mais alta em 25 minutos. Para obterem mais materiais terão de responder a enigmas, por cada enigma resolvido as equipa recebem algum material à sua escolha e tempo extra.

Após os 25 minutos, cada equipa terá de apresentar como construiu a sua torre, explicando as estratégias usadas e os desafios enfrentados.

Quais foram os maiores desafios?

Como cada um contribuiu para a construção?

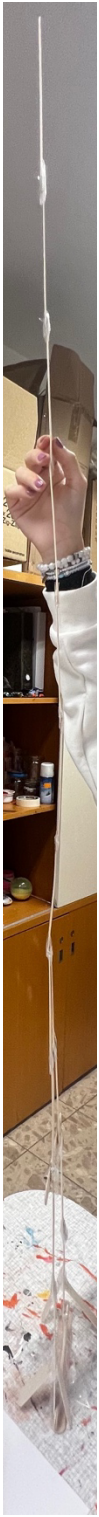
O que fariam de diferente na próxima vez?

Enigmas:

1. O que é que pode ser quebrado, mas nunca é segurado?
 - a. Uma promessa.
2. Eu sou leve como uma pena, mas mesmo a pessoa mais forte não me consegue segurara por muito tempo.
 - a. O fôlego
3. O que é que está sempre à frente, mas não se consegue ver?
 - a. O futuro.
4. O que é que está no meio do céu e no meio da terra, mas não na água?
 - a. A letra "E".

A importância da atividade para a autonomia:

- Durante a construção da torre, cada elemento da equipa terá de apresentar as suas ideias e participar na tomada de decisão, analisando as suas próprias capacidades;
- Os participantes necessitam de autorregular o seu comportamento, de forma a conseguir completar a atividade no tempo estabelecido;
- Ajuda a refletir sobre os padrões pessoais de trabalho e de resolução de problemas;
- Ajuda a desenvolver a independência da tomada de decisões e a autoconfiança na resolução de problemas e concretização de um objetivo.



Planeamento da Dinâmica de Grupo: Teatro: A Caminho da Autonomia			
<u>Cliente:</u>	Utentes do internamento de Pedopsiquiatria		
<u>Profissional de saúde:</u>	Enf ^a Beatriz Santos- Terapeuta; (Aluna do Mestrado de ESMP) Enfermeira tutora- Co-terapeuta;		
<u>Data:</u>	13/11/2024		
<u>Hora:</u>	18:00h		
<u>Duração</u>	45-60 minutos		
<u>Local:</u>	Sala de reuniões (Serviço de Internamento de Pedopsiquiatria)		
<u>Objetivos gerais:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a Autonomia; • Promover a interação social; 		
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar o funcionamento das sessões; • Melhorar a autoconfiança; • Promover a autorregulação do comportamento; • Promover a tomada de decisão; • Promover a criação de padrões de comportamento. 		
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniões (mesa e cadeiras); • Jogo (papéis com desafios). 		
Sessão 1			
<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação dos intervenientes; 	Expositivo Interrogativo Participativo Ativo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar em que consiste a dinâmica de grupo; • Informar sobre os objetivos da sessão; • Avaliar a motivação para a participação na dinâmica; • Realizar o Teatro: A Caminho da Autonomia • Dar reforço positivo. 		30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir o feedback do decurso da dinâmica; • Agradecer pela participação e dar por terminado o grupo; • Cumprimentos finais. 		5-10 minutos

Teatro: A Caminho da Autonomia:

Material:

- Papel e canetas;
- Cartões com situações para serem representadas.

Jogo:

Os participantes são divididos em grupos de 2 pessoas, a cada grupo é dado dois cartões, cada um com uma situação que terão de representar como sendo personagens que lidam com aquela situação e o que fariam.

Terão 5 minutos para preparar cada encenação e outros 5 minutos para realizar o teatro.

No final de cada apresentação, devem refletir sobre como se sentiram a encenar a situação; que decisões foram tomadas pelas personagens e porquê; o que aprenderam sobre as possíveis consequências das nossas escolhas e se aquelas situações se relacionam com as suas próprias experiências pessoais.

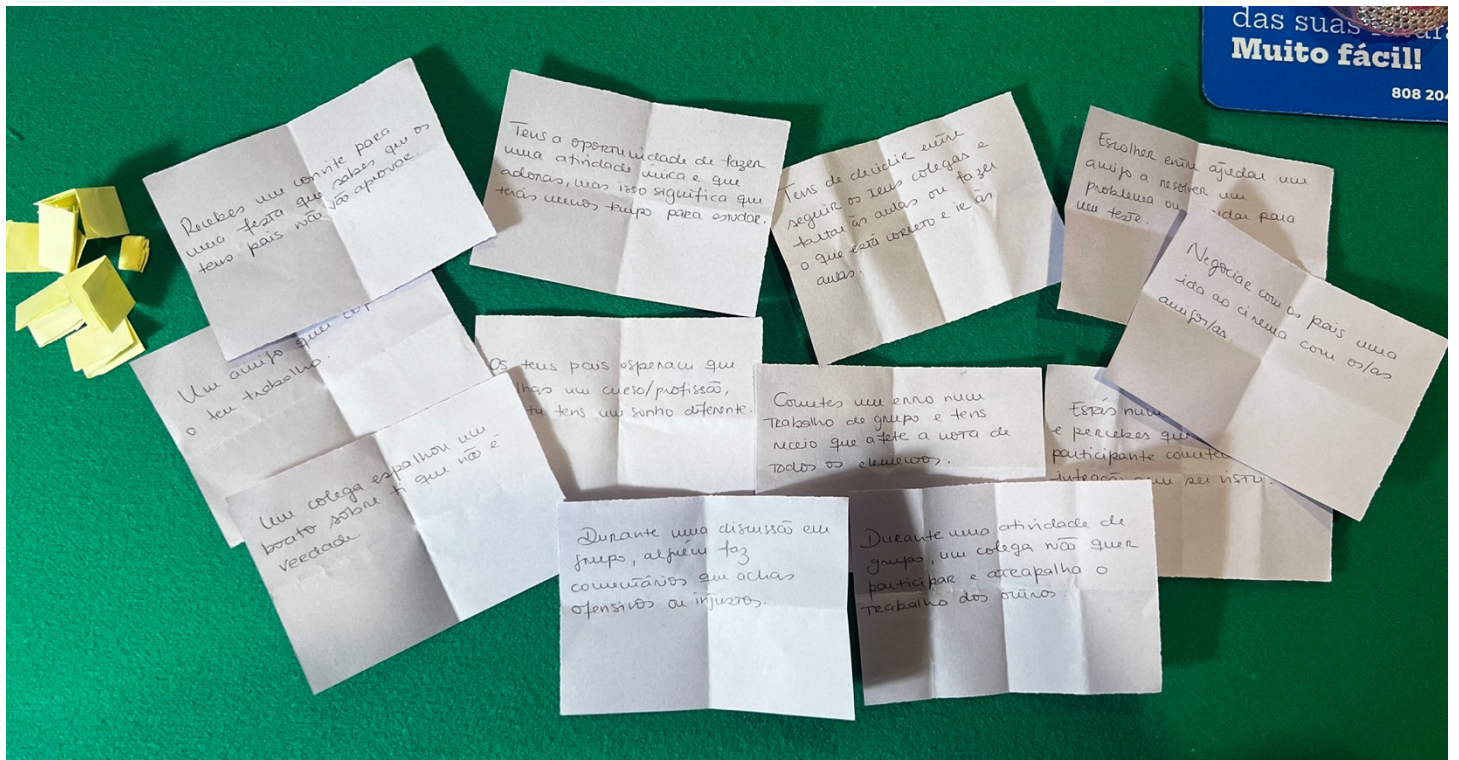
Situações:

