



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Joana Silva Campos

INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIÁTRICA
NA ANSIEDADE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na
Ansiedade

Intervention by the Specialist Nurse in Mental
Health and Psychiatric Nursing in Anxiety

Orientador(es)

Catarina Cláudia Santos Nogueira

Autor

Joana da Silva Campos

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

“É o tempo da travessia: E, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

(Fernando Pessoa, sd)

DEDICATÓRIA

Minha querida e amada filha Bianca, razão do meu viver e fonte inesgotável de amor e inspiração. Que este trabalho seja um reflexo do meu compromisso em construir um futuro melhor para ti e que nunca te falte determinação para seguires os teus sonhos.

Aos meus queridos pais, que com amor incondicional, dedicação e sacrifício me ensinaram o valor da resiliência e da educação. Sem o vosso apoio e incentivo, este caminho não teria sido possível. Esta conquista é, também, vossa.

Com eterna gratidão e amor, dedico-vos este trabalho.

AGRADECIMENTO

A realização deste relatório foi possível graças ao apoio e presença de pessoas especiais, às quais expresso a minha mais profunda gratidão.

Primeiramente, agradeço à Professora Especialista Catarina Nogueira pelo seu profissionalismo, disponibilidade e orientação ao longo deste percurso. Obrigada por todo o acompanhamento e incentivo.

Às enfermeiras tutoras de estágio, deixo um agradecimento especial pelo acolhimento, paciência e pelos valiosos ensinamentos.

Às minhas queridas amigas Deborah, Patrícia e Andreia, pela amizade genuína. Obrigada por estarem sempre presentes na minha vida.

Aos meus pais, pelo amor incondicional e pelo exemplo de força e dedicação que sempre me transmitiram.

Ao meu amor de todos os dias, motivo da minha felicidade e dos meus sorrisos mais genuínos.

À minha filha Bianca: és a maior motivação para seguir em frente. A tua simples existência dá sentido a cada esforço e conquista.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

RESUMO

O presente documento representa o culminar de um percurso académico, que tem como principal finalidade, a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Esta trajetória representa não apenas a conclusão de uma jornada, mas também o início de uma prática profissional mais auto-consciente, fundamentada e especializada. Este relatório final de estágio tem como principal objetivo documentar a experiência de estágio nos diversos contextos, descrevendo detalhadamente o conjunto de intervenções de Enfermagem especializadas - prescritas, implementadas e avaliadas - e refletindo sobre o meu contributo para a aquisição de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Adicionalmente, visa explicar a reflexão crítica associada ao processo de tomada de decisão, no âmbito da exploração de dois casos clínicos. A metodologia utilizada na sua realização é descritiva e reflexiva, focada no desenvolvimento das minhas intervenções, no conhecimento adquirido e na experiência pessoal e profissional, assim como a realização de pesquisa bibliográfica de documentos com relevância científica. A experiência de estágio constituiu um pilar essencial na consolidação das competências especializadas, permitindo aplicar o conhecimento teórico à prática clínica em contexto real. A diversidade dos cenários e das intervenções realizadas viabilizou o desenvolvimento de um raciocínio clínico avançado, promovendo uma atuação autónoma, crítica e alinhada com os referenciais da prática baseada na evidência e reforçar a identidade profissional como enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Mestre.

ABSTRACT

This document represents the culmination of an academic journey, whose main objective is the attainment of a Master's degree and the title of Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing. This path represents not only the conclusion of a journey but also the beginning of a more self-aware, well-founded, and specialized professional practice. This final internship report aims to document the internship experience in various settings, providing a detailed description of the set of specialized nursing interventions — prescribed, implemented, and evaluated — and reflecting on my contribution to the development of both general and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing. Additionally, it seeks to present a critical reflection on the decision-making process, through the analysis of two clinical cases. The methodology adopted is both descriptive and reflective, focusing on the development of my interventions, the knowledge acquired, and my personal and professional experience, as well as the consultation of scientifically relevant literature. The internship experience was a fundamental pillar in the consolidation of specialized competencies, allowing the application of theoretical knowledge to clinical practice in real-world contexts. The diversity of settings and interventions carried out enabled the development of advanced clinical reasoning, fostering an autonomous and critical practice aligned with the principles of evidence-based care and reinforcing the professional identity as a Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing and a Master's degree holder.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

APA - American Psychiatric Association

BAI - Beck Anxiety Inventory

BDI - Inventário de Depressão de Beck
EESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CIPE / ICNP - International Classification for Nursing Practice

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS - Direção Geral de Saúde

DSM-5-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, Text Revision

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
GAD-7 - Generalized Anxiety Disorder-7

GBD - Global Burden of Disease

GOBP - Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HAM-A - Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

NANDA-I - North American Nursing Diagnosis Association – International

NIC - Nursing Interventions Classification
NIC - Nursing Interventions Classification

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NOC - Nursing Outcomes Classification

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RCCEE - Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RSES - Rosenberg Self-Esteem Scale

sd - sem data

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TCC - Terapia Cognitivo-comportamental

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

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)	21
3. SR. ^a X	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Clientes	44
3.3. Medicação	44
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	45
3.4. Domínios	47
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	47
3.5. Conceção de Cuidados	50
3.6. Especificação das intervenções	52
3.7. Síntese relativa ao caso	56
4. SR. ^a Y	61
4.1. Enquadramento teórico	61
4.2. Clientes	74
4.3. Medicação	74
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	74
4.4. Domínios	75
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	75
4.5. Conceção de Cuidados	78
4.6. Especificação das intervenções	80
4.7. Síntese relativa ao caso	82
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	87
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	103
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	117

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Figura 1 - Genograma da Sr.^a X

Figura 2 - Ecomapa da Sr.^a X

Figura 3 - Genograma da Sr.^a Y

Figura 4 - Ecomapa da Sr.^a Y

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O relatório mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) evidencia que a saúde mental é um componente essencial do bem-estar global e um direito humano fundamental, ressaltando a necessidade urgente de transformar os sistemas de cuidados de saúde para melhor responder às necessidades atuais.

De acordo com o estudo Global Burden of Disease Portugal (GBD, 2024), as doenças mentais representam uma parte substancial da carga de morbilidade no país, contribuindo para anos de vida perdidos por incapacidade. Estas perturbações impactam ainda os sistemas de saúde e a economia, devido à perda de produtividade e ao aumento do recurso a serviços médicos especializados. Fatores como sedentarismo, alimentação inadequada e consumo excessivo de álcool são agravantes dos sintomas de ansiedade e depressão.

Em Portugal, a taxa de doença mental tem aumentado ao longo das últimas décadas, refletindo a necessidade urgente de estratégias eficazes de prevenção e intervenção precoce. A ansiedade e a depressão destacam-se como dois dos principais transtornos que afetam a população adulta, sendo influenciados por fatores como o stress laboral, a instabilidade económica e o isolamento social (GBD, 2024).

Neste contexto, torna-se evidente a necessidade de reforçar os cuidados de saúde mental em Portugal.

Do ponto de vista da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, destaca-se a relevância das intervenções psicoterapêuticas no cuidado à população com este tipo de condição. Sampaio, Sequeira e Lluh Canut (2018) demonstram que a combinação de intervenção psicoterapêutica realizada por enfermeiros especialistas com o uso de psicofármacos é significativamente mais eficaz na redução da ansiedade e na melhoria do autocontrolo do que o tratamento exclusivamente farmacológico.

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 (2018), o desenvolvimento de competências específicas permite ao enfermeiro especialista oferecer uma resposta eficaz às exigências da população.

Entre as intervenções psicoterapêuticas, destaca-se a reestruturação cognitiva, que visa modificar padrões de pensamento disfuncionais e tem demonstrado eficácia na gestão da ansiedade e depressão. Tolin (2010) identifica, numa meta-análise, que a terapia cognitivo-comportamental apresenta resultados positivos consistentes no tratamento destas perturbações.

Para que a prática do enfermeiro especialista se traduza numa intervenção efetiva, humanizada e cientificamente sustentada, é essencial que esta seja orientada por modelos teóricos próprios da disciplina. Estes fornecem uma base estruturada para a avaliação, planeamento e implementação de cuidados, assegurando coerência, intencionalidade terapêutica e fundamentação científica (Bittencourt, Marques & Barroso, 2019).

Entre os modelos teóricos de referência em Enfermagem de Saúde Mental, destaca-se o Modelo Interpessoal de Hildegard Peplau, que valoriza a relação enfermeiro-pessoa como ferramenta terapêutica central. Este modelo sublinha a importância das fases da relação interpessoal e da comunicação terapêutica, fornecendo um enquadramento robusto para a intervenção na ansiedade, ao reconhecer o enfermeiro como agente ativo na promoção do bem-estar psíquico (Peplau, 1997).

Neste enquadramento, a elaboração deste relatório de estágio baseia-se numa metodologia descritiva e reflexiva, centrada no desenvolvimento das competências específicas adquiridas em contexto de estágio, incluindo a apresentação de dois estudos de caso ficcionados, ilustrativos do processo de tomada de decisão em enfermagem.

O seu objetivo é descrever e refletir sobre o processo de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), proporcionado pela experiência em estágio, colocando em evidência a sua relevância.

Estruturalmente, o presente relatório organiza-se em quatro partes: a primeira contempla a apresentação dos locais de estágio e respetivos serviços; a segunda e terceira incluem dois estudos de caso ficcionados, um por cada contexto de prática; e a quarta consiste na exploração e reflexão sobre as competências adquiridas.

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

O Estágio de Natureza Profissional decorreu em dois contextos, sendo o primeiro, um serviço de Hospital de Dia de Psiquiatria e o segundo, de respostas diferenciadas, numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

Contexto I: Hospital de Dia de Psiquiatria

O primeiro contexto de estágio decorreu num Hospital de Dia de Psiquiatria, inserido numa Unidade Local de Saúde (ULS) de Portugal Continental.

O mesmo destina-se a pessoas com perturbações mentais agudas e graves, com indicação para internamento, mas sem potencial ou de risco que obriguem a um internamento completo. O internamento parcial é uma solução de internamento intensivo que não condiciona um corte com o contexto de vida do utente, facilitando, após o episódio agudo de descompensação, a reinserção psicossocial do utente e o retorno à sua funcionalidade prévia.

Como princípios orientadores para a sua intervenção, o Hospital de Dia de Psiquiatria define a flexibilidade, pois pretende dar resposta às mais diversas situações de crise, servindo uma população vasta com meios restritos; a acessibilidade, pois oferece fácil acesso aos diversos programas terapêuticos; a abrangência, pois oferece um vasto leque de intervenções de forma a dar resposta às necessidades da população; a vinculação na relação terapêutica; a continuidade de cuidados, através da coordenação com outras unidades do Serviço e instituições externas; a participação comunitária, através da inclusão do voluntariado em programas de reabilitação e o recovery, pois oferece cuidados orientados no sentido de favorecer a autonomia do utente, com a inclusão de programas de inserção socio-familiar.

O Serviço de Hospital de Dia de Psiquiatria funciona em dias úteis, no horário das 8h às 16h. Atualmente conta com uma equipa multidisciplinar composta por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Médicos Psiquiatras, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social e Psicólogos.

Os utentes dão entrada no Hospital de Dia de Psiquiatria pós referenciação, realizada na maioria das vezes, através da consulta externa. Os motivos de referenciação e admissão são diversos, destacando-se, Situação de Crise; Perturbações da personalidade em descompensação; Quadros depressivos, refratários à terapêutica; Ideação suicida; Adesão terapêutica irregular; Primeiro surto psicótico; entre outros.

O Serviço de Hospital de Dia de Psiquiatria encontra-se então dividido em duas áreas de atuação fundamentais: Área de Crise (fase aguda) e Área de Reabilitação.

Na Área de Crise e em situações de fase aguda da doença, a intervenção proposta centra-se no Programa Psicoterapêutico e Psicofarmacológico e na Área de Reabilitação, a intervenção proposta centra-se na Reabilitação Psicossocial.

O Serviço conta também com outras atividades específicas, tais como:

- Intervenção psicoterapêutica em grupo;
- Psicoeducação e gestão da doença;
- Grupo de relaxamento;
- Atelier terapêutico;
- Piscina terapêutica,
- Cogweb e cognição social;
- Reabilitação laboral e ocupacional;
- Grupo conversação;
- Grupo de Psicodrama.

Contexto II: Respostas Diferenciadas - Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) na qual decorreu o segundo momento de estágio pertence a uma ULS de Portugal Continental e dá resposta a uma área de abrangência de aproximadamente 22 mil habitantes. Funciona em dias úteis, sendo que aos fins-de-semana e feriados é assegurada, em regime de rotatividade com as restantes Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da região, a prestação de cuidados de enfermagem domiciliários.

É composta por uma equipa multiprofissional que engloba enfermeiros, psicólogos, técnicos superiores de serviço social, nutricionista e assistente técnico.

A UCC é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, de intervenção na promoção da saúde e prevenção da doença, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo.

Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, considerando a continuidade, a acessibilidade, a equidade, a qualidade e a satisfação dos clientes.

Na UCC desenvolvem-se vários projetos em vários âmbitos, tais como Preparação para o Parto, Apoio ao Aleitamento Materno, Curso de Massagem Infantil, Rastreio Visual, Equipa de Saúde Escolar, Estatuto do Cuidados Informal, ECCI e Saúde Mental.

Na área da Saúde Mental, a UCC conta com um EEESMP, a tempo inteiro, sendo este responsável pela implementação de vários projetos:

- Consulta descentralizada de triagem de pedopsiquiatria na comunidade;
- Consultoria em pedopsiquiatria/ Pediatria de Desenvolvimento, onde ocorre a discussão de casos clínicos entre a equipa técnica (Um EEESMP, um psicólogo da comunidade, um pedopsiquiatra hospitalar e um pediatra de desenvolvimento hospitalar) e profissionais da comunidade (exemplo: psicólogos escolares/ instituições, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Equipa Local de Intervenção, entre outros) ou equipas de saúde familiar.
- Projeto de Apoio aos Cuidadores Informais em Stress: consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP);
- Intervenção em Contexto Escolar, com sessões de Higiene Mental, Prevenção de Violência no Namoro;
- Formação creditada nas escolas dirigido a assistentes operacionais e professores, e com a abordagem de temas, tais como, primeiros socorros emocionais em contexto escolar, gestão emocional.
- Apoio à Saúde Escolar na elaboração do plano de saúde individual em crianças com necessidades especiais na doença mental;
- Formação na área da Saúde Mental no Trabalho;
- Elemento interlocutor no âmbito de um projeto de ação para a Prevenção da Violência da Saúde.

A intervenção EEESMP na UCC é fundamental para responder de forma assertiva às crescentes necessidades relacionadas com a saúde mental na comunidade. Este assume um papel estratégico na promoção da saúde mental, na literacia em Saúde Mental, e no fortalecimento das redes de apoio, contribuindo para a criação de ambientes mais saudáveis no contexto escolar e familiar e ajudando a mitigar situações de risco e a prevenir problemas futuros.

No âmbito de cada um dos contextos de estágio mencionados, foi elaborado um estudo de caso, ficcionado, o qual será detalhadamente apresentado no capítulo seguinte.

3. SR.^a X

Utente do sexo feminino, 50 anos de idade. Encaminhada por médica ginecologista para a consulta externa de Psicologia e posteriormente admitida em Hospital de Dia de Psiquiatria por apresentar, de acordo com o processo clínico, Ansiedade Patológica Grave.

3.1. Enquadramento teórico

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO DECORRENTE DA ENTREVISTA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO INICIAL:

A Entrevista Clínica supõe-se numa “interação comunicativa entre um profissional de saúde e uma pessoa, grupo ou família, pela qual o profissional organiza um processo de observação e de recolha de informações através de questões, com o objetivo de compreender os detalhes do problema de saúde da pessoa e caracterizar o contexto no qual a pessoa e o problema se inserem” (Sequeira, 2020, pp.90).

Neste sentido, recorreu-se a esta técnica como instrumento estruturante da colheita de dados, encontrando-se o respetivo planeamento descrito em anexo (ANEXO I).

Dados pessoais e sociodemográficos:

A Sr.^a X é casada, vive com o marido e o filho de 24 anos. Tem o 6.^o ano de escolaridade e trabalha numa fábrica de calçado.

Dados familiares:

É a 9.^a de uma fratria de 10 filhos, sendo 3 homens e 7 mulheres. O pai faleceu há 1 ano e a mãe tem atualmente 86 anos de idade.

Desde a infância que foi exposta a violência doméstica, física e verbal, por parte do pai, sobre si e os irmãos.

Nos últimos meses, após a morte do pai, tomou conhecimento de situações graves de abuso sexual praticados pelo pai sobre duas das suas irmãs. Define esta situação como traumática.

Fala em conflitos com a mãe, com agravamento desde a morte do pai, decorrente das partilhas de bens: “A minha mãe sabia dos abusos sob as minhas irmãs e compactuava, agora quer deixar tudo ao meu irmão mais novo, que sempre foi o filho preferido... sempre discriminou as

filhas" (sic).

Relativamente à vida familiar atual, refere ter uma boa relação com o marido, embora mencione alguns problemas relacionados com a vida sexual, decorrentes da diminuição de libido: "Lembro-me da história do meu pai, e dá-me nojo... fico ansiosa e não consigo" (sic).

Menciona que o marido não tem conhecimento das situações de abuso sexual e prefere manter isso em segredo. Refere uma boa relação com o filho.

Da análise do genograma (Figura 1), é possível verificar que a utente integra uma família de origem numerosa, composta por dez filhos, sendo sete mulheres e três homens, situando-se como a nona filha da fratria. Esta posição, numa fratria extensa, pode estar associada a menor visibilidade ou voz no seio familiar, refletindo-se no seu papel dentro da estrutura familiar.

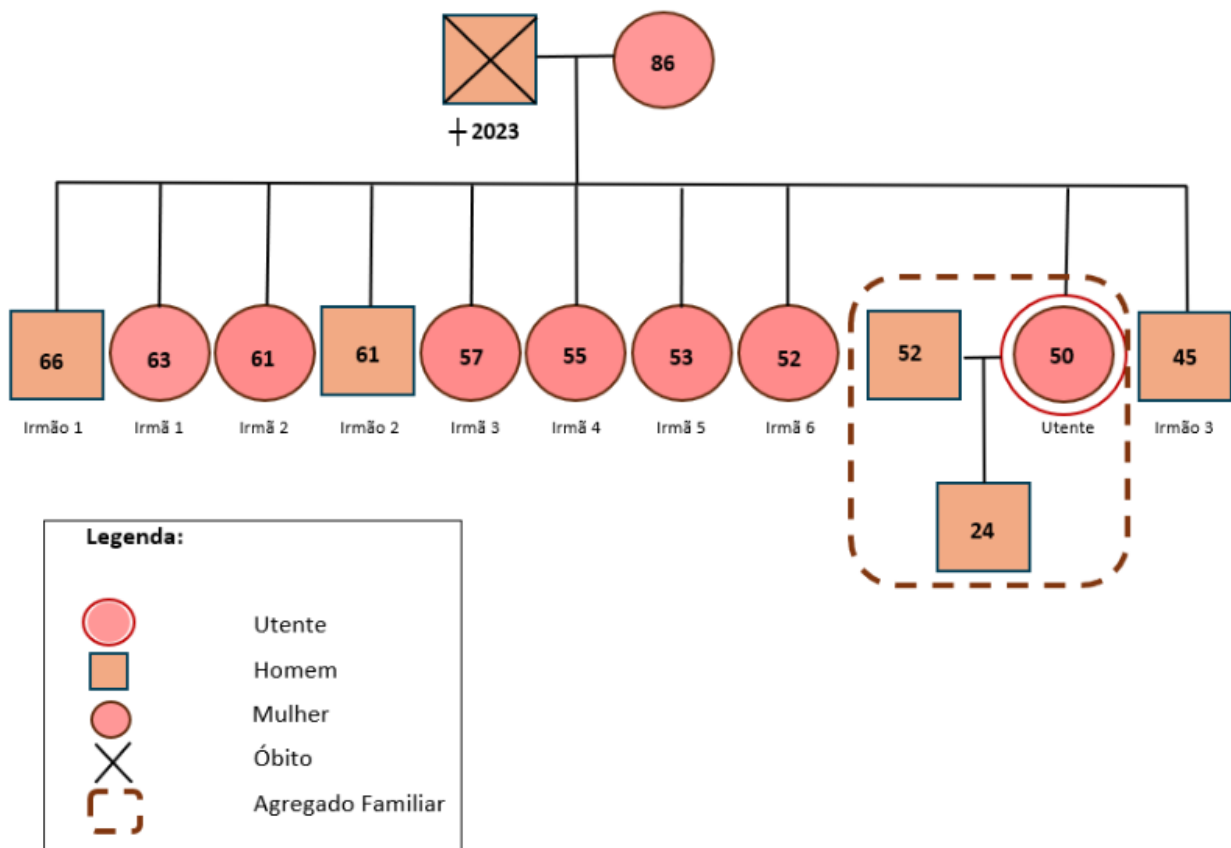


Figura 1 - Genograma da Sr.ª X

A Sr.ª X integra atualmente um agregado familiar nuclear, representado graficamente com uma linha tracejada, conforme a legenda do genograma. Este núcleo é composto pelo seu marido e pelo filho. É também evidente a assimetria de género, dado o predomínio do sexo feminino na

família, e por esse motivo, o irmão mais novo da fratria, poderá ter ocupado um papel diferenciado ou privilegiado no seio familiar.