- “Tens de decidir entre seguir os teus colegas e faltar às aulas ou fazer o que está correto e ir às aulas.”
- “Escolher entre ajudar um amigo a resolver um problema ou estudar para um teste.”
- “Negociar com os pais uma ida ao cinema com as amigas.”
- “Cometes um erro num trabalho de grupo e tens receio que afete a nota de todos os elementos.” (Vais falar com os colegas sobre o teu erro, ou tentar resolver sozinha sem que os outros não saibam?)
- “Durante uma discussão em grupo, alguém faz comentários que achas ofensivos ou injustos.”
- “Tens a oportunidade de fazer uma atividade única e que adoras, mas isso significa que terás menos tempo para estudar.”
- “Durante uma atividade de grupo, um colega não quer participar e atrapalha o trabalho dos outros.”
- “Recebes um convite para uma festa que sabes que os teus pais não vão aprovar.”
- “Um colega espalhou um boato sobre ti que não é verdade.”
- “Um amigo quer copiar o teu trabalho.”
- “Estás numa competição e percebes que outro participante cometeu uma infração sem ser visto.”
- “Os teus pais esperam que escolhas um curso/profissão, mas tu tens um sonho diferente.”

A importância da atividade para a autonomia:

- Os participantes são incentivados a refletir sobre as suas próprias decisões, enquanto representam a situação, de forma a desenvolver valores e padrões pessoais de comportamento e promover a autoconfiança;

- Terão oportunidade de considerar as diferentes opções de resolução dos problemas o que estimula a criação de padrões de comportamento na tomada de decisão;
- A encenação da situação faz com que os participantes tenham de assumir a responsabilidade pelas decisões das duas personagens, reforçando a ideia de que as suas escolhas têm consequências, ajudando a desenvolver a sua independência;



Anexo XXI

Dinâmica de grupo sobre Saúde Mental Positiva: Autocontrolo

Planeamento da Sessão 1			
<u>Cliente:</u>	Participantes no grupo de 4ª feira do projeto de estimulação cognitiva da UCC		
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos- Terapeuta; (Aluna do Mestrado de ESMP) Enfermeira Tutora- Co-terapeuta;		
<u>Data:</u>	15/01/2025		
<u>Hora:</u>	15:00h		
<u>Duração</u>	45-60 minutos		
<u>Local:</u>	Ginásio (UCC)		
<u>Objetivos gerais:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar conhecimento sobre Saúde Mental Positiva; 		
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar o funcionamento das sessões; • Clarificar o tema das sessões; 		
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Projetor; • Computador. 		
Sessão 1			
<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação dos intervenientes; 	Expositivo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar em que consiste a intervenção; • Informar sobre os objetivos da sessão; • Ensinar sobre o conceito de Saúde Mental Positiva; • Ensinar sobre o conceito de Autocontrolo; 	Expositivo Participativo Ativo	30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir o feedback do decurso da intervenção; • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais; 	Interrogativo Participativo	5-10 minutos

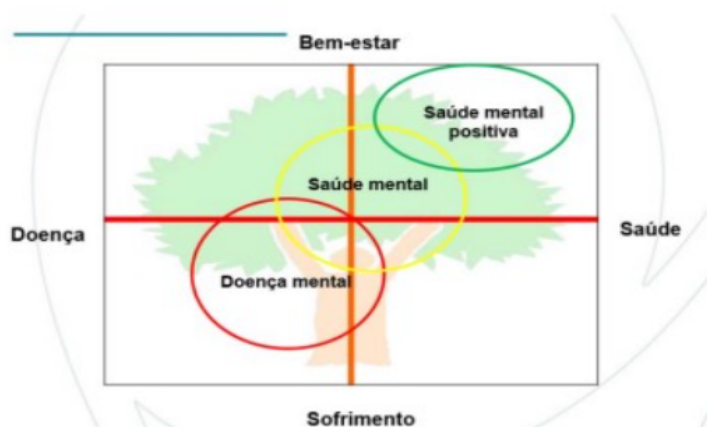
Saúde Mental Positiva



Enfª Beatriz Santos (Aluna de Mestrado ESMP)

1

O que é a Saúde Mental + ?



2

Fatores da Saúde Mental +

- **F1:** Satisfação Pessoal;
- **F2:** Atitude Pró-social;
- **F3:** Autocontrolo;
- **F4:** Autonomia;
- **F5:** Resolução de Problemas e Auto-atualização;
- **F6:** Habilidades de Relacionamentos Interpessoais.

3

Autocontrolo

- Lidar com situações de stress/conflicto;
- Controlo emocional;
- Tolerância à frustração.



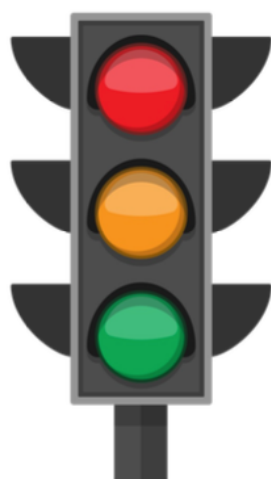
4

Autocontrolo



5

O semáforo das emoções



- Emoções fortes, como raiva ou frustração.
- Início de uma emoção como stress, ansiedade, tristeza etc.
- Calmo e tranquilo.

6

A Organização Mundial de Saúde (OMS), 2004, descreve a Saúde Mental como um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas capacidades, consegue lidar com o stress normal do dia a dia, trabalha de forma produtiva e é capaz de contribuir para a sua comunidade.

Em 1958 Marie Jahoda desenvolveu o conceito de saúde mental positiva enfatizando a sua importância para a promoção de saúde mental, servindo para denominar algo mais do que a ausência de doença (Teixeira et al., 2020).

Entende-se a saúde mental positiva como a saúde mental de indivíduos saudáveis, alcançada pela otimização do bem-estar geral para o funcionamento ideal do indivíduo ao longo do ciclo de vida, que não é um estado estático, mas sim dinâmico.

A saúde mental positiva serve como um fator protetor contra o sofrimento psicológico, sintomas de ansiedade e doenças mentais (Sequeira et al., 2024).

Esta não é estar sempre feliz, é a capacidade de estar triste nos momentos adequados para tal, mantendo o funcionamento social e individual e está inteiramente interligado com a promoção da saúde mental (Lluch, 2008 cit. por Teixeira et al., 2020).

Mais tarde, os conceitos de Jahoda serviram de base a Teresa Lluch na elaboração de um Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva em 1999. Este assenta em seis fatores: Satisfação pessoal; Atitude pró-social; Autocontrolo; Autonomia; Resolução de problemas e Auto-atualização e Habilidades de relacionamento interpessoal (Teixeira et al., 2020).

O fator Autocontrolo, segundo Lluch (1999), engloba o equilíbrio emocional/resistência e controlo emocional, a tolerância a ansiedade e à frustração, a capacidade de lidar com adversidades e flexibilidade e relativização das situações.

Este fator pode ser trabalhado pelo desenvolvimento de competências de gestão de controlo emocional levando à promoção da saúde mental dos participantes e consequentemente, tal como descrito anteriormente, a prevenção de perturbações mentais. Isto será realizado através da implementação destas sessões.

Planeamento da Sessão 2	
<u>Cliente:</u>	Participantes no grupo de 4ª feira do projeto de estimulação cognitiva da UCC.
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos- Terapeuta; (Aluna do Mestrado de ESMP) Enfermeira Tutora- Co-terapeuta;
<u>Data:</u>	22/01/2015
<u>Hora:</u>	15:00h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Ginásio (UCC)
<u>Objetivos gerais:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o Autocontrolo; • Promover a interação social;
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a consciência emocional; • Promover a equilíbrio emocional.
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Cartolinas de cores diversas (verde, amarelo e vermelho).

Sessão 2

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação dos intervenientes; 	Expositivo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar em que consiste a intervenção; • Informar sobre os objetivos da sessão; • Realizar a Atividade: Semáforo das emoções; • Dar reforço positivo. 	Expositivo Participativo Ativo	30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir o feedback do decurso da intervenção; • Realizar avaliação da sessão; • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais; 	Interrogativo Participativo	5-10 minutos

Semáforo das emoções

Objetivo: Trabalhar a regulação emocional e a percepção de emoções.

Como jogar: O dinamizador distribui a cada participante 3 cartões (verde, amarelo e vermelho), explica que cada cor representa uma emoção:

- Verde: Calmo e tranquilo;
- Amarelo: Início de uma emoção como stress, ansiedade, tristeza etc.
- Vermelho: Emoções fortes, como raiva ou frustração, emoções para as quais a pessoa necessita de utilizar estratégias de autocontrolo.

Após esta explicação, o dinamizador apresenta diversos cenários e os participantes devem levantar o cartão correspondente ao seu estado emocional nessa situação.

Depois de cada cenário, é pedido ao grupo para refletir sobre qual a emoção e como lidar com a mesma. Por exemplo, se o semáforo está no vermelho (irritação), que estratégias podem usar para se acalmar (respiração, contar até 10, etc.).

Também será pedido aos participantes para descreverem uma situação na sua vida que considerem corresponder a cada cartão.

Materiais Necessários:

- Cartolinas de cor verde, amarela e vermelha.
- Um conjunto de cenários ou situações que provoquem diferentes tipos de reações emocionais.

Passos para realizar a atividade:

- **Preparação do ambiente:**
 - Colocar as cadeiras em formato de "U";
 - Distribuir os cartões de cores diferentes pelos participantes.
- **Explicação do "Semáforo Emocional":**
 - Explique para os participantes como funciona o semáforo das emoções, destacando que cada cor representa um estado emocional diferente:
 - **Verde:** Indica que estão calmos e equilibrados.
 - **Amarelo:** Indica que começam a sentir o aumento do stress ou da ansiedade, um alerta.
 - **Vermelho:** Indica uma reação emocional forte, como raiva ou frustração, sinalizando a necessidade de autocontrolo.
- **Descrição dos cenários emocionais:**

- O dinamizador descreve as diferentes situações que podem gerar emoções nos participantes. Por exemplo:
 - Está à espera de um amigo ou familiar que se atrasou 30 minutos. Como se sente?
 - Acabou de ganhar um prémio num sorteio. Como se sente?
 - Tem uma tarefa muito importante para fazer, mas está muito cansado.
 - Um familiar faz uma piada sobre si, que considere rude. Como reage?
 - Alguém está a tratar mal um familiar seu na fila do supermercado. Como reage?
 - Acorda com dores no corpo e percebe que será um dia mais difícil.
 - Esqueceu-se de tomar a medicação na hora certa.
 - Alguém que conhece está a falar alto e está a dificultar a sua concentração.
 - Encontra uma fotografia antiga e traz boas lembranças.
 - Está a tentar lembrar-se do nome de uma pessoa conhecida, mas simplesmente não consegue.
 - Está a tentar realizar uma tarefa, mas está com dificuldade e sente que não vai conseguir.
 - Quer dizer algo importante, mas as palavras não saem como queria.
 - Um neto/neta trazem-lhe um presente feito por eles.
 - Algum familiar/amigo faz-lhe uma surpresa que não estava à espera.
- O grupo terá de escolher uma cor dos cartões.
- **Reflexão sobre cada situação:**
 - Após cada cenário, faça uma breve reflexão em grupo sobre o que cada cor representa e como os participantes lidariam com as emoções associadas.
 - É incentivada a partilha de experiências semelhantes já vivenciadas.
- **Discussão de estratégias:**
 - É incentivada a partilha de estratégias para lidar com as emoções negativas ou para reforçar as emoções positivas.
 - Ao longo da atividade, discuta as diferentes estratégias que podem ser usadas para voltar ao verde (calmo). Algumas estratégias incluem:
 - Respiração profunda: Explicar como a respiração lenta e profunda pode ajudar a reduzir a tensão emocional.
 - Reorientação cognitiva: Sugerir que mudem o foco da mente para algo positivo (pensar em algo que os acalma ou relaxa).

- Atividades físicas leves: Caminhadas ou esticar-se também podem ser formas de liberar tensão.
- Técnica das afirmações positivas: Explicar que se mudarmos o pensamento podemos regular as emoções e as ações, isto porque os pensamentos e as emoções estão intimamente ligados.
- Técnica de evitação: A evitação pode funcionar como adaptativa quando não se pode mudar a situação ou quando a situação evoca muita emoção, podendo a estratégia de evitação refletir uma tentativa de manter o controlo sobre a situação.
- Incentive a autodeterminação: deixar que cada participante compartilhe as técnicas que já usaram em outras situações e que consideram úteis para voltar ao estado de equilíbrio emocional.
- **Final:**
 - No final, o dinamizador deverá fazer um resumo da atividade, reforçando que todos têm o poder de gerir suas emoções, e que reconhecer o estado emocional é o primeiro passo para encontrar formas saudáveis de lidar com o stress e os conflitos.
 - Obter feedback da atividade.

Justificação:

Segundo Sequeira (2015), o fator 3 do Modelo multifatorial de Saúde Mental Positiva engloba equilíbrio emocional, a capacidade para lidar e gerir o stress, a capacidade para lidar e gerir situações de conflito e tolerar a ansiedade e o stress.