Estudos demonstram que os pais tendem a favorecer as filhas e os irmãos mais novos, recebendo estes últimos maior atenção afetiva e recursos (Jensen & Jorgensen-Wells, 2025). A hipótese de que isso se acentue nos filhos homens mais novos em famílias com maioria feminina permanece ainda por investigar.

A morte recente do pai representa um evento marcante e de rutura da dinâmica familiar.

O ecomapa da Sr.^a X (Figura 2) permite perceber com clareza como estão distribuídas as suas relações familiares e sociais, bem como o impacto que estas exercem na sua vida diária.

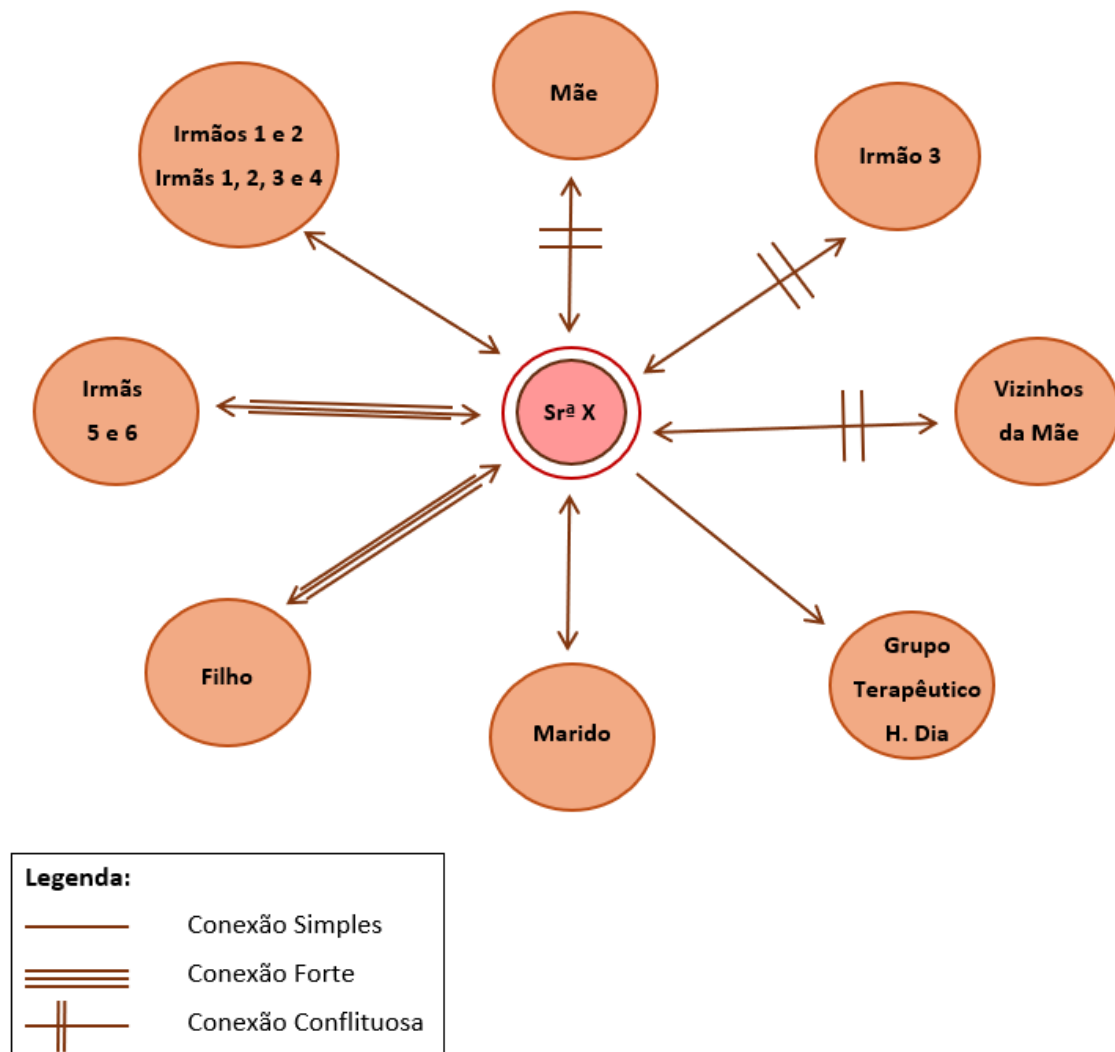


Figura 2 - Ecomapa da Sr.^a X

No centro do ecomapa está a própria utente, em torno da qual se organizam várias ligações, umas mais próximas e positivas, outras marcadamente conflituosas. De destacar, desde logo, a forte ligação emocional que mantém com o marido e com o filho, ambos representando pilares importantes de suporte na sua vida. Apesar de algumas dificuldades na esfera íntima do casal, que a utente associa aos traumas do passado, a relação conjugal continua a ser um elemento de estabilidade. A ligação ao filho é igualmente forte, e parece funcionar como fator protetor.

A relação próxima com as irmãs 5 e 6, que partilharam vivências traumáticas semelhantes, oferece um suporte fraterno significativo que atua como fator protetor. De acordo com Tedgård, Rastam e Wirtberg (2018), os irmãos mais velhos frequentemente assumem papéis de cuidador informal — um fenómeno descrito como parentificação — que contribui para a proteção emocional e o fortalecimento da resposta familiar em contextos de trauma.

Em contraste, surgem relações marcadamente conflituosas, como a que mantém com a mãe. A utente expressa sentimentos de revolta e de acusação em relação à mãe, acreditando que esta terá sido conivente com as situações de abuso que ocorreram no passado. Este conflito parece ser um dos focos principais de desestabilização emocional na utente. Situação semelhante verifica-se na relação com o irmão 3, onde a utente reconhece conflitos, provavelmente relacionados com questões familiares, tais como, favoritismos na partilha de bens.

As ligações aos restantes irmãos são representadas como simples, sugerindo relações mais distantes ou neutras. Por outro lado, a relação com os vizinhos da mãe também surge como conflituosa, o que poderá indicar que os conflitos familiares se estendem ao meio envolvente e aumentam a sensação de isolamento da utente.

A participação no grupo terapêutico do Hospital de Dia, ainda que numa fase inicial, representa uma oportunidade para a utente alargar as suas redes de apoio.

História de saúde física:

A Sr.ª X foi submetida a uma histerectomia há 5 anos, realizou cirurgia por incontinência urinária, cirurgia às varizes e encurtamento do membro inferior esquerdo. Apresenta ainda escoliose.

Não está a cumprir qualquer terapêutica habitual e desconhece alergias medicamentosas ou outras.

História de saúde mental:

A Sr.ª X não está a ser seguida em consulta de psiquiatria, mas frequenta consulta de psicologia há cerca de 1 ano, sem medicação psicofarmacológica.

À admissão no Hospital de Dia de Psiquiatria, manifestava ansiedade marcada que afeta

significativamente a sua funcionalidade diária. O diagnóstico psiquiátrico encontra-se em estudo.

Consumos e hábitos:

Nega o consumo de substâncias.

História da doença atual e acontecimentos precipitantes:

Refere ansiedade constante relacionada com eventos do dia-a-dia, agravada desde a morte do pai e pelo conhecimento dos abusos sexuais sobre as irmãs.

Apresenta preocupação constante, previsão do pior, insónia, tensão muscular, dores de cabeça constantes, perda de memória, pensamentos recorrentes sobre o passado, agravamento dos sintomas na solidão e em ambientes "gatilho".

Relata comportamentos repetitivos de contagem (linhas na estrada, postes, sinais de trânsito, marcações nas paredes, objetos em filas): "Quando se apercebe que está inconscientemente a contar coisas, sente-se ainda mais ansiosa" (sic).

Verbaliza várias distorções cognitivas de rotulagem como: "Sinto-me inferior aos meus irmãos", "não sirvo para nada" e "não tenho capacidade para fazer as coisas bem" (sic).

Relata problemas de memória e concentração: "Tenho a cabeça tão ocupada com estes pensamentos e com as contagens que parece que não tenho espaço para encaixar mais nada" (sic).

Aceitou a admissão no hospital de dia com o objetivo de aprender a lidar melhor com os seus problemas e com a ansiedade.

Aspeto geral e avaliação do estado mental:

Utente com aspeto cuidado, postura adequada, mas cabisbaixa. Orientada e colaborante. Atenção facilmente captável.

Discurso lógico, organizado e coerente, centrado nas suas vivências. Memória mantida para eventos a curto e longo prazo. Humor depressivo, com sintomatologia ansiosa. Insight presente.

Apresenta sentimentos de revolta e raiva em relação à mãe por ter compactuado com os abusos. Manifesta ansiedade intensa em diversos contextos: ao conduzir, na resolução de problemas quotidianos, em situações imprevistas. Refere constante insegurança, incapacidade e baixa autoconfiança, labilidade emocional e choro fácil.

No âmbito da avaliação física da Sr.ª X, procedeu-se à recolha sistematizada de dados relativos aos principais sistemas fisiológicos, cujos resultados se encontram sintetizados na Tabela 1.

Exame do Estado Físico	
Processo Fisiológico	Dados
Sistema Respiratório	Sem alterações
Sistema Músculo-esquelético	Dor crónica na anca esquerda por encurtamento do membro; Escoliose
Sistema Cardiovascular	Antecedentes de cirurgia às varizes
Sistema Gastrointestinal	Sem alterações
Sistema Urinário/ Reprodutivo	Histerectomia há 5 anos; Incontinência urinária
Visão/Audição	Uso de óculos
Pele	Mucosas coradas e hidratadas

Tabela 1 - Exame do Estado Físico da Sr.ª X

A síntese dos dados obtidos na avaliação do estado mental da Sr.ª X encontra-se apresentada na Tabela 2:

Exame do Estado Mental	
Processo Psicológico	Dados
Aspeto Geral	Aspeto geral cuidado; postura adequada; contacto afável; atenção facilmente captável; lábil quando abordadas temáticas específicas
Linguagem e Discurso	Espontâneo, fluente, coerente, rápido e organizado; Sem alterações do ritmo ou débito
Pensamento	Íntegro quanto à forma, alterado quanto ao conteúdo, com presença de distorções cognitivas.
Percepção	Sem alterações
Humor e Emoções	Humor depressivo; afetos congruentes; emoção negativa de ansiedade.
Cognição	Íntegra (Segundo avaliação através do resultado "NOC Cognição")
Insight / Consciencialização	Insight e consciencialização presentes

Tabela 2 - Exame do Estado Mental da Sr.ª X

No final da entrevista, foi aplicado o resultado Nursing Outcomes Classification (NOC) "Cognição" (ANEXO II), com o objetivo de avaliar sistematicamente o desempenho cognitivo da utente, através de indicadores específicos de funcionamento mental. A utilização deste instrumento baseou-se na versão adaptada e validada para a população portuguesa por Coelho

et al. (2020).

Relativamente ao resultado “NOC Cognição”, aos indicadores “Comunicação clara para a idade” e “Comunicação adequada para a idade” foi atribuída a pontuação máxima de 5, uma vez que a utente apresenta um discurso claro, organizado, coerente e fluído, congruente com o nível de escolaridade.

No indicador “Compreensão do significado das situações” foi atribuído o valor de 4 (levemente comprometido), uma vez que a utente autoverbaliza várias distorções cognitivas de rotulagem.

Nos indicadores correspondentes às funções cognitivas “Atenção”, “Concentração”, “Memória imediata”, “Memória Remota” e “Processamento de Informações” foi atribuído um score de 5, uma vez que a utente permaneceu concentrada durante a entrevista, com atenção facilmente captável, recorda com facilidade acontecimentos imediatos e passados e compreende a informação que lhe é fornecida.

No indicador “Memória Recente”, foi atribuído um score de 4, dado que a utente manifesta alguma dificuldade em recordar-se de situações vividas nos dias anteriores.

Nos indicadores “Ato de pesar alternativas ao tomar decisões” e “Tomada de decisão adequada” foi atribuído um score de 4, uma vez que a utente refere alguma dificuldade em contornar situações que lhe são desagradáveis.

No indicador “Habilidades de cálculos complexos” foi atribuído um score de 4, dado o grau de escolaridade da utente.

A soma total dos indicadores perfaz um score de 60. Conclui-se, portanto, que a utente se encontra cognitivamente íntegra.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ansiedade

A ansiedade é uma emoção natural e adaptativa do ser humano, desempenhando um papel fundamental na resposta ao stress e ao perigo. Contudo, quando se manifesta de forma excessiva e persistente, pode comprometer significativamente a qualidade de vida e evoluir para perturbações psiquiátricas (American Psychiatric Association [APA], 2022).

Definida como uma experiência subjetiva, a ansiedade caracteriza-se por sentimentos de apreensão, tensão e inquietação, frequentemente acompanhados por sintomas somáticos como sudorese, taquicardia e tensão muscular (APA, 2022).

“Os sintomas da ansiedade podem variar e incluir preocupação excessiva, dificuldades de concentração, ruminação de pensamentos negativos, palpitações, sudorese, tremores, sensação

de falta de ar, distúrbios gastrointestinais, evitamento de situações stressantes e inquietação psicomotora” (American Psychiatric Association, 2022, pp. 222–223).

Do ponto de vista explicativo, o modelo biopsicossocial interpreta a ansiedade como o resultado da interação complexa entre fatores genéticos, neurobiológicos, psicológicos e ambientais (Engel, 1977).

De acordo com a classificação do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR), as perturbações de ansiedade englobam diversas condições caracterizadas por medo e ansiedade excessivos, acompanhados por perturbações comportamentais associadas (APA, 2022). Entre as principais entidades clínicas destacam-se:

- Perturbação de Ansiedade Generalizada : preocupação excessiva e persistente sobre múltiplos eventos ou atividades, acompanhada de inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono (APA, 2022).
- Transtorno do Pânico: episódios súbitos de medo intenso, com sintomas como palpitações, sudorese, tremores, sensação de falta de ar e medo de perder o controlo ou morrer. Frequentemente, há uma preocupação persistente com a recorrência das crises, levando à evitação de determinadas situações (APA, 2022).
- Fobias Específicas: medo intenso e irracional de objetos ou situações específicas, como alturas, animais ou viagens de avião. A exposição ao estímulo fóbico desencadeia uma resposta ansiosa desproporcional, podendo gerar estratégias de evitação que interferem com a vida quotidiana (APA, 2022).
- Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social): medo acentuado de situações sociais ou de desempenho, associado ao receio de ser avaliado negativamente, humilhado ou embaraçado. Os sintomas incluem evitação de interações sociais, desconforto em contextos públicos e manifestações físicas como rubor facial e tremores ao falar em público (APA, 2022).

A avaliação da ansiedade, para além da observação clínica e da entrevista estruturada, deve ser complementada com instrumentos psicométricos padronizados, que permitem quantificar a gravidade dos sintomas e monitorizar a evolução do paciente ao longo do tempo (APA, 2022).

Entre os instrumentos mais utilizados destaca-se a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), desenvolvida por Max Hamilton em 1959, e que continua a ser uma das ferramentas mais reconhecidas na avaliação da gravidade da ansiedade em contexto clínico. A HAM-A é composta por 14 itens que avaliam tanto sintomas somáticos como psíquicos de ansiedade, como tensão muscular, insónia, sintomas gastrointestinais, medo, entre outros. Cada item é cotado numa escala de 0 a 4 pontos, permitindo um total de pontuação que varia entre 0 e 56 pontos, classificando-se a gravidade da ansiedade em níveis leve, moderado ou grave (Hamilton, 1959).

Em Portugal, a validação da HAM-A foi realizada por Santos et al. (2023), garantindo a sua fiabilidade e validade para a população portuguesa. Este estudo confirmou a elevada

consistência interna da escala e uma excelente fiabilidade, validando a estrutura bifatorial da escala (ansiedade psíquica e ansiedade somática). Esta validação reforça a adequação da HAM-A para uso clínico e de investigação em Portugal, tanto para avaliação inicial como para monitorização da evolução da ansiedade ao longo do tempo.

De igual modo, o Resultado NOC: Autocontrolo da Ansiedade avalia a capacidade da pessoa para reconhecer e regular os seus estados de ansiedade. Inclui indicadores como “verbaliza sentimentos de ansiedade”, “utiliza técnicas de relaxamento”, “evita respostas impulsivas” ou “mantém desempenho funcional apesar da ansiedade”. Este recurso é particularmente útil em contextos de enfermagem de saúde mental, permitindo avaliar não apenas o sintoma, mas também a autonomia e competência do utente na sua gestão. Tal como os restantes resultados NOC, esta escala segue uma estrutura de Likert de 1 a 5 e tem sido utilizada com sucesso em contextos clínicos e de investigação (Moorhead et al., 2018), encontrando-se validada para a população portuguesa por Sampaio et al. (2017), o que reforça a sua aplicabilidade na prática profissional em Portugal.

Além destes instrumentos, existem outras escalas frequentemente utilizadas na avaliação da ansiedade, que permitem uma abordagem complementar:

- A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), criada por Zigmond & Snaith (1983), é amplamente utilizada em contextos hospitalares, permitindo avaliar sintomas de ansiedade e depressão de forma rápida e eficaz;
- O GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), instrumento breve e validado para rastreio e avaliação da gravidade do transtorno de ansiedade generalizada, desenvolvido por Spitzer et al. (2006).
- A Beck Anxiety Inventory (BAI), que avalia a presença e a gravidade dos sintomas físicos e cognitivos de ansiedade (Beck et al., 1988).

Relativamente ao tratamento da ansiedade, de acordo com Cuijpers et al. (2016), para além da abordagem farmacológica, este inclui diversas intervenções não farmacológicas, amplamente reconhecidas pela sua eficácia. Estas técnicas têm como objetivo ensinar estratégias que permitam ao indivíduo lidar com os sintomas ansiosos, promover o relaxamento e recuperar o controlo sobre a resposta fisiológica à ansiedade e são consideradas intervenções de primeira linha em várias diretrizes internacionais.

Entre as estratégias mais estudadas destacam-se as técnicas de respiração controlada, como a respiração abdominal ou diafragmática (Pilar et al, 2010); as técnicas de relaxamento muscular progressivo, como a de Jacobson (Jacobson, 1938); as técnicas de mindfulness (Kabat-Zinn, 2013) e a terapia cognitivo-comportamental (Beck, 2011).

A respiração abdominal, em particular, constitui uma técnica de fácil aplicação e amplamente utilizada na redução dos níveis de ansiedade. Baseia-se na realização de respirações profundas e lentas, com foco na expansão do abdómen durante a inspiração, promovendo a ativação do

diafragma e uma respiração mais eficiente (Pilar et al., 2010).

Na sua execução correta, recomenda-se que a pessoa se coloque numa posição confortável, sentada ou deitada, mantendo a coluna ereta. Em seguida, deverá posicionar uma das mãos sobre o abdómen e a outra sobre o peito, concentrando-se na respiração. A inspiração deve ser lenta, pelo nariz, direcionando o ar para o abdómen — sendo que a mão sobre esta zona deverá subir, enquanto a do peito permanece quase imóvel. A expiração ocorre lentamente pela boca, esvaziando o ar do abdómen. Este ciclo deve ser repetido durante alguns minutos, mantendo sempre a atenção concentrada na respiração e no movimento abdominal (Pilar et al., 2010).

Entre os benefícios desta técnica, destaca-se a diminuição da atividade do sistema nervoso simpático, que contribui para reduzir a resposta fisiológica ao stress e favorecer o relaxamento. Verifica-se ainda uma melhoria na oxigenação do organismo, decorrente do aumento da eficiência respiratória. Importa sublinhar que a prática regular da respiração abdominal contribui significativamente para a redução dos níveis de ansiedade e da tensão muscular (Pilar et al., 2010).