A atividade “Semáforo das Emoções” promove o autocontrolo ao abordar e desenvolver componentes essenciais deste fator. A atividade incentiva os participantes a identificar (verde, amarelo ou vermelho) e nomear as suas emoções em diferentes situações, este processo de autoconsciência emocional é o primeiro passo para o desenvolvimento do equilíbrio emocional.

Ao refletirem sobre as situações e as suas reações emocionais, os participantes aprendem a reconhecer quando estão próximos de perder o controlo das suas emoções/comportamentos de forma a poderem agir de forma preventiva nessas situações.

A discussão sobre como lidar com estas situações vai permitir aos participantes a discussão sobre estratégias de regulação emocional e a sua escolha, ensinando-os a tomar medidas ativas para controlar emoções intensas (vermelho).

Os cenários apresentados incluem situações possíveis de gerar ansiedade, stress e frustração, ao refletirem e discutirem essas situações os participantes desenvolvem a capacidade de lidar com esses estados emocionais sem reagir de forma impulsiva, fortalecendo a resiliência emocional.

Assim, a dinâmica do “Semáforo das Emoções” promove a reflexão sobre como os diferentes estados emocionais podem originar diferentes comportamentos que podem ser geridos, através de estratégias de autocontrolo, de forma a promover o bem-estar da pessoa. A troca de experiências entre os participantes promove uma aprendizagem colaborativa e proporciona uma reinterpretação das situações, pelos participantes, mais positiva e flexível, reduzindo a intensidade das emoções negativas.

Avaliação da atividade “Semáforo das Emoções”

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Após a atividade “Semáforo das Emoções” sente-se mais capaz de identificar as suas emoções em diferentes situações?					
Após a atividade “Semáforo das Emoções” sente-se mais preparado para partilhar e discutir estratégias para lidar com as emoções negativas?					
A atividade “Semáforo das Emoções” ajudou-o/a a refletir sobre como as emoções afetam o seu comportamento?					

Planeamento da Sessão 3	
<u>Cliente:</u>	Participantes no grupo de 4ª feira do projeto de estimulação cognitiva da UCC.
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos- Terapeuta; (Aluna do Mestrado de ESMP) Enfermeira Tutora- Co-terapeuta;
<u>Data:</u>	29/01/2025
<u>Hora:</u>	15:00h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Ginásio (UCC)
<u>Objetivos gerais:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o Autocontrolo; • Promover a interação social;
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o controlo emocional; • Promover a tolerância à frustração/ansiedade; • Melhorar a capacidade de lidar com a adversidades.
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras; • Projetor; • Bolas pequenas para equilibrar na cabeça; • Cesto/balde; • Cartões com palavras aleatórias (ex.: "gato", "bola", "cão"); • Cronómetro.

Sessão 3

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação dos intervenientes; • Questionar sobre sessão anterior; 	Expositivo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar em que consiste a intervenção; • Informar sobre os objetivos da sessão; • Realizar a Atividade: A Caminho da serenidade; • Dar reforço positivo. 	Expositivo Participativo Ativo	30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir o feedback do decurso da intervenção; • Realizar avaliação da sessão; • Agendar a próxima sessão; • Cumprimentos finais; 	Interrogativo Participativo	5-10 minutos

A Caminho da Serenidade

Objetivo: Ajudar os participantes a desenvolverem a capacidade de lidar com situações de conflito e stress de uma forma tranquila.

Como jogar: O dinamizador apresenta diferentes desafios aos participantes para que os possam realizar tentando manter a calma.

- Tentar equilibrar uma bola na cabeça por 30 segundos.
- Criar uma frase engraçada que envolva três palavras aleatórias (por exemplo, "gato", "bola", "cachorro").
- Atirar uma bola para dentro de um cesto/balde.
- O foco está na **calma**: Os participantes devem realizar cada desafio com uma postura relaxada e controlada. Se alguém se sentir frustrado ou ansioso, o facilitador pode sugerir uma respiração profunda ou contar até 5 antes de tentar novamente.

Materiais Necessários:

- Bolas pequenas para equilibrar na cabeça;
- Cesto/balde;
- Cartões com palavras aleatórias (ex.: "gato", "bola", "cão");
- Cronômetro;
- Espaço amplo.

Passos para realizar a atividade:

- **Preparação do ambiente:**
 - Organizar o espaço de forma que todos os participantes se possam movimentar com segurança.
 - Preparar os desafios e materiais necessários: bolas, palavras para frases engraçadas, cesto/balde e cronômetro.
- **Explicação os desafios:**
 - Incentivar os participantes a apoiar-se mutuamente e a se ajudarem a manter a calma enquanto enfrentam os desafios.
 - Explique que para completar tarefas a serenidade será a chave para o sucesso.
- **Descrição dos desafios:**
 - **Equilibrar uma bola na cabeça por 30 segundos:** Os participantes devem tentar equilibrar uma bola na cabeça. Para tornar o desafio mais difícil, podem caminhar lentamente enquanto equilibram a bola. O dinamizador deve sugerir

que, caso alguém se sinta ansioso ou frustrado, respire profundamente ou conte até 5 antes de tentar novamente.

- **Criar uma frase engraçada com três palavras aleatórias:** Dar a cada participante três palavras aleatórias (como "gato", "bola", "cão") e pedir para que criem uma frase engraçada usando todas as palavras. Isso pode ser feito de maneira cooperativa, poderão pedir ajuda aos outros participantes.
- **Atirar uma bola para dentro de um cesto/balde:** Colocar um cesto/balde a cerca de ¼ metro dos participantes e pedir que acertem com a bola no cesto/balde, cada participante terá três tentativas.
- **Reflexão sobre cada desafio:**
 - Após cada desafio fazer uma breve reflexão:
 - Como se sentiram durante o desafio? Ficaram ansiosos ou calmos?
 - O que fizeram para manter a calma, caso algo não tivesse acontecido como o esperado?
 - O que poderia ter sido feito de diferente para lidar com a frustração?
- **Utilização de estratégias de autocontrole:**
 - É incentivada a utilização das estratégias de autocontrole abordadas na sessão anterior, antes e durante a realização dos desafios.
 - Incentive a autodeterminação: deixar que cada participante compartilhe as técnicas que já usaram em outras situações e que consideram úteis para voltar ao estado de equilíbrio emocional.
- **Final:**
 - No final, o dinamizador deverá fazer um resumo da atividade, perguntando as participantes como se sentiram ao longo da atividade e se percebem alguma mudança na forma como lidam com os desafios. Reforçar que o objetivo não é ser perfeito e conseguir tudo à primeira, mas sim aprender a manter a serenidade perante situações que possam gerar stress ou frustração.

Justificação:

Atividade “A caminho da Serenidade” promove o autocontrole ao criar um ambiente de situações causadoras de stress e frustração em pequena escala. Os desafios simulam adversidades num ambiente controlado, como a dificuldade de realizar uma tarefa simples sob pressão.

Os desafios propostos requerem que os participantes mantenham a calma, mesmo quando enfrentam dificuldades como tentativas falhadas de equilibrar a bola ou acertar no cesto o que promove a capacidade para lidar com o stress e situações de conflito.