A técnica de relaxamento muscular progressivo, desenvolvida por Jacobson, é outra abordagem eficaz para a redução da ansiedade. Esta técnica envolve a contração e o relaxamento progressivo de diferentes grupos musculares do corpo, permitindo que o indivíduo tome consciência da diferença entre estados de tensão e relaxamento muscular (Jacobson, 1938; Coelho & Sousa, 2020).

Na prática, o indivíduo é orientado a adotar uma posição confortável, preferencialmente sentado ou deitado, num ambiente calmo. Seguindo as indicações do profissional, são realizados exercícios sistemáticos de contração muscular (durante cerca de 10 segundos), seguidos de relaxamento (cerca de 20 segundos), abrangendo diferentes zonas corporais, como as mãos, braços, rosto, pescoço, ombros, tórax, abdómen, coxas e pés. A atenção é continuamente dirigida para as sensações corporais, promovendo a perceção consciente do relaxamento muscular (Coelho & Sousa, 2020).

Entre os benefícios desta técnica encontram-se a redução da tensão muscular, a diminuição da frequência cardíaca e respiratória, e a indução de uma sensação geral de tranquilidade. Estudos demonstram que a prática regular desta técnica melhora a qualidade do sono e contribui significativamente para o controlo dos sintomas de ansiedade (Varvogli & Darviri, 2011).

As técnicas de mindfulness consistem na prática da atenção plena, direcionada para o momento presente, sem julgamentos ou críticas. Esta abordagem promove a aceitação das emoções e pensamentos, mesmo os negativos, ajudando a reduzir a reatividade emocional e o sofrimento associado à ansiedade (Kabat-Zinn, 2013).

Na aplicação prática, o mindfulness pode incluir exercícios formais, como a meditação sentada, o body scan (exploração atenta das sensações corporais), ou a prática de atenção plena durante

atividades diárias simples, como caminhar ou comer. Durante estes exercícios, a pessoa é orientada a focar-se na sua respiração, nas sensações do corpo ou nos estímulos do ambiente, reconhecendo distrações mentais e redirecionando, gentilmente, a atenção (Segal, Williams, & Teasdale, 2018).

Os benefícios do mindfulness incluem a regulação das emoções, a diminuição da ativação do sistema nervoso simpático e a melhoria da capacidade de lidar com pensamentos ansiosos de forma menos intrusiva. A prática regular do mindfulness tem demonstrado eficácia comprovada na redução da ansiedade, do stress e na promoção do bem-estar psicológico geral (Goldin & Gross, 2010).

Para além das técnicas já mencionadas, destaca-se a reestruturação cognitiva, uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem reconhecida como eficaz na abordagem da ansiedade. Esta técnica enquadra-se nas intervenções que visam modificar pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas que contribuem para o aumento da ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Enquanto intervenção psicoterapêutica, a reestruturação cognitiva está diretamente indicada na resposta ao diagnóstico de enfermagem Ansiedade, permitindo ajudar o utente a identificar e reformular interpretações negativas e automáticas que exacerbam a perceção de ameaça. Desta forma, contribui para a diminuição da sintomatologia ansiosa e para o reforço da perceção de controlo sobre os fatores geradores de ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2020). A sua importância e aplicação prática serão exploradas mais adiante ao longo deste capítulo, de forma mais aprofundada.

Humor

O DSM-5-TR (2022) define humor como um estado emocional persistente e difuso, impactando comportamentos e cognição e podendo variar em termos como eutímico, deprimido, eufórico ou irritável. O humor reflete o estado emocional de uma pessoa em relação ao mundo. É um dos aspetos mais importantes na compreensão das emoções humanas e no diagnóstico de várias condições psiquiátricas.

O humor pode também ser afetado por situações da vida diária, traços de personalidade e condições psicológicas, tornando-se um indicador crucial para o diagnóstico de transtornos mentais. De acordo com o modelo biopsicossocial, o humor é determinado pela interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Fatores genéticos, neurobiológicos e ambientais desempenham papéis significativos na regulação do humor, que pode ser alterado por desequilíbrios químicos no cérebro, estressores ambientais ou alterações na personalidade e no ambiente social. (Saraiva & Cerejeira, 2024)

O diagnóstico de alterações do humor é fundamental na psiquiatria, uma vez que transtornos como a depressão major, os transtornos bipolares e os transtornos de ansiedade estão intimamente ligados ao humor. (APA, 2022)

Segundo o DSM-5-TR (2022), os transtornos de humor podem ser classificados em:

Perturbação Depressiva Major: caracterizado por um humor deprimido persistente, junto com outros sintomas como perda de interesse nas atividades diárias e alterações no sono e apetite.

Transtorno Bipolar: caracteriza-se por oscilações entre episódios de humor elevado (mania ou hipomania) e episódios de depressão. Os episódios de mania podem incluir sintomas como euforia extrema, aumento da energia e comportamento impulsivo.

Distímia: um transtorno do humor caracterizado por uma forma crónica de depressão leve, que dura por longos períodos e afeta a capacidade de uma pessoa funcionar normalmente na vida quotidiana.

O tratamento das alterações do humor depende do diagnóstico específico. O tratamento farmacológico pode incluir o uso de antidepressivos, estabilizadores de humor e antipsicóticos, dependendo do transtorno identificado. Já as intervenções psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental, são eficazes para ajudar os pacientes a lidar com padrões de pensamento disfuncionais e melhorar a regulação emocional (Saraiva & Cerejeira, 2024).

Humor Depressivo

O humor depressivo é caracterizado por sentimentos perversivos de tristeza, desespero e vazio, sendo um dos sintomas principais em vários transtornos depressivos. Este tipo de humor é constante e não está facilmente mobilizável, o que resulta numa dor psíquica significativa. (Saraiva & Cerejeira, 2024)

O diagnóstico do humor depressivo é essencialmente clínico e baseia-se na observação dos sintomas apresentados pelo paciente, incluindo a intensidade, duração e impacto dos mesmos. A comorbidade entre a depressão e transtornos de ansiedade também é comum, com muitos pacientes apresentando sintomas de ambos, o que pode agravar ainda mais o impacto funcional e social. (Saraiva & Cerejeira, 2024)

No contexto do DSM-5-TR, o humor depressivo é uma característica chave no diagnóstico de transtornos depressivos maiores e outros tipos de distúrbios do humor. Para um diagnóstico de transtorno depressivo major, o indivíduo deve apresentar, no mínimo, cinco dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas, sendo o humor deprimido um dos sintomas centrais:

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias.

- Anedonia (perda de prazer nas atividades).
- Alterações no apetite ou no peso.
- Alterações no sono.
- Agitação ou retardo psicomotor.
- Fadiga ou falta de energia.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva.
- Dificuldade de concentração.
- Pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio.

Para complementar a avaliação clínica na formulação do diagnóstico humor depressivo, é recomendável a utilização de instrumentos psicométricos padronizados, que permitem quantificar a gravidade dos sintomas depressivos e monitorizar a evolução do paciente.

Entre os instrumentos mais amplamente utilizados destaca-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI), desenvolvido por Aaron T. Beck em 1961, um dos instrumentos mais reconhecidos para avaliação da depressão. O BDI é composto por 21 itens, cada um pontuado de 0 a 3, avaliando sintomas afetivos, cognitivos, comportamentais e somáticos associados à depressão (Beck et al., 1961).

A versão para Portugal foi validada por Vaz-Serra e Abreu (1973), garantindo a sua fiabilidade e validade para a população portuguesa. Desde então, o BDI tem sido uma ferramenta essencial tanto na prática clínica como na investigação, permitindo identificar a gravidade da sintomatologia depressiva e acompanhar a eficácia das intervenções implementadas.

Além do BDI, na prática de enfermagem destaca-se o resultado NOC: Nível de Depressão, integrado na Classificação dos Resultados de Enfermagem. Este resultado permite monitorizar de forma sistemática a evolução da depressão no paciente, através de diversos indicadores como a expressão verbal de sentimentos de tristeza, o envolvimento em atividades sociais, a manifestação de desesperança, e as alterações do padrão de sono e apetite. A avaliação realiza-se com recurso a uma escala de 1 a 5 pontos, na qual 1 corresponde a um nível de depressão grave e 5 à ausência de sintomas depressivos (Moorhead et al., 2018). Este resultado NOC facilita a definição de objetivos terapêuticos e a monitorização do progresso do paciente ao longo do tempo. Até à data, não foi localizada uma versão validada especificamente para Portugal, apesar da ampla adoção do instrumento em estudos internacionais.

O tratamento do humor depressivo geralmente envolve uma abordagem multidisciplinar, que integra intervenções psicofarmacológicas e psicoterapêuticas, com especial destaque para as terapias cognitivas e comportamentais, reconhecidas pela sua eficácia na abordagem dos sintomas depressivos. No âmbito das intervenções não farmacológicas, sobressai um conjunto de intervenções psicoterapêuticas de enfermagem específicas que visam responder ao diagnóstico de enfermagem Humor Depressivo (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Entre estas, destaca-se a reestruturação cognitiva; a intervenção em crise, orientada para

restabelecer o equilíbrio emocional do indivíduo em situações de vulnerabilidade aguda; a técnica de resolução de problemas, que auxilia na identificação e abordagem estruturada de desafios diários, promovendo a percepção de controlo; e a terapia pela reminiscência, que estimula a evocação de experiências positivas passadas, reforçando o bem-estar emocional (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Em termos farmacológicos, os antidepressivos são a principal linha de tratamento. Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e os antidepressivos tricíclicos são amplamente utilizados, embora o tipo específico de medicação seja escolhido com base na resposta do cliente e nos efeitos colaterais toleráveis. (Saraiva & Cerejeira, 2022)

Autoconceito

Vaz Serra (1988, p.175) define o autoconceito como:

“(...) a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si. É um constructo que ajuda a compreender aspetos importantes do comportamento humano, como a uniformidade, a consciência e a coerência da conduta observável, a noção de identidade e a manutenção de certos estereótipos de ação na continuidade do tempo”.

Dentro do autoconceito, encontramos a autoestima e a autoimagem como dois pilares estruturantes (Vaz Serra, 1988).

A autoimagem refere-se à forma como o indivíduo se vê a si mesmo, sendo construída a partir da observação de si enquanto objeto de sua própria percepção. Cada pessoa pode ter várias autoimagens, de acordo com os diferentes papéis que desempenha na vida, e essas autoimagens são organizadas de forma hierárquica, com cada uma recebendo uma avaliação pessoal. A autoestima, por sua vez, está relacionada ao julgamento que a pessoa faz de si mesma, ou seja, à avaliação que faz das suas qualidades, ações, virtudes e valores morais que formam a sua identidade. Nesse contexto, a autoestima é de grande importância clínica, pois está profundamente conectada aos processos emocionais de equilíbrio ou desequilíbrio do indivíduo (Vaz Serra, 1988).

Um autoconceito comprometido está intimamente associado a consequências clínicas relevantes, nomeadamente pior regulação emocional e maior vulnerabilidade a estados de humor depressivo. Estudos longitudinais sugerem que níveis baixos de autoconceito (self-concept) preveem sintomas de depressão e ansiedade, funcionando como fatores de vulnerabilidade que amplificam esses quadros clínicos (Sowislo & Orth, 2013).

Para além dos fatores de risco, o autoconceito comprometido também requer intervenções terapêuticas específicas, integradas em contextos terapêuticos amplos. Programas baseados em terapia cognitivo-comportamental (TCC), como os aplicados em grupo, têm demonstrado

eficácia significativa no fortalecimento do autoconceito (autoestima) e na redução concomitante de sintomas de depressão e ansiedade em amostras clínicas (Moloud et al., 2022), enquanto intervenções de self-compassion (auto-compassão) demonstraram benefícios na melhora da regulação emocional, atenuação da autocrítica e redução dos sintomas ansioso-depressivos (Neff & Germer, 2012).

Dentro do foco do autoconceito e sob forma de avaliar, de forma específica, a autoestima, um dos instrumentos de avaliação passível de ser utilizado é a Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES). A mesma foi desenvolvida por Morris Rosenberg em 1965.

Trata-se de um dos instrumentos psicométricos mais amplamente utilizados para aferir o nível de autoestima global, sendo composto por 10 itens avaliados numa escala de Likert de 4 pontos, que variam entre “Discordo fortemente” (0) e “Concordo fortemente” (3). A pontuação total varia entre 0 e 30, sendo que pontuações mais baixas indicam níveis reduzidos de autoestima. A escala contempla tanto itens formulados positivamente quanto negativamente, sendo estes últimos sujeitos a reversão na cotação. A sua aplicação é simples e permite uma avaliação subjetiva, mas robusta, do valor que o indivíduo atribui a si próprio (Rosenberg, 1965)

A versão portuguesa da RSES foi validada por Santos & Maia (2003), com bons indicadores de consistência interna e validade de constructo, revelando-se adequada para contextos clínicos e de investigação em populações adultas portuguesas. No âmbito da enfermagem de saúde mental, a utilização da RSES possibilita uma monitorização objetiva da perceção de valor pessoal do utente, constituindo-se como um recurso útil na avaliação e planeamento da intervenção terapêutica.

Terapia Cognitiva de Aaron Beck

A Terapia Cognitiva de Aaron Beck, desenvolvida nas décadas de 1960 e 1970, é amplamente reconhecida como uma abordagem eficaz no tratamento de uma variedade de distúrbios psicológicos, tais como a ansiedade e a depressão (Beck, 1976).

A Tríade Cognitiva de Beck é um conceito central na Terapia Cognitiva, representando a visão negativa que as pessoas têm de si mesmas, do mundo e do futuro. Beck formulou essa tríade como um modelo para entender os pensamentos automáticos negativos. (Beck, 1976)

Segundo o autor, os pensamentos automáticos negativos surgem quando o utente tem uma visão distorcida e pessimista desses três aspectos. A terapia cognitiva busca modificar essas distorções cognitivas para ajudar o paciente a desenvolver uma visão mais equilibrada e realista. (Dobson, 2001)

Assim sendo, a base dessa terapia assenta na premissa de que as emoções e comportamentos são influenciados pelos processos cognitivos. Beck propôs que, ao identificar e modificar esses pensamentos disfuncionais, os indivíduos poderiam experienciar mudanças emocionais e comportamentais significativas. (Dobson, 2001)

A Terapia Cognitiva é estruturada e orientada para objetivos e metas, com um foco na identificação e reestruturação de crenças irracionais que intensificam o sofrimento emocional do utente, sendo aplicada de maneira colaborativa e ativa entre o terapeuta e o utente (Greenberger & Padesky, 1995).

Esta terapia, na sua adaptação para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tem-se mostrado eficaz no tratamento de distúrbios emocionais como a ansiedade e a depressão, sob forma de intervenções psicoterapêuticas. Este tipo de abordagem tem demonstrado resultados positivos, com melhorias significativas dos sintomas ansiosos, especialmente quando comparado com tratamentos exclusivamente psicofarmacológicos (Sampaio et al., 2018)

Pensamentos Automáticos Negativos e Distorções Cognitivas

Os pensamentos automáticos negativos são descritos como pensamentos involuntários, espontâneos, rápidos e muitas vezes irracionais que ocorrem diante de situações quotidianas, sem que a pessoa tenha consciência. Esses pensamentos são muitas vezes distorções cognitivas que reforçam crenças negativas sobre si mesmo, o mundo e o futuro (Beck, 1976).

Esses pensamentos automáticos negativos estão associados ao desenvolvimento de distúrbios emocionais, como a depressão e a ansiedade, e podem contribuir para sentimentos de desesperança e de incompetência. A eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento desses quadros tem sido amplamente demonstrada (Hofmann et al., 2012).

Também Clark e Beck (2010) afirmam que os pensamentos automáticos negativos surgem de uma interpretação distorcida da realidade, levando à sensação de impotência perante situações de stress.

As distorções cognitivas referem-se a padrões de pensamento automáticos e irracionais que afetam a forma como os indivíduos percebem a realidade e reagem a ela. Essas distorções são uma das principais causas do sofrimento emocional dos utentes. A importância da identificação e modificação dessas distorções no contexto da terapia cognitiva é uma peça chave para a recuperação dos utentes (Beck, 1976).

Burns (1980) identificou várias distorções cognitivas comuns em indivíduos com depressão, que tendem a focar-se nos aspetos negativos e a ignorar os positivos. Entre elas estão a catastrofização — antecipar o pior cenário possível — e a leitura da mente — presumir saber o que os outros estão a pensar.

Também Ellis (1962), criador da Terapia Racional-Emotiva-Comportamental, destacou as crenças irracionais como fator central nas distorções cognitivas. Ele sugeriu que crenças como a necessidade de aprovação dos outros ou a intolerância à frustração são frequentemente a origem dessas distorções, e que, quando rigidamente mantidas, distorcem a percepção da realidade.

Os vários tipos de distorções cognitivas identificados por diversos autores incluem:

- Pensamento dicotômico: O indivíduo vê as situações em termos absolutos, como "tudo ou nada", sem considerar as várias hipóteses da realidade (Beck, 1976).
- Catastrofização: Antecipação de cenários catastróficos, sem considerar a probabilidade real de tal evento ocorrer (Burns, 1980).
- Generalização: A pessoa tira conclusões gerais a partir de um único evento, acreditando que o que ocorreu uma vez ocorrerá novamente (Burns, 1980).
- Leitura da mente: A crença de que se sabe o que os outros estão a pensar, geralmente de forma negativa (Burns, 1980).
- Personalização: A pessoa culpa-se por eventos fora do seu controlo, assumindo responsabilidade por situações que não são diretamente culpa sua (Beck, 1976).
- Filtro mental: O indivíduo foca-se apenas nos aspectos negativos de uma situação, ignorando os positivos (Burns, 1980).
- Rotulação: O indivíduo vê-se de forma excessivamente negativa, como, por exemplo, "sou um fracasso" ou "não presto" (Beck, 1976).
- Maximização e minimização: A pessoa exagera a importância dos problemas e diminui a importância das suas conquistas ou qualidades (Burns, 1980).

A Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Atendendo ao Regulamento nº515/2018 (2018), o EEESMP “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” (Regulamento nº515/2018, 2018, pp.21427). Desta forma, detém habilitações, que lhe permitem desenvolver intervenções de enfermagem específicas na sua área e que o diferenciam, como sejam as intervenções psicoterapêuticas.

A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica consiste na aplicação intencional e estruturada de técnicas de psicoterapia, realizadas por enfermeiros especialistas em ESMP ou por enfermeiros de cuidados gerais com formação específica certificada pela Ordem dos Enfermeiros, visando promover mudanças nos sentimentos, atitudes e comportamentos dos utentes. É uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2018).

A distinção entre a intervenção psicoterapêutica em enfermagem e a psicoterapia tradicional reside no fato de que a primeira se baseia num diagnóstico de enfermagem e pode ser realizada

em diferentes contextos, não se restringindo a um ambiente clínico fechado e utilizando intervenções integradas na Nursing Interventions Classification (NIC). (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2012).

A prática da intervenção psicoterapêutica exige uma avaliação inicial abrangente por parte do EEESMP e a sua capacidade de identificar se o utente atende aos critérios de inclusão e não apresenta critérios de exclusão, tais como, confusão, défice cognitivo grave, agitação psicomotora e sintomas heterólogos graves, para garantir a eficácia do processo terapêutico (Sampaio et al., 2018).

O Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem

O modelo de intervenção psicoterapêutica (ANEXO III) desenvolvido por Sampaio, Sequeira e Lluch Canut (2018) tem como objetivo sistematizar todas as intervenções psicoterapêuticas realizadas por enfermeiros especialistas em ESMP.

Este apresenta como bases científicas algumas das taxonomias de enfermagem reconhecidas, tais como a North American Nursing Diagnosis Association – International (NANDA-I), a NIC e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2018).

Procedendo com a sua análise, este modelo ilustra a estrutura da intervenção psicoterapêutica em enfermagem, abordando três elementos fundamentais: diagnósticos de enfermagem, intervenções psicoterapêuticas e resultados esperados.

O mesmo assenta numa abordagem integrativa, combinando diferentes estratégias terapêuticas e é aplicável tanto em internamento quanto em ambulatório. Conta com um número variável de sessões (entre 3 a 12) e o tempo de duração é de breve a média duração. A comunicação interpessoal entre enfermeiro e utente, bem como o estabelecimento de uma relação terapêutica, são os pilares essenciais para o sucesso da intervenção. (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2018).

Os diagnósticos de enfermagem, baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)/NANDA-I, centram-se em questões emocionais e comportamentais e permitem que a intervenção seja direcionada às necessidades individuais do paciente. A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) organiza as intervenções psicoterapêuticas de enfermagem de forma padronizada, facilitando a sua aplicação na prática clínica. Os resultados esperados são medidos com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Esses indicadores refletem a eficácia da intervenção e a evolução do utente ao longo da intervenção. (Sampaio, Sequeira & Lluch Canut, 2018).

A Reestruturação Cognitiva como Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem

A Reestruturação Cognitiva, que se fundamenta na teoria cognitiva de Aaron Beck, trata-se de uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que consiste em desafiar o cliente a alterar padrões de pensamentos distorcidos e a encarar-se de forma mais realista, assim como o ambiente em que está inserido (Santos et al, 2020).

Em contexto de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a aplicação da reestruturação cognitiva tem demonstrado benefícios evidentes. A prática desta intervenção por enfermeiros especialistas permite atuar diretamente sobre as cognições distorcidas dos utentes, facilitando a redução da sintomatologia ansiosa e depressiva, promovendo a autoconfiança e a autoestima (Sampaio, Sequeira, & Lluch Canut, 2018).

De acordo com Santos et al. (2020), a reestruturação cognitiva aplicada por enfermeiros especialistas segue uma metodologia estruturada que inclui etapas específicas: primeiro, a identificação dos pensamentos disfuncionais; em seguida, a avaliação crítica da evidência que sustenta tais pensamentos; e, por fim, a formulação de respostas racionais e alternativas.

Já Hofmann et al. (2012), destacam que a eficácia da reestruturação cognitiva se amplia quando integrada num modelo terapêutico colaborativo, no qual o utente participa ativamente na identificação dos seus padrões de pensamento negativos. A participação ativa fortalece a relação terapêutica e melhora os resultados clínicos, uma vez que aumenta o sentimento de controlo do utente sobre a sua própria saúde mental.

A prática da reestruturação cognitiva no contexto da enfermagem psicoterapêutica está alinhada com as intervenções recomendadas pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), que reconhece esta técnica como uma intervenção de referência para o tratamento de distúrbios emocionais (Bulechek et al, 2012).

Também a Direção Geral de Saúde (DGS) reforça, nas suas orientações para a saúde mental, a necessidade de promover intervenções psicoterapêuticas breves, integradas nos cuidados de proximidade, para responder eficazmente às necessidades da população (DGS, 2020).

Modelo Teórico de Enfermagem Aplicado: Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

No contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, onde a relação terapêutica é uma ferramenta central de intervenção, o modelo teórico que melhor se enquadra neste estudo de caso é a Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau e publicada pela primeira vez em 1952.

Peplau defendia que a enfermagem vai muito além da simples execução de técnicas e procedimentos, sendo fundamental estabelecer uma relação interpessoal com o utente para que este possa alcançar a melhoria da sua saúde mental e reconhecendo a interação dinâmica entre

o enfermeiro e o utente como um processo colaborativo, onde ambos participam ativamente no alcance de objetivos comuns (Peplau, 1997).

A teoria de Peplau estrutura-se em quatro fases essenciais: orientação, identificação, exploração e resolução. Estas etapas ajudam a guiar o enfermeiro na construção de uma relação terapêutica eficaz, criando um ambiente seguro e de confiança, no qual o utente se sente acolhido e motivado a partilhar os seus sentimentos e pensamentos mais profundos (Forchuk, 2021).

Na fase de orientação, o enfermeiro acolhe o utente, identifica as suas necessidades e define os objetivos terapêuticos em conjunto. Já na fase de identificação, o utente começa a reconhecer que o enfermeiro é um parceiro que o ajuda na procura de soluções para as suas dificuldades (Peplau, 1997). A fase de exploração permite ao utente trabalhar ativamente na reestruturação dos seus pensamentos, processo que se integra perfeitamente com as técnicas de reestruturação cognitiva abordadas anteriormente. Por fim, na fase de resolução, observa-se a consolidação das aprendizagens e a capacitação do utente (Forchuk, 2021).

Esta teoria assume particular relevância no cuidado a utentes com ansiedade, depressão e baixa autoestima, pois valoriza a empatia, a escuta ativa e o respeito pelo ritmo do utente, criando as condições necessárias para uma mudança cognitiva e emocional positiva (Shattell et al., 2007).

Também a DGS refere, nas suas orientações para a promoção da saúde mental, a importância de uma abordagem centrada na pessoa e na construção de relações terapêuticas de qualidade como pilares fundamentais para uma intervenção eficaz (DGS, 2020).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 50 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-03 10:00:00	Sertralina 50mg (1 comprimido ao jantar)	

Início	Medicação	Fim
2024-10-03 10:00:00	Propanolol 10mg (1 Comprimido ao Pequeno-Almoço + 1 Comprimido ao Jantar)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- Sertralina

A sertralina é um antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina indicado para o tratamento da depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico, transtorno de stress pós-traumático e fobia social (Infarmed, 2023).

No caso da Sr.^a X em particular, a sua indicação surge na necessidade de ajudar a controlar os sintomas depressivos manifestados pela utente.

Os principais efeitos adversos a vigiar, do ponto de vista de enfermagem incluem náuseas, insónia, sonolência, boca seca, tonturas e disfunção sexual (Infarmed, 2023).

Além disso, e no caso específico da Sr.^a X, tendo esta iniciado a sertralina há cerca de apenas duas semanas, é importante avaliar o risco de ideação suicida, particularmente no início do tratamento ou durante ajustes de dose, e educar os clientes sobre a importância de relatar qualquer pensamento suicida ou mudanças de humor, uma vez que, alguns pacientes podem apresentar um aumento da ideação suicida nas primeiras semanas de uso do antidepressivo. Isso pode ocorrer porque, antes que o efeito terapêutico completo se manifeste, pode haver uma melhora inicial na energia e motivação, o que pode aumentar a capacidade de agir sobre pensamentos suicidas preexistentes (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022).

É importante alertar a utente para que não interrompa o medicamento de forma abrupta, devido ao risco de desenvolver uma síndrome de descontinuação de antidepressivos (antidepressant discontinuation syndrome), que embora apresente sintomas físicos como tonturas, cefaleias, fadiga, náuseas, tremores, insónias, formigueiro e sensibilidade sensorial aumentada, difere da síndrome de abstinência, associada à dependência. Haddad e Anderson (2007) explicam que a síndrome de desabitação decorre de alterações neuroadaptativas fisiológicas — sem implicar dependência no sentido de craving ou dependência comportamental — e usualmente resolve-se com a reinstauração parcial do fármaco ou com diminuição gradual da dose, conforme orientação médica.

Em contraste, as síndromes de abstinência envolvem sofrimento clínico mais intenso e estão relacionadas a dependência somática e psicológica. Por isso, recomenda-se uma redução gradual da dose ao longo de várias semanas ou meses, para minimizar estes efeitos e proteger

o bem-estar da utente (Haddad & Anderson, 2007).

Acresce ainda a necessidade de considerar o risco aumentado de recaída da depressão, particularmente quando há interrupção precoce ou não supervisionada do tratamento. Sempre que um antidepressivo é descontinuado, o risco de recidiva ou recorrência dos sintomas depressivos é maior do que quando o tratamento é mantido. Estudos mostram que esse risco é especialmente elevado nos primeiros seis meses após a interrupção e que a descontinuação gradual, associada a intervenções como a terapia cognitivo-comportamental, pode ajudar a reduzir esse risco (Bjerre et al., 2023).

No acompanhamento da Sr.^a X, o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica assume particular importância na promoção da adesão terapêutica e na vigilância clínica ao longo do tratamento com sertralina. Para além da monitorização dos efeitos adversos já identificados e do risco de ideação suicida nas fases iniciais da terapêutica, o enfermeiro deve assegurar que a utente compreende claramente o regime medicamentoso prescrito.

- Propanolol

O propranolol é um betabloqueador cujas indicações terapêuticas incluem o controlo da hipertensão arterial, angina de peito, arritmias cardíacas, profilaxia da enxaqueca, controlo do tremor essencial e gestão de sintomas físicos associados à ansiedade, como taquicardia e tremores (Infarmed, 2023).

No caso da Sr.^a X, o propranolol está indicado no controlo dos sintomas físicos que a utente manifesta em resposta à ansiedade, tais como, redução da frequência cardíaca, diminuição de tremores, controlo de hiperhidrose e redução de palpitações.

No contexto do tratamento da Sr.^a X com propranolol, o papel do enfermeiro é essencial para garantir a segurança e a eficácia da terapêutica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003), os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, desempenham um papel decisivo na promoção da adesão ao tratamento através da educação, acompanhamento contínuo e monitorização dos efeitos adversos, contribuindo assim para melhores resultados clínicos e fortalecimento da literacia em saúde.

Do ponto de vista de enfermagem, torna-se prioritária a vigilância rigorosa dos sinais vitais, especialmente da frequência cardíaca e da pressão arterial, uma vez que o propranolol pode causar bradicardia e hipotensão (Infarmed, 2023).

É igualmente importante monitorizar a presença de sintomas indicativos de insuficiência cardíaca, como edema periférico, dispneia ou fadiga extrema, bem como sinais respiratórios de broncoespasmo, particularmente em utentes com histórico de doença respiratória (Brunton et al., 2022).

A utente deve então ser orientada pelo enfermeiro a relatar prontamente qualquer sintoma de agravamento ou efeito indesejado, garantindo assim uma resposta atempada.

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-10-2024 10:00	Emoção	
03-10-2024 10:00	Autoconceito	

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

A seleção dos domínios Emoção e Autoconceito no acompanhamento da Sr.^a X fundamentou-se numa análise cuidadosa dos dados obtidos na entrevista clínica, nas manifestações verbais e comportamentais da utente, e na avaliação psicométrica aplicada.

Emoção

O domínio Emoção, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), refere-se ao “processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença” (International Classification for Nursing Practice [ICNP], 2019).

Além da definição do domínio Emoção segundo a CIPE, importa analisar os dados clínicos observados que concorrem para este domínio. As características do humor incluem sentimentos persistentes de tristeza, desânimo ou irritabilidade. As manifestações de antecipação da ameaça refletem-se na presença de ansiedade, inquietação, ruminações sobre eventos futuros negativos ou medo desproporcional. Já os sentimentos de pesar podem estar associados a perdas passadas ou sentimentos de culpa e arrependimento.

No caso da Sr.^a X, identificaram-se sobretudo manifestações de antecipação da ameaça, evidenciadas por expressões frequentes de preocupação excessiva, dificuldade em controlar pensamentos negativos sobre o futuro e hipervigilância face a situações quotidianas, o que indica um estado de alerta constante e antecipação de eventos adversos.

A emoção predominante identificada na Sr.^a X foi a ansiedade — verbalizada pela própria utente, que refere sentir-se constantemente preocupada e apreensiva face a situações quotidianas. Esta manifesta-se de forma crónica e interfere significativamente com o seu dia-a-dia, evidenciada por comportamentos como contar linhas na estrada, postes ou sinais de

trânsito, com impacto direto na sua funcionalidade.

Estes comportamentos podem ser compreendidos como mecanismos de coping disfuncionais, utilizados na tentativa de reduzir temporariamente a ansiedade, mas que, a longo prazo, acabam por perpetuar o ciclo ansioso e manter a sintomatologia (Lazarus & Folkman, 1984).

A American Psychiatric Association (2022), no DSM-5-TR, também descreve que comportamentos repetitivos, como os referidos, são manifestações comuns em quadros de ansiedade, representando estratégias inadequadas para o controlo desta emoção.

Além disso, a ruminação de eventos traumáticos do passado, como a exposição à violência doméstica e os abusos sexuais vivenciados pelas irmãs da utente, atua como um gatilho constante para a sua ansiedade. Ela associa situações quotidianas e comportamentos a estes gatilhos emocionais, exacerbando as suas respostas ansiosas.

De acordo com o DSM-5-TR, a ansiedade crónica está frequentemente associada a dificuldades de concentração e memória, bem como a sentimentos persistentes de insegurança e incapacidade. Estes fatores contribuem para a intensificação do sofrimento emocional e podem levar ao desenvolvimento de um humor depressivo (APA, 2022).

Além disso, observam-se na Sr.^a X, dados sugestivos de humor depressivo, evidente na sua postura cabisbaixa, labilidade emocional com choro fácil, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade e verbalizações como “não sirvo para nada” ou “sinto-me inferior aos meus irmãos”. Refere ainda fadiga emocional, dificuldade de concentração e perda de interesse por atividades habituais.

Com o objetivo de avaliar de forma sistemática e padronizada os focos relacionados com a emoção, foram utilizadas as seguintes escalas: Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), Resultado NOC: Nível de Depressão (Mood Control: Depression Level) e Resultado NOC: Autocontrolo da Ansiedade (Anxiety Self-Control), cujos indicadores permitiram monitorizar com rigor o estado emocional da utente e a evolução ao longo da intervenção terapêutica.

O resultado obtido após a aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton soma um total de 33 pontos, correspondendo a Ansiedade Patológica Grave.

Também a aplicação do Resultado NOC: Autocontrolo da Ansiedade (Anxiety Self-Control) revela na Sr.^a X, dificuldade significativa em gerir os sintomas de ansiedade.

Por fim, a aplicação do Resultado NOC: Nível de Depressão (Mood Control: Depression Level), revela um Nível de Depressão Moderado.

Autoconceito

O autoconceito é definido como a perceção que cada pessoa tem de si própria, incluindo a

imagem que constrói de si mesma e as avaliações emocionais e cognitivas que faz sobre as suas qualidades, competências e atributos (ICNP, 2019).

Esta percepção influencia de forma significativa a maneira como se lida com as experiências da vida e com as nossas emoções (Baumeister, 1999).

No caso da Sr.^a X, observa-se um comprometimento significativo do autoconceito, possivelmente associado às experiências traumáticas vividas no seu contexto familiar, nomeadamente a exposição a situações de violência doméstica e os abusos sexuais perpetrados por membros próximos da família. A literatura demonstra que eventos traumáticos — especialmente aqueles com origem em relações interpessoais — constituem fatores de risco relevantes para a integridade do autoconceito, podendo alterar profundamente a percepção que o indivíduo tem de si próprio, das suas capacidades e do seu valor pessoal (Claessen et al., 2021).

De acordo com McWilliams (2011), vivências traumáticas não resolvidas tendem a impactar negativamente a construção da identidade e da autoestima, sobretudo quando ocorrem em fases precoces do desenvolvimento ou em contextos familiares disfuncionais.

Segundo Vaz Serra (1988), a autoimagem desenvolve-se a partir das vivências pessoais e da forma como cada indivíduo interpreta aquilo que experienciou. A Sr.^a X vê-se como inferior aos seus irmãos, o que demonstra claramente uma autoimagem negativa.

A sua autoestima também está comprometida. Demonstra dificuldade em reconhecer os seus pontos fortes e qualidades, algo que é evidente nas suas próprias palavras, como “não sirvo para nada” ou “não tenho capacidade para fazer as coisas bem”. Beck (2011) refere que este tipo de afirmações são exemplos típicos de distorções cognitivas, que levam a uma percepção desvalorizada de si mesma.

Clark e Beck (2010) destacam que uma autoimagem negativa e uma baixa autoestima contribuem significativamente para o agravamento tanto da ansiedade como da depressão, uma vez que afetam os padrões de pensamento, a percepção de competência pessoal e a forma como o indivíduo interpreta as suas experiências emocionais e relacionais. Este funcionamento cognitivo disfuncional leva frequentemente a sentimentos de inadequação e insegurança, que influenciam negativamente os vínculos interpessoais.

A percepção negativa que tem de si mesma também pode afetar a forma como a Sr.^a X se relaciona com o marido e com os filhos, acabando por reforçar o seu estado ansioso e depressivo.

De acordo com a teoria de Peplau (1997), um autoconceito fragilizado prejudica a capacidade de estabelecer relações interpessoais saudáveis, o que favorece o isolamento e o aumento do sofrimento emocional.

O impacto do autoconceito distorcido da Sr.ª X pode refletir-se também nas suas relações familiares mais alargadas. O conflito com a mãe e a frustração sentida relativamente à distribuição dos bens após a morte do pai intensificam sentimentos de injustiça e de raiva, especialmente face à passividade da mãe perante os abusos sofridos. Estas emoções podem manter vivas as feridas emocionais associadas aos traumas não resolvidos, perpetuando os sintomas ansiosos (APA, 2022).

Também Stuart (2014) refere que a autoestima e o autoconceito influenciam diretamente as relações interpessoais, e que pessoas com autoconceito negativo tendem a evitar relações sociais e a experienciar mais sofrimento emocional.

A Sr.ª X apresenta ainda dificuldades no que diz respeito à sua vida sexual, como a diminuição da libido, que associa diretamente às experiências traumáticas do passado. A literatura indica que eventos traumáticos, especialmente os de cariz sexual, têm um impacto direto no funcionamento sexual e íntimo, sendo frequentemente agravados por estados de autoconceito comprometido (Basson, 2001).

Para avaliar esta dimensão, foi utilizada a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), na qual a utente obteve um Score total de 13 pontos, cujo resultado corresponde a uma Autoestima Baixa.

Dado este contexto, a intervenção terapêutica proposta para a Sr.ª X deve considerar de forma integrada a ligação entre as emoções e o autoconceito. A reestruturação cognitiva surge como uma abordagem eficaz, já que permite trabalhar os pensamentos automáticos negativos e as distorções cognitivas que alimentam a ansiedade e o humor depressivo (Beck, 2011).

3.5. Conceção de Cuidados

Autoconceito

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

03-10-2024 10:00 - Autoconceito comprometido [RESOLVIDO] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução do autoconceito [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [FIM]
28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Aumentar a Autoestima [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Promover a Autoestima [FIM] 28-10-2024 10:00

28-10-2024 10:00

28-10-2024 10:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de

desvalorização pessoal.

28-10-2024 10:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MELHOROU].

28-10-2024 10:00 - Não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas.

Emoção

03-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Com indícios de humor depressivo.

03-10-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade.

03-10-2024 10:00 - Manifestação de inquietação.

03-10-2024 10:00 - Manifestação de irritabilidade.

03-10-2024 10:00 - Com manifestação de pânico .

03-10-2024 10:00 - Aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton - Total: 33 pontos - Resultado: Ansiedade Patológica Grave (ANEXO V)

03-10-2024 10:00 - Aplicação do Resultado NOC Nível de Depressão - Resultado: Nível de Depressão Moderado (ANEXO VI)

03-10-2024 10:00 - Dados da Entrevista Clínica Indicadores de Ansiedade: - Verbaliza ansiedade constante relativa a eventos do dia-a-dia; - Pensamentos recorrentes sobre o passado traumático em ambientes que funcionam como "gatilho"; - Comportamentos de contagem repetitivos; - A percepção da contagem inconsciente intensifica a ansiedade; - Preocupação constante perante o desconhecido e previsão do pior; - Tensão muscular e insónia; - Sensação de insegurança e incapacidade; - Relato de dificuldades na concentração; - Diminuição da libido sexual, associada a ansiedade e memórias traumáticas;

03-10-2024 10:00 - Aplicação do Resultado NOC: Autocontrolo da Ansiedade - Resultado: Dificuldade significativa em gerir os sintomas de ansiedade (ANEXO VII)

03-10-2024 10:00 - Dados da Entrevista Clínica Indicadores de Humor Depressivo: - Postura cabisbaixa; - Labilidade emocional e choro fácil; - Sentimentos de inferioridade ("sinto-me inferior aos meus irmãos" sic); - Desvalorização pessoal e baixa autoestima; - Problemas de memória; - Anedonia sexual.

03-10-2024 10:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Executar técnica de relaxamento [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [FIM]

28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Planear técnica de relaxamento (Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson) [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Avaliar resultados da técnica de relaxamento [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Promover autocontrolo: ansiedade [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

03-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade:

necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2024 10:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

03-10-2024 10:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

03-10-2024 10:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

03-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

03-10-2024 10:00 - Instruir estratégias de relaxamento

03-10-2024 10:00 - Treinar estratégias de relaxamento

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [FIM]

28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Planear Reestruturação Cognitiva [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Executar Reestruturação Cognitiva (Clark & Beck, 2010, citado por Sampaio et al., 2023) [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Avaliar Reestruturação Cognitiva [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Humor depressivo [RESOLVIDO] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Desesperança e pessimismo, Autodesvalorização, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades.

03-10-2024 10:00 - Determinar evolução do humor [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor [FIM] 28-10-2024 10:00

03-10-2024 10:00 - Executar escuta ativa [FIM] 28-10-2024 10:00

28-10-2024 10:00

28-10-2024 10:00 - Sem indícios de humor depressivo [MELHOROU].

28-10-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

28-10-2024 10:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

28-10-2024 10:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MELHOROU].

28-10-2024 10:00 - Sem manifestação de pânico [MELHOROU].