A atividade reforça a ideia de que os erros e as falhas fazem parte do processo e podem ser encarados como oportunidades de aprendizagem e não como obstáculos definitivos.

Durante os desafios, os participantes são incentivados a identificar sinais de frustração ou ansiedade e, em vez de reagirem impulsivamente ou ficarem chateados, utilizarem estratégias de autocontrolo/regulação emocional como respiração profunda e reorientação cognitiva.

As estratégias incentivadas ajudam os participantes a resistir à impulsividade e a manterem um equilíbrio emocional.

A prática dessas estratégias ensina que as adversidades podem ser enfrentadas com paciência e flexibilidade.

Refletir sobre as emoções após cada desafio permite aos participantes reconhecerem que é natural sentirem-se frustrados e em conjunto aprendam a tolerar esses sentimentos sem que estes dominem a situação.

Assim, a atividade “A Caminho da Serenidade promove o autocontrolo através do treino de habilidades de gestão de emoções em situações de stress ou conflito. Os participantes aprendem a reagir de forma controlada e a enfrentar os desafios de forma mais resiliente e flexível. A atividade fortalece não apenas o autocontrolo, mas também a confiança dos participantes para lidar com as adversidades do dia-a-dia.

Avaliação da atividade “A Caminho da Serenidade”

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Esta atividade ajudou-o/a a identificar a lidar melhor com situações de stress/frustração de forma calma?					
Sentiu-se mais confiante na utilização de estratégias de autocontrolo (respiração profunda) durante os desafios apresentados?					
Após atividade “A caminho da Serenidade”, sente-se mais preparado/a para enfrentar situações frustrantes do dia a dia com tranquilidade?					

Planeamento da Sessão 4	
<u>Cliente:</u>	Participantes no grupo de 4ª feira do projeto de estimulação cognitiva da UCC.
<u>Profissional de saúde:</u>	Enfª Beatriz Santos- Terapeuta; (Aluna do Mestrado de ESMP) Enfermeira Tutora- Co-terapeuta;
<u>Data:</u>	05/03/2025
<u>Hora:</u>	15:00h
<u>Duração</u>	45-60 minutos
<u>Local:</u>	Ginásio (UCC)
<u>Objetivos gerais:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o Autocontrolo; • Promover a interação social;
<u>Objetivo específicos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o controlo emocional; • Promover o relaxamento; • Desenvolver competências de gestão de controlo emocional: técnicas de relaxamento; • Treinar técnica de relaxamento autogénico de Schultz.
<u>Recursos:</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Cadeiras;

Sessão 4

<u>Etapas</u>	<u>Conteúdo</u>	<u>Método</u>	<u>Duração</u>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação dos intervenientes; • Questionar sobre sessão anterior; 	Expositivo	5-10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar em que consiste a intervenção; • Informar sobre os objetivos da sessão; • Realizar a técnica de relaxamento autogénico de Schultz. 	Expositivo Participativo Ativo	30-45 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir o feedback do decurso da intervenção; • Realizar avaliação da sessão; • Realizar a avaliação da satisfação dos participantes; • Cumprimentos finais; 	Interrogativo Participativo	5-10 minutos

Guião da Técnica de Relaxamento Mental: Treino Autogénico:

Uma vez sentado numa posição confortável, com os olhos fechados, vamos começar o relaxamento autogénico. Primeiro, quero que tome consciência de qualquer ruído fora da sala (10s). Tome consciência como sente o seu corpo na cadeira... dos pontos de contacto entre o seu corpo e a cadeira, os pontos de contacto da cabeça, das costas, dos braços e das pernas (10s).

Agora quero que se concentre na sua respiração; à medida que inspira o seu abdómen eleva-se, e quando expira, o abdómen diminui suavemente... de forma que a expiração é um pouco mais longa que a inspiração (10s). Agora concentre-se na sua mão e braço direitos e comece a dizer mentalmente: sinto a minha mão direita pesada (repete-se 3 vezes), a minha mão direita está pesada e quente (3 vezes), sinto a minha mão e braço direitos pesados (3 vezes), sinto uma onda cálida que invade a minha mão e braço direitos (3 vezes).

Visualize a sua mão e braço direitos num lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam a sua mão e braço direito... como os aquecem suavemente.

Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contacto da sua mão e braço direitos sobre a areia... ou introduzidos em água quente... ou perto de uma estufa...

Diga: a minha mão e braço direitos tornam-se muito quentes e pesados. Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para a mão e braço direitos (10s).

Agora quero que se concentre na sua respiração; à medida que inspira o seu abdómen eleva-se, e quando expira, o abdómen diminui suavemente... de forma que a expiração seja um pouco mais longa do que a inspiração (10s). Agora concentre-se na sua mão e braço esquerdos e comece a dizer mentalmente: sinto a minha mão esquerda pesada (repete-se 3 vezes), a minha mão esquerda está pesada e quente (3 vezes), sinto a minha mão e braço esquerdos pesados (3 vezes), sinto uma onda cálida que invade a minha mão e braço esquerdos (3 vezes).

Visualize a sua mão e braço esquerdos num lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam a sua mão e braço esquerdo... como os aquecem suavemente.

Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contacto da sua mão e braço esquerdos sobre a areia...ou introduzidos em água quente... ou perto de uma estufa...

Diga: a minha mão e braço esquerdos tornam-se muito quentes e pesados. Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa deixe-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para a mão e braço esquerdos (10s).

Agora quero que se concentre na sua respiração; à medida que inspira o seu abdómen eleva-se, e quando expira, o abdómen diminui suavemente... de forma que a expiração seja um pouco mais longa que a inspiração (10s). Agora concentre-se na sua perna e pé direitos e comece

a dizer mentalmente: sinto o meu pé direito pesado (repete-se 3 vezes), o meu pé direito está pesado e quente (3 vezes), sinto o meu pé e perna direitos pesados (3 vezes), sinto uma onda cálida que invade o meu pé e perna direitos (3 vezes).

Visualize o seu pé e perna direitos num lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam o seu pé e perna direitos... como os aquecem suavemente.

Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contacto do seu pé e perna direitos sobre a areia... ou introduzidos em água quente... ou perto de uma estufa...

Diga: o meu pé e perna direitos tornam-se muito quentes e pesados. Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa deixa-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para o pé e perna direitos (10s).

Agora quero que se concentre na sua respiração; à medida que inspira o seu abdómen eleva-se, e quando expira, o abdómen diminui suavemente... de forma que a expiração seja um pouco mais longa que a inspiração (10s). Agora concentre-se na sua perna e pé esquerdos e comece a dizer mentalmente: sinto o meu pé esquerdo pesado (repete-se 3 vezes), o meu pé esquerdo está pesado e quente (3 vezes), sinto o meu pé e perna esquerda pesados (3 vezes), sinto uma onda cálida que invade o meu pé e perna esquerdos (3 vezes).

Visualize o seu pé e perna esquerdos num lugar quente, ao sol, veja como os raios de sol descem e tocam o seu pé e perna esquerdos... como os aquecem suavemente.

Imagine-se deitado sobre a areia quente, sinta o contacto do seu pé e perna esquerdos sobre a areia... ou introduzidos em água quente... ou perto de uma estufa...

Diga: o meu pé e perna esquerdos tornam-se muito quentes e pesados. Respire profunda e lentamente, a cada expiração lenta e longa deixa-se levar um pouco mais, mandando uma mensagem de calor para o pé e perna esquerdos (10s).

Os meus braços e mãos estão quentes e pesados (repete-se por 15 segundos) Os meus pés e pernas estão quentes e pesados (repete-se por 15 segundos) O meu abdómen é quente (3 vezes).

A minha respiração é lenta e regular (3 vezes).

O meu coração bate calmo e relaxadamente (3 vezes).

A minha mente está tranquila e em paz (3 vezes)... Tenho confiança em poder resolver os problemas quotidianos (3 vezes).

Toda a tensão do meu corpo está a dissipar-se a cada longa e suave expiração (3 vezes).

Qualquer preocupação sobre o meu passado ou futuro, se dissipa a cada vez que expiro (3 vezes).

A essência do relaxamento está comigo durante todo o dia (3 vezes). Gradualmente posso começar a voltar à sala mantendo os meus olhos fechados. Sou consciente novamente dos

sons de fora e de dentro da sala. Vou sentindo o meu corpo sobre o chão. Quando estiver preparado, pode começar a mexer os seus dedos e pouco a pouco ir abrindo os seus olhos.

Justificação:

A técnica de relaxamento autogénico baseia-se na indução de relaxamento por meio de auto sugestões dirigidas ao corpo e à mente, desenvolve competências que contribuem diretamente para o equilíbrio emocional e a capacidade de lidar com desafios.

A prática do relaxamento ensina os participantes a identificar e reduzir os sinais de tensão física e emocional, desenvolvendo a capacidade de acalmar a mente e relaxar o corpo em momentos de stress. O controlo consciente da respiração e das sensações corporais ajudam a inibir as respostas impulsivas e a recuperar a serenidade em momentos de frustração ou ansiedade.

Esta técnica promove a flexibilidade mental ao incentivar os participantes a redirecionar o foco da atenção para aspetos internos, permitindo desenvolver uma maior sensação de controlo sobre as respostas físicas, relativização dos problemas e diminuição da rigidez emocional e cognitiva que pode surgir em situações do dia a dia.

Assim, o relaxamento autogénico alinha-se com o fator Autocontrolo descrito por Lluch, ao providenciar aos participantes uma prática estruturada para desenvolver equilíbrio emocional, a gestão de stress e a flexibilidade mental. Para além disso, esta intervenção promove o bem-estar emocional dos participantes diminuindo a sensação de ansiedade dos mesmos.

Avaliação da atividade “Relaxamento”

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Após esta atividade, sente-se mais calmo e com menor nível de tensão emocional?					
A realização do relaxamento ajudou-o/a a perceber melhor as sensações do seu corpo e a relaxar de forma consciente?					
Após o relaxamento sente uma redução do desconforto físico ou psicológico que estava a experienciar?					

Avaliação das dinâmicas de grupo promotoras Autocontrolo:

	Fraco	Insuficiente	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Como avalia as sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					
Como avalia a importância das sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					
Como avalia os materiais utilizados nas sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					
Como avalia a organização das sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					
Como avalia a prestação dos responsáveis pelas atividades realizadas?					

Referências Bibliográficas

Coelho, J., & Sousa, L. (2020). *Relaxamento*. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.a Edição, pp. 202-210). Lidel.

Sequeira, C., & Lluch, T. (2015). *Saúde Mental Positiva. Conferência apresentada na celebração do dia da Saúde Mental do Escola Superior de saúde de Viseu*. Viseu (Portugal). (8 de Outubro de 2015). <http://www.essv.ipv.pt/index.php/eventos/conferencias/detalhesevento/368/-/comemoracoes-do-dia-da-escola-superior-de-saude-de-viseu>

Sequeira, C., Carvalho, J. C., Roldan-Merino, J., Moreno-Poyato, A. R., Teixeira, S., David, B., Costa, P. S., Montserrat Puig-Llobet, & Lluch-Canut, M. T. (2024). Psychometric properties of the positive mental health questionnaire: short form (PMHQ-SF18) in young adults. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1375378>

Teixeira S, Sequeira C, Lluch T. *Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+): manual de apoio*. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (2020).

Teresa, M., & Canut, L. (1999). *CONSTRUCCION DE UNA ESCALA PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL POSITIVA Tesis doctoral presentada por*. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2366/E_TESIS.pdf

World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneva: World Health Organization.

Anexo XXII

Avaliação das Dinâmicas de grupo promotoras da Autonomia:

	Fraco	Insuficiente	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Como avalia a dinâmica de grupo: O caminho da Autonomia?					
Como avalia a dinâmica de grupo: Construir a Torre da Autonomia?				X	
Como avalia a dinâmica de grupo: Teatro: A Caminho da Autonomia?					X
Como avalia os materiais utilizados nas dinâmicas de grupo					X
Como avalia a organização geral da dinâmica de grupo?					X
As atividades foram relevantes para o desenvolvimento da Autonomia?					X
Como avalia as oportunidades de participação de todos os intervenientes na atividade?				X	
O conteúdo abordado contribuiu para o teu crescimento?					X
Como avalia a prestação do responsável das dinâmicas de grupo?					X

Comentários:

As atividades ajudaram-me no meu crescimento em relação à autonomia e no trabalho em grupo.

Avaliação das Dinâmicas de grupo promotoras da Autonomia:

	Fraco	Insuficiente	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Como avalia a dinâmica de grupo: O caminho da Autonomia?					x
Como avalia a dinâmica de grupo: Construir a Torre da Autonomia?					x
Como avalia a dinâmica de grupo: Teatro: A Caminho da Autonomia?					x
Como avalia os materiais utilizados nas dinâmicas de grupo					x
Como avalia a organização geral da dinâmica de grupo?					x
As atividades foram relevantes para o desenvolvimento da Autonomia?				x	/
Como avalia as oportunidades de participação de todos os intervenientes na atividade?					x
O conteúdo abordado contribuiu para o teu crescimento?				x	
Como avalia a prestação do responsável das dinâmicas de grupo?					x

Comentários:

Existe muito das atividades desenvolvidas, a engenharia Beatriz é muito querida e demonstrou sempre
preocupação com os outros, se nos sentia mais à vontade para realizar as atividades e em explicar toda a
forma clara.

Avaliação das Dinâmicas de grupo promotoras da Autonomia:

	Fraco	Insuficiente	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Como avalia a dinâmica de grupo: O caminho da Autonomia?					X
Como avalia a dinâmica de grupo: Construir a Torre da Autonomia?					X
Como avalia a dinâmica de grupo: Teatro: A Caminho da Autonomia?					X
Como avalia os materiais utilizados nas dinâmicas de grupo					X
Como avalia a organização geral da dinâmica de grupo?					X
As atividades foram relevantes para o desenvolvimento da Autonomia?				X	
Como avalia as oportunidades de participação de todos os intervenientes na atividade?					X
O conteúdo abordado contribuiu para o teu crescimento?					X
Como avalia a prestação do responsável das dinâmicas de grupo?					X

Comentários:

As dinâmicas ajudaram-me a passar a volta e volta sobre o assunto.