3.6. Especificação das intervenções

Treinar estratégias de relaxamento

- Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (Coelho, J., & Sousa, L. (2020); (ANEXO VIII)

Instruir estratégias de relaxamento

- Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (Coelho, J., & Sousa, L. (2020); (ANEXO VIII)

Avaliar evolução do humor depressivo

- Aplicação do Instrumento de Avaliação "NOC Nível de Depressão" (ANEXO VI)

Executar técnica de relaxamento

- Aplicação de Técnica de Relaxamento através da Respiração Abdominal: Pedir que se sente ou se deite confortavelmente, mantendo a coluna ereta; Pedir para que coloque uma das mãos sobre o abdómen e a outra sobre o peito; Pedir para inspirar lentamente pelo nariz, direcionando o ar para o abdómen. A mão sobre o abdómen deve subir, enquanto a do peito permanece quase imóvel; Pedir para expirar lentamente pela boca, esvaziando o ar do abdómen; Pedir para repetir o ciclo por alguns minutos, mantendo a atenção na respiração e no movimento do abdómen (Pilar et al, 2010).

Avaliar evolução da ansiedade

- Aplicação da Escala de "Avaliação de Ansiedade de Hamilton" (ANEXO V)

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- NIC 5820 "Redução da Ansiedade": Buscar compreender a perspectiva do cliente em relação à situação de stress; Fornecer informações factuais a respeito do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico; Escutar atentamente; Criar uma atmosfera para facilitar a confiança; Encorajar a verbalização dos sentimentos, das percepções e dos medos; Identificar mudanças no nível de ansiedade; Auxiliar o cliente a identificar situações que precipitam a ansiedade; Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados; Orientar o cliente sobre o uso de técnicas de relaxamento (Bulechek et al, 2010).

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Aplicação do Questionário: Avaliação do Conhecimento sobre Estratégias de Autocontrolo da Ansiedade (ANEXO IX)

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Execução de uma Ação de Educação para a Saúde, em grupo, subordinada ao tema "Autocontrolo da Ansiedade" (ANEXO X)

Executar escuta ativa

- NIC 4920 "Escuta Ativa": Estabelecer o objetivo da interação e demonstrar interesse pela

utente, encorajando a expressão de pensamentos, sentimentos e preocupações; Focar completamente na interação, evitando preconceitos, distrações ou pressupostos, e estar sensível às emoções da utente; Utilizar uma postura facilitadora da comunicação e interpretar mensagens não verbais (como tom de voz, volume, e expressões faciais); Identificar temas predominantes, confirmar o significado das mensagens recebidas por meio de perguntas ou feedback, e evitar respostas que desvalorizem ou minimizem as preocupações da utente; Usar estrategicamente o silêncio como técnica de comunicação, dando tempo para que a utente se expresse sem interrupções, refletindo antes de responder (Bulechek et al, 2010).

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Execução de uma Ação de Educação para a Saúde, em grupo, subordinada ao tema "Autocontrolo da Ansiedade" (ANEXO VIII)

Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Aplicação de Grelha de Observação Direta Estruturada de Avaliação da Capacidade para Utilizar Estratégias de Autocontrolo da Ansiedade (ANEXO XI)

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

- Aplicação do Instrumento de Avaliação "Escala de Autoestima de Rosenberg" (ANEXO IV)

Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

- Aplicação do Resultado NOC "Autocontrolo de Ansiedade" (ANEXO VII):

Planear Reestruturação Cognitiva

- Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica: Reestruturação Cognitiva Sra^a X (ANEXO XII)

Executar Reestruturação Cognitiva (Clark & Beck, 2010, citado por Sampaio et al., 2023)

- Sessão Inicial: Desenvolver relação terapêutica de confiança mútua com a utente; Identificar distorções cognitivas na utente; Aplicar "Escala de Ansiedade de Hamilton"; Validar os diagnósticos de Enfermagem ativos; Avaliar motivação da utente para a inclusão nas sessões de Reestruturação Cognitiva; Propor Intervenção Psicoterapêutica "Reestruturação Cognitiva"
- Sessão Intermédia 1: Contextualizar com a utente o fundamento teórico que suporta a intervenção psicoterapêutica "Reestruturação Cognitiva"; Explicar à utente o funcionamento das sessões; Ajudar a utente a compreender em que medida o seu pensamento influencia o seu comportamento; Definir objetivos e metas a atingir em conjunto; Realizar contrato terapêutico que formalize a intervenção; Negociar com a utente tarefa a ser realizada até à próxima sessão.
- Sessão intermédia 2: Explicar o funcionamento da sessão e realizar um breve resumo da sessão anterior; Solicitar as tarefas de casa acordadas na sessão anterior; Analisar e explorar as tarefas em colaboração com a utente; Explorar o erro cognitivo e pensamentos automáticos conjuntamente com a utente; Ajudar a utente a alterar autoverbalizações pouco racionais para autoverbalizações racionais (mais sustentadas numa análise lógica da realidade); Propor tarefa de casa a ser realizada até à sessão

seguinte.

- Sessão intermédia 3: Explicar o funcionamento da sessão e realizar um breve resumo da sessão anterior; Solicitar as tarefas da sessão anterior e analisar e interpretar as mesmas em colaboração com a utente; Explorar o erro cognitivo, pensamentos automáticos e estratégias adaptativas conjuntamente com a utente; Explorar comportamentos disfuncionais que advêm do erro cognitivo; Colocar em prática novas formas de pensamento procurando um confronto progressivo com as situações; Propor a realização de tarefas até à sessão seguinte, nomeadamente com recuso à escrita expressiva.
- Sessão final: Explicar o funcionamento da sessão e fazer um breve resumo da sessão anterior; Solicitar as tarefas da sessão anterior e analisar e interpretar as mesmas em colaboração com a utente; Encorajar a utente a rever as experiências para testar os seus pensamentos, as suas emoções e os seus comportamentos relativamente às alternativas treinadas; Propor a manutenção de tarefas de casa de automonitorização e autocorreção dos pensamentos e aplicar as estratégias treinadas nas sessões; Identificar expectativas e objetivos futuros com a utente; Avaliar os resultados obtidos com a intervenção através da aplicação da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton. (Bulechek et al, 2010)

Avaliar Reestruturação Cognitiva

- Concretizada através da monitorização sistemática da evolução dos pensamentos automáticos, crenças disfuncionais e estratégias cognitivas adaptativas da utente ao longo das sessões da intervenção psicoterapêutica: Exploração contínua dos pensamentos negativos e distorções cognitivas da utente durante as fases exploratórias das sessões 1 a 3, com análise do impacto dos mesmos na sua funcionalidade; Aplicação prática do Quadro de Registo de Pensamentos em todas as sessões, como instrumento estruturado para identificar a frequência, conteúdo e impacto dos pensamentos automáticos disfuncionais; Análise colaborativa das tarefas de casa, que incluiu a discussão dos registos escritos pela utente e a sua capacidade de reconhecer padrões disfuncionais, erros cognitivos e desenvolver respostas alternativas mais realistas; Utilização de técnicas cognitivas como o questionamento socrático e a confrontação perante crenças limitadoras, com o objetivo de promover a reflexão crítica e o enfraquecimento das distorções; Revisão sistemática dos progressos percebidos pela utente, nomeadamente a crescente capacidade para aplicar estratégias cognitivas em situações reais do quotidiano; Aplicação da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton no início e no final da intervenção como medida complementar da eficácia da modificação cognitiva promovida; Sínteses reflexivas no final de cada sessão, nas quais a utente foi incentivada a verbalizar as suas aprendizagens cognitivas e emocionais, permitindo avaliar diretamente o grau de interiorização das estratégias.

Planear técnica de relaxamento (Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson)

- Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson - Planeamento (ANEXO VIII)

Avaliar resultados da técnica de relaxamento

- Antes do início da sessão, a utente foi convidada a classificar o seu nível de ansiedade percebido numa escala de 0 a 10, onde 0 correspondia a “ausência total de ansiedade” e 10 a “ansiedade máxima”. Esta mesma questão foi novamente colocada imediatamente

após a realização da técnica de relaxamento, permitindo comparar os níveis de ansiedade relatados pela cliente, antes e depois da intervenção.

Promover a Autoestima

- NIC 5400 "Fortalecimento da Autoestima": Auxiliar o paciente a reavaliar as percepções negativas de si mesmo; Explorar conquistas alcançadas; Encorajar o paciente a identificar pontos fortes; Reforçar os pontos positivos pessoais reconhecidos pelo paciente; Transmitir confiança na capacidade do paciente de lidar com situações; Auxiliar no estabelecimento de metas realistas para alcançar maior autoestima; Encorajar o paciente a aceitar novos desafios (Bulechek et al, 2010).

3.7. Síntese relativa ao caso

A Sr.^a X, utente de 50 anos, foi admitida no Hospital de Dia de Psiquiatria, manifestando sintomas de ansiedade recorrentes, tais como, preocupação constante, ruminações, insónia, comportamentos obsessivos e instabilidade emocional. A origem do quadro clínico encontra-se associada a vivências traumáticas, nomeadamente o conhecimento recente de abusos sexuais cometidos pelo pai sobre duas das suas irmãs, aliado ao falecimento deste e à intensificação de conflitos familiares, especialmente com a mãe.

A intervenção “Promover autocontrolo: ansiedade” revelou-se pertinente no acompanhamento da Sr.^a X, tendo em conta o seu quadro ansioso crónico, manifestado por preocupações constantes, comportamentos repetitivos como contar elementos no ambiente e dificuldade em gerir estímulos internos e externos.

A consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade foi classificada como facilitadora, uma vez que a utente demonstra alguma capacidade de identificar os contextos desencadeantes do seu mal-estar emocional, nomeadamente situações familiares, recordações traumáticas e sentimentos de perda de controlo.

Já quanto ao conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade, assim como a capacidade para as utilizar, a utente revelou pouca autonomia no uso de técnicas eficazes de regulação emocional, recorrendo a mecanismos disfuncionais como a ruminação e o evitamento.

A consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade mostra-se igualmente incipiente. A presença de distorções cognitivas e pensamentos automáticos negativos prejudica a sua capacidade de adotar uma visão mais equilibrada de si e da realidade.

Dado este contexto, a intervenção terapêutica proposta para a Sr.^a X deve considerar de forma integrada a ligação entre os domínios selecionados - emoção e autoconceito. A

reestruturação cognitiva surge como uma abordagem eficaz, já que permite trabalhar os pensamentos automáticos negativos e as distorções cognitivas que alimentam a ansiedade e o humor depressivo (Beck, 2011).

No plano de cuidados implementado, destacaram-se cinco sessões de reestruturação cognitiva, intervenção psicoterapêutica reconhecida no Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (GOBP, 2020) como dando resposta ao diagnóstico de enfermagem Ansiedade, embora ainda não padronizada na ontologia de enfermagem para esse mesmo diagnóstico.

Durante as sessões intermédias, foi aplicado o quadro de registo de pensamentos, ferramenta estruturada que permite identificar a situação desencadeante, o pensamento automático, a emoção associada, a resposta comportamental e capacitar para a aquisição de estratégias adaptativas (Sequeira e Sampaio, 2021).

Este instrumento revelou-se importante ao longo da intervenção, pois permitiu aumentar a perceção de controlo da utente sobre os seus processos mentais e promover o distanciamento crítico face a crenças disfuncionais. Tal como descrito por Sequeira e Sampaio (2021), esta ferramenta facilita o treino do pensamento alternativo mais funcional e promove o desenvolvimento do autocontrolo cognitivo e emocional.

Complementarmente, durante as sessões, foram integradas técnicas de respiração abdominal, que visaram promover a regulação fisiológica dos sintomas ansiosos, e a escrita terapêutica, através de carta dirigida à mãe, enquanto técnica expressiva de processamento emocional.

A escrita expressiva, como defendem Pennebaker & Smyth (2016), promove a autorreflexão, reduz sintomas ansiosos e depressivos. Esta última permitiu à utente expressar sentimentos ambivalentes de mágoa, revolta e abandono. Após a utilização desta técnica a utente verbaliza sensação de alívio e paz interior.

Também Baikie e Wilhelm (2005), destacam o seu impacto positivo na clarificação emocional e na elaboração simbólica de vivências dolorosas, sobretudo em contextos de silêncio emocional familiar.

Apesar das melhorias observadas — nomeadamente na capacidade de verbalizar emoções, identificar padrões disfuncionais e aplicar estratégias de autorregulação — o número reduzido de sessões poderá ter limitado a consolidação das mudanças cognitivas e emocionais. A evidência científica demonstra que, embora a TCC produza efeitos positivos duradouros mesmo após a cessação do tratamento formal, a manutenção e consolidação dessas mudanças estão frequentemente associadas à duração do protocolo e à continuidade das práticas terapêuticas entre sessões (Cuijpers et al., 2013). Assim, é plausível considerar que, com um maior número de sessões de reestruturação cognitiva permitiria aprofundar o processo de ressignificação, fortalecer a capacidade de autorregulação e promover ganhos terapêuticos mais duradouros.

Paralelamente, a utente beneficiou de outras atividades no Hospital de Dia, como grupo de relaxamento, atelier terapêutico e natação, que contribuíram para a redução da ansiedade somática e para a valorização da rede de apoio interpessoal.

Para além das intervenções psicoterapêuticas estruturadas, foram igualmente fundamentais as intervenções de enfermagem de natureza relacional, nomeadamente a escuta ativa, o estabelecimento da relação terapêutica e o reforço positivo. Estas permitiram criar um ambiente seguro e de confiança, essencial para a expressão emocional por parte da utente da utente.

Analisando os resultados das intervenções executadas, com recurso a instrumentos de avaliação:

- Resultado NOC – Autocontrolo da Ansiedade

- Pré-intervenção: A Sr.^a X apresentava um autocontrolo da ansiedade bastante limitado. A maioria dos indicadores (4 em 6) registava score de 2 ou menos, com destaque negativo para o controlo da resposta à ansiedade, avaliado como inexistente (score 1).

- Pós-intervenção: Verificou-se uma melhoria clara em todos os indicadores. O controlo da resposta à ansiedade subiu para score 3, e os restantes passaram para valores entre 3 e 4, demonstrando maior frequência de comportamentos adaptativos. (ANEXO XIII)

- Resultados: A intervenção mostrou-se eficaz na promoção da autorregulação emocional da Sr.^a X, especialmente na adoção de estratégias de coping e reconhecimento dos sinais de ansiedade.

- Escala de Ansiedade de Hamilton

- Pré-intervenção: A pontuação global era de 33 pontos, o que corresponde a um nível de Ansiedade Patológica Grave, com predominância de humor ansioso, sintomas somáticos e depressivos.

- Pós-intervenção: A pontuação desceu para 20 pontos, correspondente a Ansiedade Moderada. Registou-se redução em praticamente todos os indicadores, incluindo humor depressivo e insónia (ANEXO XIV).

- Resultados: A técnica de relaxamento e as restantes intervenções contribuíram significativamente para a diminuição dos sintomas ansiosos, reduzindo a severidade clínica do quadro.

- Resultado NOC – Nível de Depressão

- Pré-intervenção: Todos os indicadores apresentavam score 2, o que, segundo a classificação NOC, corresponde a um nível de depressão substancial (moderada). Verificava-se humor deprimido, baixa autoestima, desvalorização e raiva.

- Pós-intervenção: Todos os indicadores passaram para score 3, o que traduz um nível de

depressão leve. A utente demonstra maior estabilidade emocional, motivação e reconhecimento pessoal (ANEXO XV).

- Resultados: Os resultados indicam uma evolução positiva do estado emocional da Sr.^a X, com redução do humor depressivo e maior capacidade de integração de experiências traumáticas.

- Escala de Autoestima de Rosenberg

- Pré-intervenção: A pontuação total era de 13 pontos, o que indica autoestima baixa, com respostas marcadas por autocrítica, desvalorização pessoal e sentimento de fracasso.

- Pós-intervenção: A pontuação subiu para 22 pontos, enquadrando-se numa autoestima moderada. Verificou-se maior reconhecimento das qualidades pessoais e menor identificação com afirmações negativas (ANEXO XVI).

- Resultados: A Sr.^a X apresenta agora uma perceção mais positiva de si mesma, o que contribui diretamente para o reforço da resiliência emocional e da estabilidade psicológica.

Em suma, a reestruturação cognitiva, enquanto intervenção psicoterapêutica estruturada e realizada por um EEESMP, demonstrou-se eficaz na diminuição da sintomatologia ansiosa, na promoção de competências de coping e no fortalecimento da autoestima da utente. Esta intervenção foi introduzida manualmente no Plano de Cuidados, uma vez que, embora ainda não se encontre formalmente padronizada na ontologia de enfermagem para o diagnóstico “Ansiedade”, encontra-se reconhecida no GOBP (2020) como intervenção indicada para esse diagnóstico. A sua seleção foi sustentada também pela pertinência face aos diagnósticos de enfermagem identificados ao longo do processo — Ansiedade, Autoconceito Comprometido e Humor Depressivo — para os quais a literatura reconhece benefícios consistentes da reestruturação cognitiva (Sequeira & Sampaio, 2021; Moorhead et al., 2016).

Para além da reestruturação cognitiva, o plano de cuidados integrou ainda outras intervenções terapêuticas que, em conjunto, contribuíram significativamente para os resultados alcançados. Destacam-se as técnicas de respiração abdominal, com o objetivo de regular a ativação fisiológica associada à ansiedade; a escrita terapêutica, através da redação de uma carta simbólica dirigida à mãe, enquanto estratégia expressiva de clarificação emocional e ressignificação simbólica; e a participação em atividades terapêuticas de grupo, como relaxamento, natação e ateliers criativos, com impacto positivo na redução da ansiedade somática e na valorização da rede interpessoal.

Adicionalmente, as intervenções relacionais de enfermagem — como a escuta ativa, o reforço positivo e a manutenção de uma relação terapêutica empática e consistente — foram determinantes para criar um ambiente de segurança emocional e favorecer a expressão de conteúdos internos por parte da utente. De acordo com Niño-Becerra (2021), técnicas como a escuta ativa, o fornecimento de feedback reflexivo e o respeito pelos valores e necessidades do cliente são fundamentais para estabelecer uma comunicação terapêutica eficaz.

Importa reforçar que todas estas intervenções foram complementares à terapêutica psicofarmacológica em curso, sendo plausível considerar que a articulação entre abordagens farmacológicas e psicoterapêuticas teve um impacto direto e positivo nos diagnósticos de enfermagem definidos. Os ganhos em saúde observados nas diversas escalas aplicadas antes e após a intervenção confirmam a eficácia do plano terapêutico implementado.

A evidência científica reforça que a integração entre terapêutica psicofarmacológica e intervenção psicoterapêutica conduz a resultados superiores na gestão da ansiedade e da depressão, tanto ao nível da eficácia sintomática como da funcionalidade global. De acordo com a meta-análise de Pampallona et al. (2004), os doentes submetidos ao tratamento combinado apresentaram taxas significativamente mais elevadas de remissão e menores índices de recaída em comparação com aqueles tratados apenas com uma das modalidades terapêuticas.

Ainda assim, recomenda-se a continuidade do acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico, no sentido de consolidar as mudanças cognitivas e emocionais alcançadas, reforçar a resiliência psicológica e aprofundar o processo de elaboração simbólica das vivências traumáticas.

4. SR.ª Y

Utente do sexo feminino, 53 anos de idade. Vive com a filha de 20 anos e com a irmã de 49, da qual é cuidadora informal. Referenciada para a Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica de Apoio ao Cuidador Informal pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

4.1. Enquadramento teórico

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO DECORRENTE DA ENTREVISTA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados pessoais e sociodemográficos:

A Sr.ª Y é uma mulher de nacionalidade venezuelana, estilista de moda de profissão, atualmente desempregada. Reside em Portugal com a sua irmã de 49 anos, diagnosticada com cancro da mama em estágio avançado. Esta encontra-se parcialmente dependente em todos os autocuidados e vive no apartamento da utente. A sua filha, de 20 anos, estuda noutra cidade. Os seus pais vivem no Funchal, com quem mantém um contacto esporádico.

Dados familiares:

A história familiar da utente está marcada por desafios emocionais e relacionais. Na Venezuela, enfrentou um longo percurso de infertilidade, tendo realizado múltiplos tratamentos de fertilização in vitro. Após seis anos de tentativas, conseguiu engravidar, tendo o nascimento da filha representado uma superação pessoal significativa. A família mudou-se para Portugal quando a filha tinha apenas um ano e quatro meses, procurando melhores condições de vida. Inicialmente, viveram na casa dos sogros, onde a relação com a sogra revelou-se difícil.

Atualmente, a Sr.ª Y encontra-se divorciada há 4 anos, após uma relação conjugal marcada por comportamentos agressivos, rigidez e episódios de violência verbal por parte do marido. A descoberta de mensagens no telemóvel do marido revelou infidelidades, tendo esse episódio tido um impacto devastador na sua autoestima. A utente verbaliza sentimentos de culpa e autodepreciação, expressando-se com frases como: “se calhar, não fui boa o suficiente para ele” (sic) e “não fui boa o suficiente para ele durante o sexo e por isso mereço tudo o que está a acontecer” (sic). Adicionalmente, atribui os acontecimentos a uma punição divina, afirmando: “Deus está-me a castigar” (sic).

Além disso, refere um distanciamento emocional e físico dos pais, que residem na Madeira há cerca de cinco anos e mantêm contacto esporádico com ela e a irmã, o que contribui para a sua percepção de abandono e solidão.

O genograma (Figura 3) seguidamente apresentado permite visualizar de forma clara a estrutura familiar da Sr.^a Y.

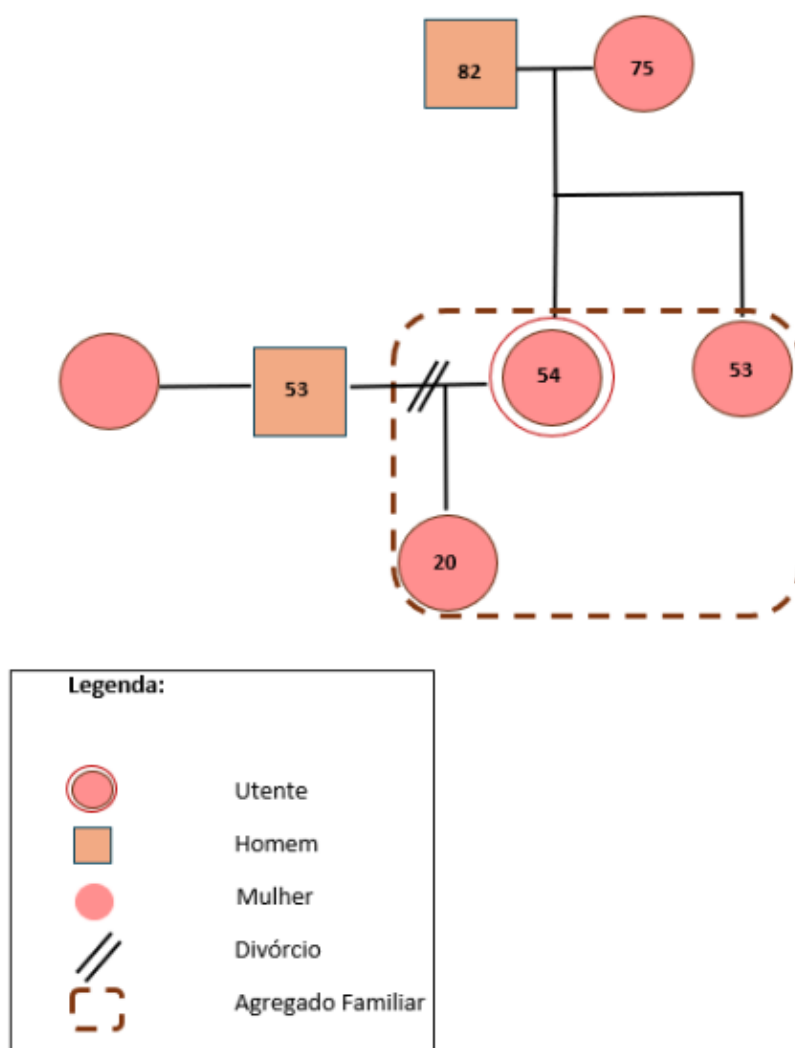


Figura 3 - Genograma da Sr.^a Y

A Sr.^a Y, destaca-se no núcleo familiar enquanto figura central e cuidadora principal da irmã, de 53 anos, que enfrenta uma situação de dependência parcial devido ao diagnóstico de cancro da mama. Ambas vivem juntas e constituem o agregado familiar imediato, evidenciado no genograma com uma linha de delimitação a castanho. Esta convivência diária reflete a dedicação intensa da utente aos cuidados da irmã, colocando em segundo plano as suas próprias necessidades e projetos pessoais.

A filha da Sr.^a Y, embora incluída no agregado familiar, reside noutra cidade devido aos seus estudos superiores. A distância física, aliada à pouca rede de apoio identificada, acentua o sentimento de solidão que a utente manifesta. Apesar do laço afetivo com a filha, a ausência diária acaba por privar a utente de uma presença próxima que pudesse atenuar a sobrecarga emocional.

Os pais da Sr.^a Y, vivem no Funchal. De acordo com o relato da utente, o contacto com os progenitores é esporádico, o que contribui para a perceção de distância e fraca rede de suporte familiar. Este afastamento geográfico e emocional, agrava a sensação de desamparo partilhada pela utente durante a entrevista clínica.

O ex-marido, encontra-se devidamente representado no genograma. Esta relação adquire relevância num percurso de vida marcado por diversas experiências emocionais, entre as quais se inclui um processo de divórcio, com impacto na autoestima da utente.

O ecomapa (Figura 4) da Sr.^a Y oferece uma leitura complementar à análise da sua estrutura familiar, permitindo visualizar de forma clara a sua rede de apoio, tanto formal como informal, bem como a qualidade e intensidade das ligações estabelecidas.

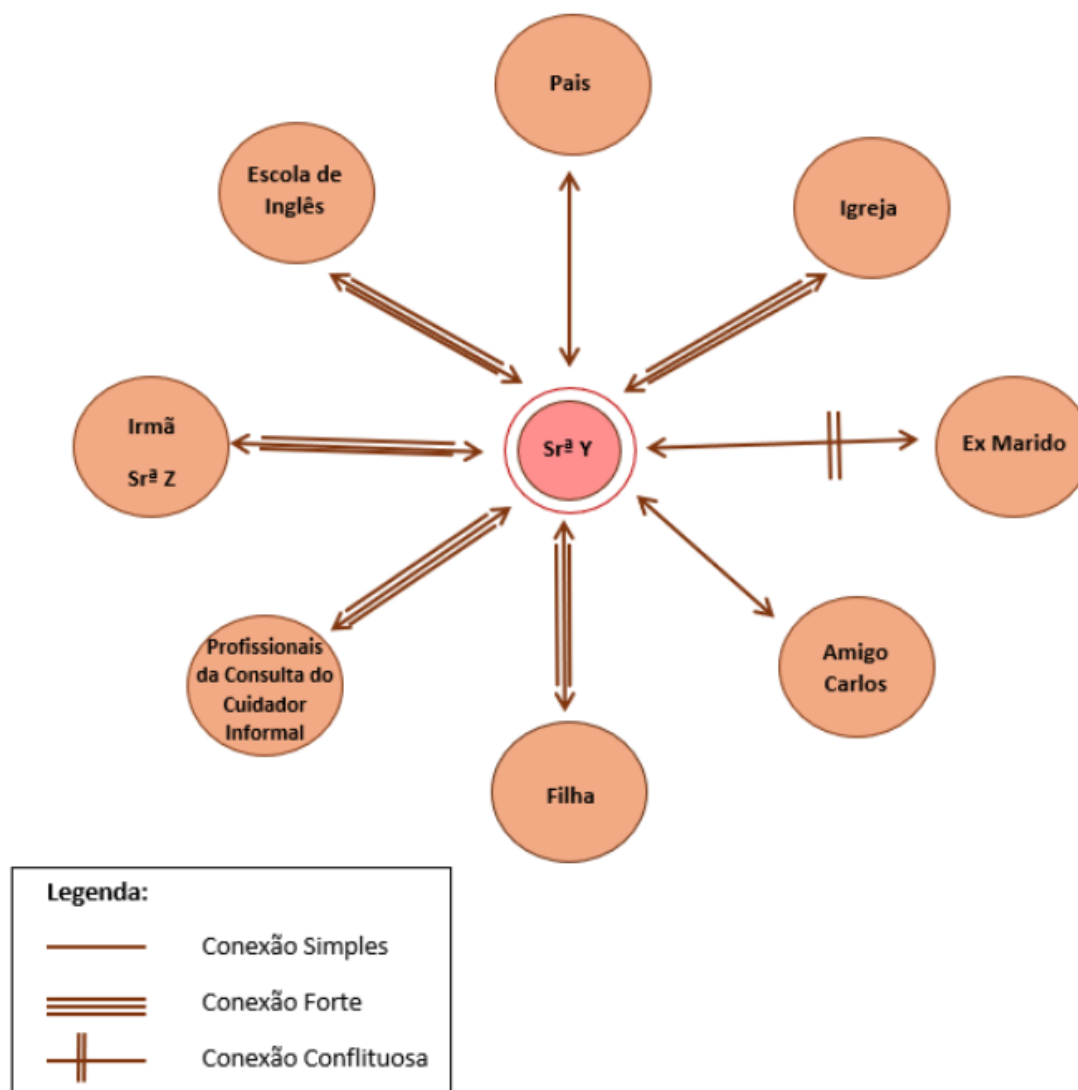


Figura 4 - Ecomapa da Sr.ª Y

No centro do ecomapa encontra-se a própria utente, em torno da qual se distribuem diversas conexões. A relação com a irmã, por quem assume o papel de cuidadora informal, é representada como forte e central, traduzindo a intensidade da convivência, o vínculo emocional e o peso da responsabilidade assumida.

Entre os vínculos familiares, a relação com a filha destaca-se como emocionalmente significativa, apesar da distância geográfica que limita a sua utilidade prática no dia-a-dia. Este laço funciona como um fator protetor, promovendo resiliência emocional na utente. A literatura evidencia que laços familiares de qualidade — especialmente em relações intergeracionais — exercem um efeito de apoio emocional e segurança, promovendo bem-estar psicológico ao longo da vida (Merz et al., 2009). Este tipo de vínculo tem sido associado a níveis mais elevados de satisfação, autoestima e resiliência, especialmente em fases de vulnerabilidade

emocional (Milkie et al., 2008).

As ligações formais assumem também um papel crescente na vida da Sr.^a Y. A sua ligação à Consulta de Apoio ao Cuidador Informal é representada como forte, indicando que a intervenção profissional tem sido relevante no alívio da sobrecarga emocional e na construção de estratégias de coping. Na perspectiva da utente, a frequência de um curso de inglês surge como uma estratégia de desenvolvimento pessoal e ocupacional, proporcionando momentos de distanciamento saudável das suas preocupações e potenciais benefícios futuros no regresso ao mercado de trabalho.

A ligação à igreja surge no ecomapa como uma conexão simples, refletindo uma presença espiritual relevante, mas sem que, até ao momento, se configure como um suporte emocional ativo ou uma rede de apoio estruturada. Ainda assim, esta ligação pode vir a assumir um papel mais relevante, caso a utente encontre nesse espaço oportunidades de acolhimento, partilha ou integração social.

Por outro lado, algumas conexões permanecem frágeis ou conflituosas. A relação com os pais, apesar de existente, é marcada por distanciamento emocional e traduz-se apenas numa conexão simples, sem suporte efetivo. Já a relação com o ex-marido é conflituosa, mantendo um impacto negativo contínuo, associado a sentimentos de culpa, rejeição e desvalorização pessoal.

A ligação com o amigo Carlos é classificada como simples, mas representa uma potencial oportunidade de reconstrução da rede social, caso a utente venha a sentir-se emocionalmente disponível para retomar contatos interpessoais mais consistentes.

De uma forma global, este ecomapa revela uma estrutura familiar marcada pela distância emocional e física, com vínculos afetivos fragilizados e ausência de uma rede de apoio consistente. Esta configuração contribui para o isolamento da Sr.^a Y e acentua o risco de exaustão emocional associado ao papel de cuidadora informal.

História de saúde física:

Em 2020, a Sr.^a Y realizou uma biópsia ao útero após diagnóstico de HPV. Não apresenta outras doenças físicas relevantes mencionadas até à data. Não está sob acompanhamento médico regular nem refere uso atual de medicação ou alergias conhecidas.

História de saúde mental:

Até ao momento da entrevista, a utente não tinha historial de acompanhamento psiquiátrico ou psicológico. Atualmente, manifesta sintomas de humor depressivo e ansiedade, relacionados principalmente com o seu papel de cuidadora e a sobrecarga emocional que dele resulta, a que

se juntam, entre outros, acontecimentos pessoais como o processo de divórcio.

Demonstra distorções cognitivas, predominantemente de personalização e autodepreciação, responsabilizando-se pelos problemas conjugais, mesmo diante dos comportamentos abusivos do marido. Expressa também crenças disfuncionais com conteúdo religioso punitivo, interpretando o sofrimento como um castigo divino.

Consumos e hábitos:

A utente não refere consumo de substâncias psicoativas ou hábitos prejudiciais à saúde.

História da doença atual e acontecimentos precipitantes:

A Sr.^a Y foi referenciada pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) à Consulta de Apoio ao Cuidador Informal, devido ao papel que desempenha como cuidadora da irmã, diagnosticada com cancro da mama em estágio avançado desde 2023.

Assumiu integralmente a prestação de cuidados, colocando em segundo plano a sua vida pessoal e profissional, nomeadamente a procura de emprego. Essa dedicação reflete não apenas a sua entrega, mas também sinais crescentes de sobrecarga emocional e física, agravada pela ausência de uma rede de apoio e pelo isolamento familiar.

Relata pouca projeção para o futuro, acreditando que não conseguirá reconstruir a sua vida afetiva ou lidar eficazmente com a doença da irmã. Este conjunto de acontecimentos precipitou a necessidade de intervenção especializada em saúde mental, com vista à estabilização emocional, promoção da autonomia e desenvolvimento de estratégias de coping.

Aspeto geral e avaliação do estado mental:

Durante a entrevista de avaliação inicial, a Sr.^a Y apresenta-se com aspeto cuidado, postura calma e adequada, e encontra-se orientada no tempo e espaço. Demonstra, no entanto, dificuldade em manter a atenção, especialmente quando se debruça sobre as suas preocupações, voltando frequentemente aos mesmos temas. O discurso é organizado e coerente, centrado nas suas angústias e medos.

Evidencia humor depressivo, com manifestações de tristeza, desânimo, angústia e labilidade emocional, nomeadamente quando se abordam temas sensíveis. Refere ainda tensão constante, medo em relação ao futuro e uma sensação persistente de incapacidade para relaxar.

Do ponto de vista do insight, revela consciência parcial, afirmando sentir-se “muito deprimida e ansiosa” (sic), mas demonstrando dificuldade em compreender plenamente o impacto deste

estado nos seus pensamentos e comportamentos.

As tabelas 3 e 4 refletem a avaliação realizada durante a entrevista clínica.

Exame do Estado Físico	
Processo Fisiológico	Dados
Sistema Respiratório	Sem alterações
Sistema Músculo-esquelético	Sem alterações
Sistema Cardiovascular	Sem alterações
Sistema Gastrointestinal	Sem alterações
Sistema Urinário/ Reprodutivo	HPV, fez biópsia uterina em 2020
Visão/Audição	Sem alterações
Pele	Mucosas coradas e hidratadas

Tabela 3 - Exame do Estado Físico da Sr.^a Y

Exame do Estado Mental	
Processo Psicológico	Dados
Aspeto Geral	Aspeto geral cuidado; postura adequada; contacto afável;
Linguagem e Discurso	Espontâneo, fluente, coerente, rápido e organizado; Sem alterações do ritmo ou débito;
Pensamento	Íntegro quanto à forma, alterado quanto ao conteúdo, com presença de distorções cognitivas;
Percepção	Sem alterações
Humor e Emoções	Humor depressivo, emoções de tristeza, desânimo e angústia; lábil quando abordadas temáticas específicas; Emoção negativa de ansiedade.
Cognição	Íntegra (Segundo avaliação através do resultado "NOC Cognição")
Insight / Consciencialização	Insight parcial.

Tabela 4 - Exame do Estado Mental da Sr.^a Y

No final da entrevista foi aplicada o resultado "NOC Cognição" (ANEXO XVII).

Relativamente ao resultado "NOC Cognição", aos indicadores "Comunicação clara para a idade" e "Comunicação adequada para a idade" foi atribuída a pontuação máxima de 5, uma vez que a

utente apresenta um discurso organizado, coerente e fluido, compatível com a sua formação e história pessoal. Apesar de o discurso estar frequentemente centrado nas suas preocupações, a forma como se expressa é clara, compreensível e ajustada ao seu nível de escolaridade.

No indicador “Compreensão do significado das situações”, foi atribuído o valor de 3 (moderadamente comprometido), dado que a utente apresenta distorções cognitivas marcadas, como personalização, autodepreciação e atribuições de culpa não fundamentadas, demonstrando dificuldades em integrar as situações de vida de forma realista e funcional.

Nos indicadores das funções cognitivas “Atenção”, “Concentração”, “Memória Imediata”, “Memória Remota” e “Processamento de Informações”, foi atribuído um score de 4 a 5 pontos, considerando que a utente permaneceu colaborante e com boa capacidade de raciocínio e evocação de informação. Demonstrou atenção captável e sustentada, embora com oscilações de foco ao abordar conteúdos emocionalmente intensos.

No indicador “Memória Recente”, foi atribuído um score de 5, uma vez que a utente não manifestou dificuldades relevantes em recordar acontecimentos recentes, revelando preservação desta função cognitiva durante a entrevista.

Nos indicadores “Ato de pesar alternativas ao tomar decisões” e “Tomada de decisão adequada”, foi atribuído o score de 3, pois a utente evidencia baixa autoconfiança e tendência a antecipar cenários negativos, o que limita a sua capacidade de resolver problemas de forma eficaz e adaptativa.

No indicador “Habilidades de cálculos complexos”, foi atribuído um score de 3, tendo em conta o seu percurso profissional e grau de escolaridade, bem como o impacto da sobrecarga emocional no seu desempenho cognitivo atual.

Com base na versão adaptada e validada para a população portuguesa por Coelho et al. (2020). Este instrumento avalia indicadores como atenção, concentração, memória e tomada de decisão, utilizando uma escala de Likert de 1 a 5 por item. A soma total dos indicadores aplicados à utente resultou num score de 59 pontos, valor superior ao ponto de corte recomendado de 50 pontos, que, segundo os autores, indica desempenho cognitivo preservado. Assim, conclui-se que a utente se encontra cognitivamente íntegra, ainda que apresente limitações específicas atribuíveis ao seu estado emocional atual.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ansiedade, Depressão e Sobrecarga no Contexto do Cuidador Informal

No capítulo anterior, procedeu-se à exploração teórica das temáticas da ansiedade, do humor depressivo e do autoconceito comprometido, enquadrando estas problemáticas no contexto psicopatológico da utente apresentada no primeiro estudo de caso clínico. Tais conceitos foram

discutidos com base em referenciais cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos, permitindo compreender os mecanismos subjacentes à sua expressão sintomatológica.

Contudo, as mesmas categorias diagnósticas manifestam-se de forma distinta no segundo estudo de caso, exigindo um novo enquadramento teórico, mais centrado nas especificidades da sobrecarga emocional vivida pelo cuidador informal, no impacto da relação terapêutica com o familiar dependente, e nas consequências emocionais de experiências relacionais adversas, como a traição conjugal ou o sentimento de abandono. Assim, a presente fundamentação propõe-se a abordar os conceitos de ansiedade, depressão e sofrimento psíquico sob a lente do papel do cuidador informal, destacando a relação entre o stress crónico do cuidar, o luto antecipatório e a desestruturação emocional associada ao trauma relacional.

Papel do Cuidador Informal

O papel do cuidador informal, embora frequentemente assumido por amor, responsabilidade ou obrigação moral, configura-se como um fator de risco significativo para o desenvolvimento de sofrimento emocional, ansiedade e depressão. A literatura evidencia que a prestação continuada de cuidados a um familiar dependente, sobretudo em contextos de doença crónica ou terminal, está fortemente associada a elevados níveis de sobrecarga física, emocional e psicológica (Zarit et al., 1980; Maslach & Leiter, 2016).

O modelo do burnout aplicado ao cuidador informal, proposto por Maslach e Leiter (2016), descreve três dimensões fundamentais: a exaustão emocional, caracterizada por sensações de cansaço persistente e falta de energia; a despersonalização, que se traduz em atitudes cínicas ou distantes face ao doente; e a reduzida realização pessoal, associada a sentimentos de ineficácia ou fracasso. Estas manifestações são muitas vezes invisibilizadas e não reconhecidas pelos profissionais de saúde, perpetuando um ciclo de sofrimento silencioso.