Avaliação das Dinâmicas de grupo promotoras da Autonomia:

	Fraco	Insuficiente	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Como avalia a dinâmica de grupo: O caminho da Autonomia?					X
Como avalia a dinâmica de grupo: Construir a Torre da Autonomia?					X
Como avalia a dinâmica de grupo: Teatro: A Caminho da Autonomia?				X	
Como avalia os materiais utilizados nas dinâmicas de grupo					X
Como avalia a organização geral da dinâmica de grupo?					X
As atividades foram relevantes para o desenvolvimento da Autonomia?				X	
Como avalia as oportunidades de participação de todos os intervenientes na atividade?					X
O conteúdo abordado contribuiu para o teu crescimento?					
Como avalia a prestação do responsável das dinâmicas de grupo?					X

Comentários:

A meu ver as atividades estavam boas muito bem estruturadas e organizadas todos elas me permitiram crescer algo de mais e que me permitiu ganhar e melhorar bastante rapidamente.

Anexo XXIII

Avaliação das Intervenções de Promoção do F4: Autonomia da Saúde Mental Positiva_Pedopsiquiatria

Após a realização das três Intervenções promotoras de Autonomia foi realizada uma nova avaliação do QSM+:R de forma a perceber a eficácia das intervenções.

O tratamento dos dados recolhidos foi realizado através da identificação do desvio de cada fator entre o resultado obtido e o melhor resultado possível, foi possível perceber que:

- F1: Satisfação pessoal apresenta um desvio de 0,92;
- F2: Atitude Pró-Social apresenta um desvio de 0,42;
- F3: Autocontrolo apresenta um desvio de 1,25;
- F4: Autonomia apresenta um desvio de 1,42;
- F5: Resolução de Problemas e Realização pessoal apresenta um desvio de 0,5;
- F6: Habilidades de Relação Interpessoal apresenta um desvio de 1,19.

Após a realização das intervenções promotoras de Autonomia, houve uma melhoria em quase todos os fatores avaliados, embora com diferentes níveis de progresso.

Comparando os resultados antes e após as intervenções, verificamos que:

- O fator Satisfação Pessoal (F1) passou de um desvio de 1,25 para 0,92, evidenciando uma melhoria significativa no bem-estar individual.
- A Atitude Pró-Social (F2) apresentou uma redução do desvio de 0,67 para 0,42, o que demonstra um progresso positivo na interação com os outros.
- O Autocontrolo (F3), no entanto, registou um ligeiro aumento do desvio, passando de 1,17 para 1,25, sugerindo a necessidade de reforçar estratégias nesta área.
- A Autonomia (F4), foco principal das intervenções, melhorou consideravelmente, reduzindo o desvio de 1,67 para 1,42, embora ainda apresente um valor elevado que indica a necessidade de um trabalho contínuo.
- A Resolução de Problemas e Realização Pessoal (F5) teve um pequeno aumento do desvio, de 0,42 para 0,5, o que poderá estar relacionado com a necessidade de consolidar competências práticas.

- As Habilidades de Relação Interpessoal (F6) registaram um ligeiro aumento do desvio, passando de 1,06 para 1,19, o que indica que este fator também necessita de atenção adicional.

Desta forma, conclui-se que as intervenções foram eficazes em melhorar a maioria dos fatores, especialmente a Autonomia e a Satisfação Pessoal, no entanto, a necessidade de reforçar o Autocontrolo e as Habilidades de Relação Interpessoal torna-se evidente para alcançar resultados mais equilibrados e sustentáveis, para isso seria importante a continuação destas atividades promotoras de SM+ em contexto de pedopsiquiatria.

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) – Versão reduzida

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

1 - Sempre ou quase sempre, **2** - Na maioria das vezes, **3** - Algumas vezes, **4** - Raramente ou nunca.

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1	2	3	4
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam. 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança. 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas. 3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim. 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo melhorar como pessoa. 5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas. 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada. 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros. 2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos. 3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes. 5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável. 6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a). 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros. 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida. 3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem. 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis. 5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes. 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) – Versão reduzida

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

1 - Sempre ou quase sempre, **2** - Na maioria das vezes, **3** - Algumas vezes, **4** - Raramente ou nunca.

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1	2	3	4
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam. 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança. 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas. 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim. 4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo melhorar como pessoa. 5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas. 6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada. 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros. 2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos. 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões 4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes. 5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável. 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a). 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros. 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida. 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem. 4	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis. 5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes. 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) – Versão reduzida

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

1 - Sempre ou quase sempre, **2** - Na maioria das vezes, **3** - Algumas vezes, **4** - Raramente ou nunca.

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1	2	3	4
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam. 1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança. 2	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas. 3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim. 4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo melhorar como pessoa. 5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas. 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada. 1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros. 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos. 3	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes. 5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável. 6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a). 1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros. 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida. 3	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem. 4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis. 5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes. 6	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário de Saúde Mental Positiva (Sequeira et al., 2014) – Versão reduzida

Este questionário contém uma série de afirmações, sobre a sua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um. Para responder, leia cada frase e responda de acordo com a frequência que melhor caracteriza o seu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

1 - Sempre ou quase sempre, 2 - Na maioria das vezes, 3 - Algumas vezes, 4 - Raramente ou nunca.

*

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	1	2	3	4
Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam. 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso que sou uma pessoa digna de confiança. 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas. 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim. 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Procuo melhorar como pessoa. 5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas. 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada. 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Penso nas necessidades dos outros. 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos. 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes. 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero-me uma pessoa sociável. 6	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a). 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gosto de ajudar os outros. 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida. 3	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-me que as pessoas me critiquem. 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis. 5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes. 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo XXIV

Avaliação das Intervenções de Promoção do F3: Autocontrolo da Saúde Mental Positiva_UCC

Após a implementação das intervenções promotoras de Saúde Mental (SM+), com foco no F3: Autocontrolo, tornou-se essencial avaliar a sua eficácia. No entanto, dado que os participantes que compareciam às diferentes sessões não eram sempre os mesmos, não foi possível realizar a avaliação através do QSM+:R no final da última sessão.

Assim, foram criadas escalas de avaliação, com base na escala de Likert, para cada sessão. A análise das respostas aos questionários permitiu inferir que os participantes perceberam uma melhoria na sua capacidade de autocontrolo ao longo de cada sessão.

22/01/25

Avaliação da atividade "Semáforo das Emoções"

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Após a atividade "Semáforo das Emoções" sente-se mais capaz de identificar as suas emoções em diferentes situações?				X	
Após a atividade "Semáforo das Emoções" sente-se mais preparado para partilhar e discutir estratégias para lidar com as emoções negativas?				Sim	
A atividade "Semáforo das Emoções" ajudou-o/a a refletir sobre como as emoções afetam o seu comportamento?				Sim	

Avaliação da atividade “Semáforo das Emoções”

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Após a atividade “Semáforo das Emoções” sente-se mais capaz de identificar as suas emoções em diferentes situações?				X	
Após a atividade “Semáforo das Emoções” sente-se mais preparado para partilhar e discutir estratégias para lidar com as emoções negativas?				X	
A atividade “Semáforo das Emoções” ajudou-o/a a refletir sobre como as emoções afetam o seu comportamento?				X	X

22/01/25

Avaliação da atividade "Semáforo das Emoções"

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Após a atividade "Semáforo das Emoções" sente-se mais capaz de identificar as suas emoções em diferentes situações?				X	
Após a atividade "Semáforo das Emoções" sente-se mais preparado para partilhar e discutir estratégias para lidar com as emoções negativas?				X	
A atividade "Semáforo das Emoções" ajudou-o/a a refletir sobre como as emoções afetam o seu comportamento?				X	

Avaliação da atividade "A Caminho da Serenidade"

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Esta atividade ajudou-o/a a identificar a lidar melhor com situações de stress/frustração de forma calma?				X	
Sentiu-se mais confiante na utilização de estratégias de autocontrolo (respiração profunda) durante os desafios apresentados?				X	
Após atividade "A caminho da Serenidade", sente-se mais preparado/a para enfrentar situações frustrantes do dia a dia com tranquilidade?				X	

Avaliação da atividade "A Caminho da Serenidade"

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Esta atividade ajudou-o/a a identificar a lidar melhor com situações de stress/frustração de forma calma?				X	X
Sentiu-se mais confiante na utilização de estratégias de autocontrolo (respiração profunda) durante os desafios apresentados?					X
Após atividade "A caminho da Serenidade", sente-se mais preparado/a para enfrentar situações frustrantes do dia a dia com tranquilidade?				X	

21/01/2025
29

Avaliação da atividade "A Caminho da Serenidade"

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Esta atividade ajudou-o/a a identificar a lidar melhor com situações de stress/frustração de forma calma?				X	
Sentiu-se mais confiante na utilização de estratégias de autocontrolo (respiração profunda) durante os desafios apresentados?					X
Após atividade "A caminho da Serenidade", sente-se mais preparado/a para enfrentar situações frustrantes do dia a dia com tranquilidade?				X	

29/01/2025

Avaliação da atividade "A Caminho da Serenidade"

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Esta atividade ajudou-o/a a identificar a lidar melhor com situações de stress/frustração de forma calma?				X	
Sentiu-se mais confiante na utilização de estratégias de autocontrolo (respiração profunda) durante os desafios apresentados?				X	
Após atividade "A caminho da Serenidade", sente-se mais preparado/a para enfrentar situações frustrantes do dia a dia com tranquilidade?					X

Avaliação da atividade "Relaxamento"

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Após esta atividade, sente-se mais calmo e com menor nível de tensão emocional?					
A realização do relaxamento ajudou-o/a a perceber melhor as sensações do seu corpo e a relaxar de forma consciente?					
Após o relaxamento sente uma redução do desconforto físico ou psicológico que estava a experienciar?					

Avaliação da atividade “Relaxamento”

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Após esta atividade, sente-se mais calmo e com menor nível de tensão emocional?				X	
A realização do relaxamento ajudou-o/a a perceber melhor as sensações do seu corpo e a relaxar de forma consciente?				X	
Após o relaxamento sente uma redução do desconforto físico ou psicológico que estava a experienciar?				X	

Avaliação da atividade "Relaxamento"

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Após esta atividade, sente-se mais calmo e com menor nível de tensão emocional?					X
A realização do relaxamento ajudou-o/a a perceber melhor as sensações do seu corpo e a relaxar de forma consciente?				X	
Após o relaxamento sente uma redução do desconforto físico ou psicológico que estava a experienciar?				X	

Avaliação da atividade “Relaxamento”

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Após esta atividade, sente-se mais calmo e com menor nível de tensão emocional?					X
A realização do relaxamento ajudou-o/a a perceber melhor as sensações do seu corpo e a relaxar de forma consciente?					X
Após o relaxamento sente uma redução do desconforto físico ou psicológico que estava a experienciar?					X

Avaliação da atividade “Relaxamento”

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Após esta atividade, sente-se mais calmo e com menor nível de tensão emocional?					X
A realização do relaxamento ajudou-o/a a perceber melhor as sensações do seu corpo e a relaxar de forma consciente?				X	
Após o relaxamento sente uma redução do desconforto físico ou psicológico que estava a experienciar?				X	

Avaliação das dinâmicas de grupo promotoras Autocontrole:

	Fraco	Insuficiente	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Como avalia as sessões realizadas sobre o Autocontrole?				X	
Como avalia a importância das sessões realizadas sobre o Autocontrole?				X	
Como avalia os materiais utilizados nas sessões realizadas sobre o Autocontrole?				X	
Como avalia a organização das sessões realizadas sobre o Autocontrole?				X	
Como avalia a prestação dos responsáveis pelas atividades realizadas?					X

Avaliação das dinâmicas de grupo promotoras Autocontrolo:

	Fraco	Insuficiente	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Como avalia as sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					<input checked="" type="checkbox"/>
Como avalia a importância das sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					<input checked="" type="checkbox"/>
Como avalia os materiais utilizados nas sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					<input checked="" type="checkbox"/>
Como avalia a organização das sessões realizadas sobre o Autocontrolo?				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Como avalia a prestação dos responsáveis pelas atividades realizadas?					<input checked="" type="checkbox"/>

Avaliação das dinâmicas de grupo promotoras Autocontrolo:

	Fraco	Insuficiente	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Como avalia as sessões realizadas sobre o Autocontrolo?				X	
Como avalia a importância das sessões realizadas sobre o Autocontrolo?				X	
Como avalia os materiais utilizados nas sessões realizadas sobre o Autocontrolo?				X	
Como avalia a organização das sessões realizadas sobre o Autocontrolo?				X	
Como avalia a prestação dos responsáveis pelas atividades realizadas?					X

Avaliação das dinâmicas de grupo promotoras Autocontrolo:

	Fraco	Insuficiente	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Como avalia as sessões realizadas sobre o Autocontrolo?				X	
Como avalia a importância das sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					X
Como avalia os materiais utilizados nas sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					X
Como avalia a organização das sessões realizadas sobre o Autocontrolo?				X	
Como avalia a prestação dos responsáveis pelas atividades realizadas?					X

Avaliação das dinâmicas de grupo promotoras Autocontrolo:

	Fraco	Insuficiente	Satisfaz	Bom	Muito Bom
Como avalia as sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					X
Como avalia a importância das sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					X
Como avalia os materiais utilizados nas sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					X
Como avalia a organização das sessões realizadas sobre o Autocontrolo?					X
Como avalia a prestação dos responsáveis pelas atividades realizadas?					X