O stress crónico relacionado com o cuidado informal pode desencadear quadros ansiosos reativos, sobretudo quando existem condições de isolamento social, ausência de apoio familiar e recursos pessoais de coping limitados. A ansiedade, enquanto emoção antecipatória frente a uma percecionada ameaça, assume contornos disfuncionais quando persistente, generalizada ou desproporcional face ao estímulo, interferindo com o funcionamento global da pessoa. Pode manifestar-se através de sintomas somáticos (palpitações, tensão muscular, insónia), cognitivos (ruminação, catastrofização), comportamentais (evitação) e emocionais (medo, angústia) (APA, 2022).

Associada à ansiedade, surge com frequência a sintomatologia depressiva, sobretudo em contextos onde se verifica sentimento de ineficácia, desesperança face ao futuro e perceção de perda de controlo. O humor depressivo não é apenas uma resposta normal ao sofrimento: quando persistente e intensa, traduz um distúrbio que compromete a autoestima, a motivação e

o envolvimento emocional com a vida (Beck, 2011).

Adicionalmente, histórias de vida marcadas por trauma relacional — como traição conjugal, abandono ou violência psicológica — acentuam a vulnerabilidade à ansiedade e à depressão. Estas experiências podem gerar um sentimento persistente de desvalorização, culpa e incapacidade, afetando o autoconceito e a percepção de merecimento de bem-estar. Segundo Pargament e Raiya (2007), quando associadas a crenças religiosas internalizadas de punição divina, tais emoções tendem a ser amplificadas e perpetuadas, reforçando ciclos de sofrimento emocional autoimposto.

No contexto do cuidador informal, a experiência de luto antecipatório é também uma dimensão significativa. Esta forma de luto, que ocorre antes da perda efetiva, é caracterizada por sentimentos de tristeza, ambivalência e antecipação da dor. Rando (2000) defende que o luto antecipatório pode comprometer a estabilidade emocional, especialmente quando não é reconhecido nem validado. É comum que o cuidador sinta culpa pela antecipação da morte ou por desejos inconscientes de alívio, o que pode comprometer o processo de elaboração da perda e agravar o sofrimento psíquico.

Neste contexto, a reestruturação cognitiva revela-se também como uma das intervenções mais eficazes em enfermagem de saúde mental, particularmente quando se verificam distorções de pensamento relacionadas com culpa, desvalorização pessoal e interpretações catastróficas da realidade (Beck, 2011).

Luto

O luto constitui uma experiência complexa, multifacetada e universal, resultante da perda de um objeto de vínculo significativo. Embora a morte de um ente querido represente a forma mais paradigmática de perda, o conceito de luto pode e deve ser alargado a outras perdas simbólicas, tais como a rutura de relações afetivas, a perda de capacidades funcionais, de estatuto, ou mesmo de sentido existencial. Estas perdas, embora por vezes desvalorizadas no discurso social, podem originar um sofrimento comparável ao luto por morte, devendo ser reconhecidas e validadas na sua expressão emocional (Worden, 2009).

Bowlby (1980), no âmbito da teoria do apego, propõe que o luto é a resposta natural à interrupção de uma relação significativa. O autor defende que a vinculação constitui uma necessidade humana fundamental, pelo que a perda do objeto de apego acarreta inevitavelmente uma resposta emocional intensa. Esta resposta não deve ser encarada como uma patologia, mas como um processo adaptativo que visa permitir à pessoa reorganizar-se face à nova realidade, promovendo a integração da perda no seu percurso de vida.

O percurso do luto é influenciado por diversos fatores moduladores, entre os quais se destacam

as características da relação perdida, o contexto da perda (súbita ou antecipada), o suporte social, os recursos pessoais de coping, e a história de saúde mental do enlutado (Neimeyer, 2012). A experiência de luto é profundamente subjetiva e não segue um padrão uniforme, devendo ser reconhecida e respeitada conforme o tempo, ritmo e expressão emocional individuais. Cada pessoa vive o luto de forma única, influenciada pelos seus valores, crenças, cultura e história de vida (National Cancer Institute, 2022). Importa reforçar que este processo comporta uma ampla variedade de emoções, como tristeza, raiva, culpa, medo, desespero ou até alívio, que podem surgir isoladamente ou em simultâneo e variar ao longo do tempo (Worden, 2009; Stroebe et al., 2017). Por essa razão, é fundamental que o processo de luto seja acompanhado por profissionais de saúde mental, com vista à identificação precoce de sinais que possam indicar risco de evolução para um luto patológico.

A abordagem clássica de Kübler-Ross (1969) introduziu uma sequência de cinco estágios emocionais do luto — negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Embora tenha sido pioneira, essa perspectiva foi criticada por criar uma visão linear e normativa do processo de luto, que nem sempre reflete a experiência individual ou cultural dos enlutados. Investigações posteriores demonstraram que os estágios podem surgir em ordem variável, repetirem-se ou mesmo não ocorrerem em todos os indivíduos. Atualmente, defende-se uma perspectiva mais flexível, que considera o luto como um processo oscilatório e individual (Stroebe & Schut, 2010).

A Teoria do Duplo Processo (Stroebe & Schut, 1999) veio aprofundar esta compreensão, ao considerar que o luto envolve a alternância entre duas orientações principais: a orientação para a perda, centrada na confrontação da dor e das emoções associadas à perda; e a orientação para a restauração, focada na reestruturação do quotidiano, papéis sociais e objetivos de vida. Esta alternância permite à pessoa oscilar entre o sofrimento e o alívio, conferindo ao processo uma dinâmica reguladora fundamental para a adaptação.

Quando o processo de luto se torna prolongado, intenso e interfere com o funcionamento global do indivíduo, pode evoluir para um quadro de luto complicado ou luto prolongado persistente. De acordo com o DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022, pp. 403-405), o luto prolongado persistente é classificado como uma perturbação mental distinta, caracterizada por uma duração superior a doze meses (ou seis meses em crianças) de sofrimento intenso relacionado com a perda, que não se resolve naturalmente com o tempo. Os critérios diagnósticos incluem sintomas como o anseio intenso pela pessoa falecida, tristeza persistente, sentimentos de vazio, dificuldade em aceitar a morte, evitação de recordações e isolamento social. Este quadro pode coexistir com outras perturbações, como depressão major, perturbação de ansiedade generalizada e perturbações de stress pós-traumático, tornando a sua identificação clínica particularmente desafiante (APA, 2022).

A literatura alerta, assim, para a importância de diferenciar o sofrimento normativo do sofrimento prolongado e disfuncional, promovendo uma vigilância clínica adequada ao longo do

processo (Prigerson et al., 2009).

Acresce ainda que, segundo a American Psychiatric Association (2022), a manifestação sintomática do luto patológico pode variar em função de determinantes culturais, o que exige dos profissionais de saúde uma compreensão contextualizada dos sintomas relatados. Assim, a avaliação diagnóstica requer sensibilidade cultural e competências relacionais que permitam distinguir o sofrimento normativo das manifestações clinicamente relevantes.

Segundo a APA (2022), esta perturbação difere do luto normativo pela sua intensidade e duração, interferindo significativamente com o funcionamento pessoal, social e ocupacional. O reconhecimento do luto prolongado como categoria diagnóstica permite uma intervenção terapêutica mais eficaz e adequada, nomeadamente através de abordagens psicoterapêuticas baseadas na terapia cognitivo-comportamental ou na terapia centrada no sentido.

Para além do luto patológico, a literatura distingue também o luto antecipatório, que ocorre quando a perda é prevista, especialmente em situações de doença crónica ou terminal. Este tipo de luto possibilita que a pessoa, ainda com o ente querido em vida, inicie um processo de preparação emocional, reorganização dos vínculos e expressão afetiva (Shore et al., 2016).

Também Coelho, et al (2018), numa revisão sobre luto antecipatório em cuidadores informais, documentam que esse processo envolve uma combinação de respostas emocionais, cognitivas e espirituais, podendo manifestar-se como ansiedade, negação e antecipação da futura ausência da pessoa amada. Embora possa conferir algum nível de adaptação prévia à perda, os autores alertam para o risco de sobrecarga emocional e fadiga, especialmente quando associado a elevados níveis de responsabilidade no cuidado .

Neste contexto, o papel do enfermeiro de saúde mental revela-se essencial. A intervenção deve ser centrada na pessoa, integrando a escuta empática, a validação das emoções, o reconhecimento da singularidade do processo de luto e a promoção de estratégias de coping saudáveis. Como salientam Stuart (2014) e Niño-Becerra (2021), a comunicação terapêutica, o respeito pelo ritmo individual e a criação de um ambiente emocionalmente seguro são fundamentais para favorecer a adaptação à perda. A relação terapêutica constitui, neste sentido, um instrumento de grande valor, permitindo que o indivíduo encontre um espaço seguro para elaborar a perda, reconstruir o sentido da sua existência e retomar o investimento afetivo noutros domínios da vida.

Segundo Sequeira et al., 2016, o luto configura-se como uma das reações emocionais mais intensas com que o ser humano se depara, tendo manifestações que atravessam os planos cognitivo, emocional, comportamental, espiritual e social. Os autores defendem que o papel do enfermeiro de saúde mental passa por reconhecer estes diversos planos de expressão, promovendo intervenções que validem a experiência emocional da perda e incentivem a resiliência da pessoa enlutada. A enfermagem, neste contexto, deve criar um espaço

terapêutico onde a pessoa possa narrar a sua dor, construir sentido para a perda e reorganizar a sua identidade pessoal após a perda. O modelo proposto valoriza a dimensão relacional da intervenção e a importância de uma escuta ativa e empática, capaz de sustentar a expressão da dor emocional e de favorecer a sua elaboração.

Em suma, o luto deve ser compreendido como um processo intrinsecamente humano, atravessado por dimensões emocionais, relacionais e existenciais. A intervenção em enfermagem, particularmente no âmbito da saúde mental, deve ser sustentada por uma abordagem holística e humanizada, que reconheça no sofrimento da perda uma oportunidade para o crescimento pessoal e a resignificação da vida.

Modelo Teórico de Enfermagem Aplicado: Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições de Afaf Meleis representa um modelo teórico de enfermagem particularmente relevante para o acompanhamento de pessoas em situações de vulnerabilidade, nomeadamente quando enfrentam mudanças significativas nas suas vidas. Desenvolvida ao longo de várias décadas, esta teoria foca-se nos processos de transição vivenciados pelos indivíduos e nas respostas adaptativas ou disfuncionais que deles decorrem (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis et al. (2000), a transição é um processo dinâmico e multifatorial que ocorre quando há uma alteração no estado de saúde, nos papéis sociais, nas relações interpessoais, na identidade, nos valores ou nas expectativas. Pode ser desencadeada por acontecimentos esperados (como a maternidade ou a reforma), mas também por situações inesperadas ou indesejadas, como a doença, a perda ou a ruptura conjugal. Meleis distingue diferentes tipos de transições: de desenvolvimento, situacionais, relacionadas com a saúde/doença e organizacionais. Cada tipo implica necessidades específicas de apoio e intervenção por parte dos profissionais de enfermagem.

A teoria reconhece que durante o período de transição a pessoa encontra-se particularmente vulnerável, não apenas do ponto de vista físico, mas também psicológico, emocional e social. Esta vulnerabilidade pode resultar em perturbações de humor, ansiedade, baixa autoestima, sentimento de perda de controlo, entre outros sinais de sofrimento psíquico (Meleis et al., 2000). Neste sentido, cabe ao enfermeiro reconhecer os indicadores de transição ineficaz e atuar de forma a promover um processo adaptativo, facilitando a reorganização da identidade e o reencontro de significado pessoal no novo contexto de vida.

A experiência de transição implica, segundo Meleis, quatro propriedades essenciais: consciência, envolvimento, mudança e diferença de tempo. A consciência diz respeito à perceção subjetiva da pessoa sobre a mudança que está a ocorrer. O envolvimento remete para o grau de participação ativa no processo. A mudança refere-se à alteração real de contexto,

papéis ou comportamentos, enquanto a dimensão temporal considera a duração da transição e os momentos críticos que a caracterizam (Meleis, 2010). Estes elementos devem ser avaliados para identificar os pontos de intervenção mais eficazes na prática clínica.

Para além disso, a autora sublinha a importância dos condicionantes pessoais, como o nível de conhecimento, o estado emocional, a resiliência e as experiências anteriores, bem como os condicionantes comunitários, como o suporte social, os recursos institucionais e o acesso a serviços de saúde. Todos estes fatores modulam a experiência de transição e a capacidade de adaptação da pessoa, influenciando diretamente o desfecho do processo.

Na perspetiva de Meleis, a intervenção de enfermagem deve ser centrada na pessoa e focada em promover transições saudáveis, através de estratégias como: a escuta ativa e empática; a promoção do autoconhecimento e da reflexão; o reforço da autoestima; a validação das emoções; a educação para a saúde; e o fortalecimento da rede de apoio (Meleis, 2010). O enfermeiro assume aqui um papel de facilitador, acompanhando a pessoa ao longo do processo e contribuindo para a sua reestruturação pessoal e social.

Por fim, importa destacar que a Teoria das Transições proporciona à enfermagem de saúde mental uma estrutura conceptual robusta para compreender os processos de mudança vividos pelas pessoas em situações de sofrimento psicoemocional. O seu carácter holístico e sensível à subjetividade humana torna-a especialmente adequada à prática centrada na pessoa, promovendo a compreensão do cuidar para além dos sintomas, e orientando a intervenção para o fortalecimento da identidade e da capacidade de resiliência face à adversidade.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 53 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início
2024-11-29 09:00:00

Medicação
Loflazepato de etilo (Victan) , até 2id em SOS

Fim

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O Loflazepato de etilo é um fármaco ansiolítico pertencente à classe das benzodiazepinas, indicado para o tratamento de perturbações da ansiedade e sintomas ansiosos. O seu mecanismo de ação incide no sistema nervoso central, promovendo o alívio da ansiedade (Infarmed, 2020).

Neste cenário, foi prescrita à utente medicação ansiolítica – Loflazepato de etilo – com o objetivo de reduzir a ansiedade intensa, promover o alívio da tensão psíquica, melhorar a qualidade do sono e diminuir o impacto dos pensamentos ruminativos negativos.

Do ponto de vista de enfermagem, é importante monitorizar os efeitos terapêuticos esperados, como a redução dos níveis de ansiedade e a melhoria do descanso noturno; monitorizar e alertar a utente para possíveis reações adversas; tais como, sonolência, descoordenação motora, alterações gastrointestinais, alterações do apetite, alterações visuais, irregularidades cardiovasculares, alterações de memória, confusão, depressão e vertigens (Infarmed, 2020).

É importante educar a utente sobre o risco de dependência associado ao uso prolongado de benzodiazepinas e sensibilizá-la para a importância de cumprir rigorosamente a posologia prescrita, evitando a automedicação e informando a equipa de saúde sobre quaisquer efeitos secundários sentidos. Também deve ser reforçada a necessidade de acompanhamento regular para avaliação da resposta terapêutica e eventual desmame gradual da medicação, sempre sob supervisão médica (Infarmed, 2020).

Assim, a utilização de Loflazepato de etilo na Sr.ª Y, é pontual e controlada, sendo que a utente recorre a este SOS, uma a duas vezes por semana, sic. Este assume um papel relevante no controlo sintomático a curto prazo.

4.4. Domínios

Início

29-11-2024 09:00

29-11-2024 09:00

Domínios

Emoção

Autoconceito

Fim

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

No seguimento da abordagem realizada no caso clínico da Sr.^a X, os domínios de atenção selecionados para o caso da Sr.^a Y mantêm uma coerência metodológica, incidindo igualmente sobre os focos emoção e autoconceito, no entanto, com enquadramentos teóricos e fenomenológicos distintos.

A escolha destes domínios decorre da avaliação clínica inicial, na qual se destacaram indicadores significativos de sofrimento emocional associados a um estado ansioso-depressivo, bem como manifestações de um autoconceito fragilizado. A utente verbalizou preocupação constante com o futuro, dificuldades em gerir os pensamentos ruminativos e sensação persistente de descontrolo emocional, referindo: “A minha cabeça não pára, nem à noite nem de dia” e “Sinto um peso no peito todos os dias, como se nunca conseguisse descansar de verdade”. Demonstrou ainda insónia, hipervigilância, e referiu comportamentos de evitação, nomeadamente o afastamento de locais e pessoas associadas a memórias dolorosas. Associado a este discurso ansioso, destacou-se igualmente um conteúdo marcadamente depressivo, como sentimentos de culpa, choro fácil, perda de interesse por atividades anteriormente valorizadas, e autodepreciação — “Acho que já não tenho valor nenhum, só dou trabalho”. Estas manifestações verbais e não verbais foram determinantes para a formulação dos diagnósticos iniciais, tendo posteriormente orientado a escolha das escalas validadas para avaliação da ansiedade, depressão e autoestima, com o objetivo de quantificar o sofrimento percebido e monitorizar a evolução ao longo do plano de intervenção.

Este quadro foi então corroborado pelos instrumentos de avaliação aplicados, nomeadamente o Inventário de Depressão de Beck – BDI, no qual a utente obteve um total de 38 pontos, compatível com um nível de depressão severa (Beck, Steer & Brown, 1996), e a Escala de Ansiedade de Hamilton, cujo resultado de 28 pontos indicou a presença de ansiedade patológica grave (Hamilton, 1959).

A ansiedade e o humor depressivo parecem emergir sobretudo de um contexto de sobrecarga afetiva resultante do exercício prolongado do papel de cuidadora informal, aliado a experiências relacionais marcadas por conflito, abandono emocional e ausência de suporte afetivo por parte do ex-marido. A utente referiu, por exemplo, sentir-se “exausta de estar sempre a cuidar dos outros” e “completamente sozinha para lidar com tudo”, expressando tristeza quando falava da falta de apoio familiar. Relatou também conflitos antigos com o ex-marido e a sensação de ter sido emocionalmente desvalorizada ao longo da relação. Assim, o domínio Emoção é aqui conceptualizado à luz do impacto da transição para o papel de cuidadora informal, considerando o modelo das transições de Meleis (Meleis et al., 2000), e também do luto antecipatório relacionado com a deterioração progressiva do estado de saúde da irmã, verbalizado pela utente como “um sofrimento por antecipação, porque sei que o pior ainda está para vir”.

Por sua vez o luto, de acordo com a versão portuguesa da CIPE®, elaborada pela Ordem dos Enfermeiros e traduzida do ICNP de 2019, definido como o:

“processo psicológico: processo de resolver o luto; reação emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal, sentimentos de pena ou perda extrema, que se processam através do pranto e do nojo; trabalho consciente com reações e emoções de sofrimento” (CIPE®, 2019, p. 83)

A intensidade da vivência de perda foi também evidenciada na aplicação do Resultado NOC: Resolução do Pesar, no qual a utente obteve um score de 4 – frequentemente demonstrado, sugerindo que, apesar do sofrimento emocional, está a mobilizar recursos de aceitação e ajustamento progressivo à realidade da perda iminente (Moorhead, et al, 2018).

O domínio autoconceito, por sua vez, revela-se comprometido pela vivência de culpa associada à traição conjugal sofrida, a qual é interpretada pela utente à luz de crenças religiosas internalizadas, promovendo um sentido de desvalorização pessoal e auto-acusação moral. A Escala de Autoestima de Rosenberg, aplicada à utente, revelou um score total de 9 pontos, situando-a num nível de autoestima baixa (Rosenberg, 1965), resultado que se encontra em consonância com a validação portuguesa do instrumento (Santos & Maia, 2003). A culpa, enquanto construção sociocultural internalizada, funciona como um fator perpetuador de sofrimento psíquico, intensificando a visão negativa de si mesma. Esta perceção está, de acordo com Stuart (2014), fortemente correlacionada com a diminuição da autoeficácia e com a incapacidade de mobilizar recursos internos de superação.

Neste quadro, a articulação entre os domínios emoção e autoconceito é indissociável, já que o estado emocional atual da utente influencia e é influenciado pela perceção que tem de si mesma enquanto mulher, irmã, mãe e cuidadora. O sofrimento da Sr.ª Y resulta também numa perda de identidade, enraizada em perdas sucessivas de significado, com impacto direto no seu funcionamento global.

Por conseguinte, o modelo teórico das transições de Meleis justifica-se como suporte teórico deste caso, pois permite analisar o impacto de múltiplas transições simultâneas vividas pela utente. Em primeiro lugar, a transição associada à rutura conjugal implica uma perda relacional profunda e marcada por sentimentos de rejeição e abandono. Em segundo lugar, vive uma transição antecipada associada à perda previsível da irmã, por quem assume um papel de cuidadora informal, o que gera ansiedade e tristeza. Estas experiências traduzem-se numa sobrecarga emocional significativa e num desequilíbrio na perceção do self, com sentimentos de desvalorização, cansaço e perda de identidade, em conformidade com o que Meleis et al. (2000) descrevem como transições críticas na saúde. Por conseguinte, o modelo teórico das transições de Meleis justifica-se como suporte teórico deste caso, pois permite analisar o impacto de múltiplas transições simultâneas vividas pela utente. Em primeiro lugar, a transição associada à rutura conjugal implica uma perda relacional profunda e marcada por sentimentos de rejeição e

abandono. Em segundo lugar, vive uma transição antecipada associada à perda previsível da irmã, por quem assume um papel de cuidadora informal, o que gera ansiedade e tristeza. Estas experiências traduzem-se numa sobrecarga emocional significativa e num desequilíbrio na perceção do self, com sentimentos de desvalorização, cansaço e perda de identidade, em conformidade com o que Meleis et al. (2000) descrevem como transições críticas na saúde.

4.5. Conceção de Cuidados

Autoconceito

29-11-2024 09:00

29-11-2024 09:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

29-11-2024 09:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

29-11-2024 09:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

29-11-2024 09:00 - Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

29-11-2024 09:00 - Aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg - Total: 9 pontos - Resultado: Autoestima baixa (ANEXO XVIII)

29-11-2024 09:00 - Dados da Entrevista Clínica Indicadores de Baixa Autoestima:

Autoverbalizações: "Se calhar, não fui boa o suficiente para ele"; "Não fui o que ele esperava durante o sexo"; "Nunca conseguirei superar o divórcio e ser bem-sucedida em relações futuras".

29-11-2024 09:00 - Autoconceito comprometido [RESOLVIDO] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Determinar evolução do autoconceito [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Executar reestruturação cognitiva [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Planear reestruturação cognitiva [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Avaliar reestruturação cognitiva [FIM] 13-02-2025 10:00

13-02-2025 10:00

13-02-2025 10:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MELHOROU].

13-02-2025 10:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MELHOROU].

13-02-2025 10:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MELHOROU].

13-02-2025 10:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MELHOROU].

Emoção

29-11-2024 09:00

29-11-2024 09:00 - Com indícios de humor depressivo.

29-11-2024 09:00 - Verbaliza ansiedade.

29-11-2024 09:00 - Manifestação de inquietação.

29-11-2024 09:00 - Manifesta negação da perda.

29-11-2024 09:00 - Aplicação do Resultado NOC Resolução do Pesar - Resultado: Score = 4 - Frequentemente Demonstrado (ANEXO XIX)

29-11-2024 09:00 - Aplicação do Inventário de Depressão de Beck - BDI - Total: 38 pontos - Resultado: Depressão Severa (ANEXO XX)

29-11-2024 09:00 - Aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton - Total: 28 pontos - Resultado: Ansiedade Patológica Grave (ANEXO XXI)

29-11-2024 09:00 - Dados da Entrevista Clínica Indicadores de Ansiedade: Com queixas de tensão constante, medo do futuro e sensação de incapacidade para relaxar; reatividade emocional acentuada, quando relacionados a temas dolorosos ou traumáticos; dificuldade em manter o foco durante a entrevista.

29-11-2024 09:00 - Dados da Entrevista Clínica Indicadores de Humor Depressivo: Reconhece estar "muito deprimida e ansiosa"; manifesta tristeza, desânimo e angústia; Evidencia sentimentos de desesperança e inutilidade.

29-11-2024 09:00 - Dados da Entrevista Clínica Indicadores de Processo de Luto Não Comprometido: A Sr.^a Y dedica-se integralmente à prestação de cuidados à irmã, priorizando essa responsabilidade; mostra aceitação da situação, capacidade de agir com propósito e envolvimento prático; manifesta sinais de ajustamento emocional à perda iminente, dentro do esperado; verbaliza "quando ela partir para junto de Deus"; Fala sobre como será o funeral da irmã. Neste caso específico da Sr.^a Y, o luto não está comprometido, mantendo-se como foco de atenção, com o objetivo de monitorizar a sua evolução.

29-11-2024 09:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Avaliar evolução da ansiedade [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Humor depressivo [RESOLVIDO] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Desesperança e pessimismo, Autodesvalorização, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Tom de voz baixa, discurso arrastado.

29-11-2024 09:00 - Determinar evolução do humor [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Facilitar atividades de autocuidado [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Executar escuta ativa [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Luto [RESOLVIDO] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Determinar evolução do luto [FIM] 13-02-2025 10:00

29-11-2024 09:00 - Avaliar evolução do luto [FIM] 13-02-2025 10:00

13-02-2025 10:00

13-02-2025 10:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

13-02-2025 10:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

13-02-2025 10:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

13-02-2025 10:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

13-02-2025 10:00 - Sem manifestação de pânico .

13-02-2025 10:00 - Não manifesta negação da perda [MELHOROU].

13-02-2025 10:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

4.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do humor depressivo

- Aplicar Inventário de Depressão de Beck - BDI (ANEXO XX)

Assistir o cliente a planear as atividades de autocuidado

- NIC 5240: "Assistência no Autocuidado": Ajudar a utente a planear rotinas de autocuidado, incluindo cuidados pessoais como cabelo, unhas e vestuário; Facilitar o acesso a recursos para cuidados pessoais; Incentivar a utente no cuidado das unhas; Reforçar positivamente as melhorias na aparência, ajudando a fortalecer a autoestima com base no progresso visível (Bulechek et al, 2010)..

Avaliar evolução da ansiedade

- Aplicar Escala de "Avaliação de Ansiedade de Hamilton" (ANEXO XXI)

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- NIC 5820 "Redução da Ansiedade": Ajudar o doente a identificar situações que contribuem para a ansiedade; Escutar com atenção; Estar disponível e encorajar a expressão dos sentimentos (ex. choro, raiva, culpa); Reforçar a perceção do controlo pessoal em situações específicas; Ajudar a doente a examinar perceções distorcidas ou pensamentos irrealistas; Ensinar técnicas de relaxamento; Fornecer informações factuais sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico (da irmã), se apropriado; Ajudar a doente a identificar métodos previamente eficazes de redução da ansiedade (Bulechek et al, 2010).

Executar escuta ativa

- NIC 4920: "Escuta Ativa": Manter contacto visual adequado durante as interações; Evitar interromper a utente, enquanto fala, permitindo que esta se expresse livremente sem pressa ou julgamento; Usar pistas verbais para encorajar a continuação da fala; Demonstrar aceitação e compreensão através de expressões faciais e postura corporal abertas; Dedicar tempo suficiente para permitir que a utente expresse as suas

preocupações; Validar emoções expressas pela utente.

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

- Aplicar Instrumento de Avaliação "Escala de Autoestima de Rosenberg" (ANEXO XVIII)

Executar reestruturação cognitiva

- Sessão 1 - Objetiva-se o estabelecimento da relação terapêutica e de confiança com a utente. Procede-se à aplicação das escalas RSES e BDI, à construção do mapa do autoconceito e à identificação dos objetivos terapêuticos personalizados. É introduzido o modelo cognitivo de Beck, com psicoeducação sobre a interação entre pensamento, emoção e comportamento.
- Sessão 2 - Visa-se iniciar o reconhecimento de pensamentos automáticos autorreferentes. Introduce-se o registo de pensamentos negativos associados ao autoconceito e são explicados os conceitos de distorções cognitivas mais comuns. Define-se a tarefa domiciliária de registo diário.
- Sessão 3 - Pretende-se aprofundar o reconhecimento das distorções cognitivas, nomeadamente a rotulagem, sobregeneralização e pensamento dicotómico. Aplica-se a técnica das três colunas (pensamento - distorção - reformulação) como ferramenta central para promover reinterpretações mais adaptativas.
- Sessão 4 - Utiliza-se a técnica de questionamento socrático para desafiar pensamentos negativos rígidos e favorecer a formulação de alternativas mais realistas. Esta sessão foca-se no treino da análise crítica sobre as crenças autorreferentes da utente.
- Sessão 5 - Objetiva-se aceder a crenças intermediárias e centrais por meio da técnica da flecha descendente. O profissional orienta a utente através de uma sequência de perguntas que progressivamente revelam os significados subjacentes aos pensamentos automáticos.
- Sessão 6 - Foca-se na reconstrução de crenças disfuncionais, através da elaboração de afirmações positivas baseadas em evidências pessoais. Encoraja-se a escrita de uma carta de autoaceitação, consolidando o reconhecimento interno de valor.
- Sessão 7 - Trabalha-se a prática de autorreforço com a construção de um diário de validação interna. Introduce-se o uso diário de afirmações positivas, incluindo exercícios realizados ao espelho para reforçar a imagem positiva de si mesma.
- Sessão 8 - Aplica-se um exercício de visualização guiada orientado para a projeção do "eu ideal". A utente constrói um Cartão de Identidade Pessoal Positiva, com a descrição das suas qualidades, conquistas e valores.
- Sessão 9 - Esta sessão tem como finalidade preparar a utente para lidar com recaídas. Elabora-se um plano de resposta rápida a pensamentos negativos e cria-se um checklist de estratégias protetoras para manutenção dos progressos.
- Sessão 10 - Reaplicam-se os instrumentos de avaliação (RSES) para medir evolução. Compara-se o mapa do autoconceito inicial e atual. Discute-se o plano de manutenção das estratégias aprendidas e o encerramento formal do processo terapêutico.
- Sessão 11 (Follow UP) - Sessão de seguimento realizada por telefone um mês após o término. Avalia-se a manutenção das mudanças cognitivas e emocionais e reforçam-se estratégias eficazes, oferecendo suporte caso necessário.

Avaliar evolução do luto

- Aplicação do Resultado NOC "Resolução do Pesar" (ANEXO XIX)

Planear reestruturação cognitiva

- Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica: Reestruturação Cognitiva Sra^a Y (ANEXO XXII)

Avaliar reestruturação cognitiva

- Operacionalizada através da análise contínua da evolução dos pensamentos automáticos, distorções cognitivas e crenças centrais da utente, ao longo das sessões, através das seguintes atividades concretas: Recolha sistemática de registos de pensamento (Sessões 2 a 4), onde se analisou a frequência, conteúdo e intensidade dos pensamentos negativos autorreferentes; Aplicação de técnicas como as três colunas e o questionamento socrático (Sessões 3 e 4) para verificar a capacidade da utente em identificar e desafiar os seus próprios pensamentos disfuncionais; Avaliação da mudança na formulação de crenças alternativas e afirmações positivas durante a reestruturação de crenças centrais (Sessões 5 e 6); Observação da capacidade da utente em integrar pensamentos alternativos mais realistas na sua narrativa pessoal (Sessões 7 a 10), sinalizando progressos na flexibilidade cognitiva; Comparação entre o mapa do autoconceito inicial e final (Sessão 10) como evidência gráfica e qualitativa da evolução cognitiva; Aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) no início e fim da intervenção como medida complementar da eficácia da reestruturação cognitiva.

4.7. Síntese relativa ao caso

A Sr.^a Y, de 53 anos, foi referenciada para consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no âmbito do acompanhamento como cuidadora informal da irmã, diagnosticada com cancro da mama em fase terminal. A sobrecarga emocional resultante deste papel, somada ao impacto do divórcio e à ausência de suporte emocional próximo, conduziu a um quadro de humor depressivo com baixa autoestima e sintomas de ansiedade generalizada.

Foi realizada a intervenção psicoterapêutica Reestruturação Cognitiva, e a mesma baseou-se na realização de 11 sessões, orientadas para o diagnóstico de enfermagem "Autoconceito Comprometido". Esta é uma intervenção psicoterapêutica reconhecida no GOBP (2020) como dando resposta ao diagnóstico de enfermagem Autoconceito Comprometido e padronizada na ontologia de enfermagem para esse mesmo diagnóstico.

Esta abordagem teve como objetivo central modificar os padrões de pensamento negativos autorreferentes da utente e promover uma perceção mais realista, funcional e valorizadora de si mesma. Foi privilegiada uma estratégia centrada na exploração de qualidades pessoais e conquistas, desafiando a utente a identificar aspetos da sua identidade de que se orgulhava, o

que promoveu progressivamente um maior reconhecimento do seu valor pessoal e das suas competências enquanto mulher, mãe e cuidadora. O elevado número de sessões realizadas revelou-se um fator determinante na consolidação dos ganhos terapêuticos, permitindo uma intervenção mais aprofundada, progressiva e adaptada ao ritmo da utente.

O conteúdo das sessões centrou-se desde cedo na área do autocuidado, altamente negligenciada pela utente em função da dedicação exclusiva à irmã. Neste contexto, a intervenção de enfermagem incluiu o incentivo concreto à retoma de atividades simples mas significativas, como cuidar da aparência (ir ao cabeleireiro, fazer a manicure), sair de casa, reservar tempo para descanso e lazer, e estabelecer limites na função de cuidadora. Estas práticas favoreceram o reencontro da utente com a sua identidade para além do papel de cuidadora, contribuindo para uma melhoria visível do seu bem-estar.

Outro eixo importante da intervenção foi a orientação para a realidade no contexto do divórcio, uma vez que a utente demonstrava ainda um discurso marcado por sentimentos de rejeição, culpa e idealização da relação passada. Através da escuta terapêutica, validação emocional e questionamento socrático, trabalhou-se a reformulação da narrativa pessoal sobre o término do casamento, ajudando a utente a distinguir entre factos e interpretações distorcidas. Esta abordagem, segundo Sequeira e Sampaio (2021), é essencial para auxiliar a pessoa a integrar experiências dolorosas sem as cristalizar numa visão depreciativa de si mesma. O reconhecimento de que o fim da relação não definia o seu valor como mulher foi um ponto central, permitindo à utente reorientar-se para o presente e reconfigurar os seus objetivos de vida a partir de um lugar de maior aceitação e autocompaixão.

Durante a intervenção, o estado de saúde da irmã foi-se agravando, e por esse motivo, a utente já demonstrava sinais de estar a antecipar o processo de perda, manifestando emoções associadas ao luto. Trabalhou-se, assim, o conceito de luto antecipatório, normalizando as emoções de tristeza, frustração e impotência, numa abordagem alinhada com a teoria do duplo processo de Stroebe e Schut (1999), que valoriza a alternância entre o confronto emocional da perda e o envolvimento com atividades restauradoras.

Analisando os resultados das intervenções executadas, com recurso a instrumentos de avaliação:

- Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

- Pré-intervenção: A pontuação foi de 12 pontos, revelando autoestima baixa, com marcada autocrítica, sentimento de fracasso e falta de reconhecimento pessoal.

- Pós-intervenção: A utente alcançou 22 pontos, valor correspondente a autoestima moderada/satisfatória. Destacou-se o reconhecimento das suas qualidades, papel enquanto cuidadora e identidade enquanto mulher (ANEXO XXIII).

- Resultados: A evolução foi significativa, refletindo um ganho expressivo na autovalorização e

na perceção das próprias capacidades, com impacto positivo na estabilidade emocional e funcionalidade global.

- Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

- Pré-intervenção: A pontuação global era de 28 pontos, correspondente a ansiedade grave, com indicadores relevantes de tensão, medos, insónias e sintomas somáticos.

- Pós-intervenção: A pontuação desceu para 13 pontos, o que se enquadra na categoria de ansiedade ligeira. Verificou-se redução substancial nos domínios psíquico e somático, com melhoria na concentração e diminuição das queixas físicas associadas (ANEXO XXIV).

- Resultados: As intervenções de reestruturação cognitiva, aliadas à ativação comportamental e redefinição do autoconceito, foram eficazes na redução da ansiedade e melhoria do controlo emocional da utente.

- Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

- Pré-intervenção: A utente obteve 28 pontos, compatível com um quadro de depressão moderada, com indicadores marcados de tristeza, baixa energia, autodepreciação e dificuldades de concentração.

- Pós-intervenção: A pontuação desceu para 19 pontos, traduzindo uma depressão ligeira. Observam-se ainda a presença de alguns sintomas depressivos, mas num nível menos severo. Esta evolução, embora não tão marcada quanto na autoestima, representa um progresso importante no alívio sintomático e na capacidade da utente em lidar com os fatores emocionais associados à sua condição (ANEXO XXV).

- Resultados: A redução dos pensamentos ruminativos e a emergência de crenças mais realistas contribuíram para uma atenuação relevante dos sintomas depressivos.

- Avaliação da Evolução do Luto: Resultado NOC – "Resolução do Pesar"

Pré-intervenção: A Sr.^a Y apresentava um processo de luto antecipatório compatível com a fase inicial da adaptação emocional à perda da irmã. Mostrava consciência da gravidade da situação, manifestando tristeza, angústia e pensamentos de antecipação da perda, mas também sinais de adaptação ativa, mantendo o funcionamento diário e o papel de cuidadora. A maioria dos indicadores registava score 4, refletindo uma boa capacidade de aceitação da realidade e início de reorganização emocional, embora com momentos de instabilidade afetiva.

Pós-intervenção: A avaliação final manteve os scores estáveis (score 4 em todos os indicadores), confirmando a manutenção de um luto antecipatório funcional (ANEXO XXVI).

Resultados: A intervenção promoveu a validação emocional e a normalização das reações de luto iminente, contribuindo para a estabilidade e resiliência emocional da utente, sem se registarem regressões no processo adaptativo.

Em suma, os resultados observados ao longo das intervenções foram francamente positivos. Verificou-se uma evolução acentuada nos indicadores, com a utente a verbalizar maior segurança na tomada de decisões, redução dos pensamentos ruminativos e uma relação mais positiva consigo própria. Demonstrou também mais capacidade para reconhecer os seus limites e permitir-se momentos de descanso e prazer, o que contribuiu para uma melhor gestão da ansiedade e para a recuperação do equilíbrio emocional.

Destaca-se, ainda, a importância da sessão de follow-up realizada por contacto telefónico, que se revelou essencial para reforçar os ganhos terapêuticos, monitorizar a implementação das estratégias no quotidiano e manter o vínculo terapêutico após o término do acompanhamento regular. Esta sessão permitiu confirmar a continuidade da evolução favorável da utente, validando a eficácia do plano terapêutico implementado.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competências Adquiridas no Domínio de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento nº 140/2019 (2019, p. 4744), o Enfermeiro Especialista é o profissional que, no âmbito das competências comuns, assume responsabilidade acrescida no domínio da educação, liderança, orientação e investigação, desempenhando uma prática avançada e diferenciada sustentada em conhecimentos especializados. Estas competências incluem a capacidade de “descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”.

O investimento na formação académica na área da Especialização em Enfermagem surge na ambição de progredir na carreira, mas sobretudo, de prestar cuidados de saúde diferenciados e de excelência. Segundo Silva et al. (2021), o aprofundamento académico contribui significativamente para a construção de uma prática baseada na evidência, potenciando o pensamento crítico e a capacidade de decisão clínica do enfermeiro especialista.

A este respeito, o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) afirma que o desenvolvimento profissional do EE se ancora na integração do conhecimento científico com a prática clínica especializada, assumindo-se como agente ativo na transformação dos cuidados (Regulamento nº140/2019, 2019).

Neste sentido, e atendendo aos domínios de competências do Regulamento nº 140/2019 (2019, p. 4745), é exigido do Enfermeiro Especialista:

- "a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais".

De forma a solidificar o desenvolvimento do primeiro domínio de competências do RCCEE – **«Responsabilidade profissional, ética e legal»**, o contributo prestado centrou-se numa intervenção baseada em padrões éticos, legais e deontológicos. Nesse sentido, observou-se a importância de uma prática que, desde o início, foi fundamentada no respeito pelos direitos humanos.

De acordo com o Regulamento nº140/2019 (2019), o enfermeiro especialista fundamenta a sua

prática num sólido arcabouço ético e legal, evidenciado pela capacidade de tomar decisões seguras e responsáveis, em consonância com as normas jurídicas, deontológicas e princípios profissionais. Este profissional assegura uma intervenção pautada pelo respeito pelos direitos humanos, dignidade do utente e promoção da sua autonomia, adaptando a liderança e os recursos às diversas situações de cuidado. Através de uma atuação baseada em evidência científica e de programas contínuos de melhoria da qualidade, o enfermeiro especialista garante a excelência dos cuidados, integrando permanentemente a investigação e disseminação de boas práticas no seu quotidiano clínico.

Neste sentido, a atuação do enfermeiro especialista exige não só o cumprimento rigoroso dos princípios profissionais definidos pela Ordem dos Enfermeiros, mas também uma atenção constante às normas legais em vigor, como as que regem a prestação de cuidados em saúde mental, assegurando uma prática centrada na pessoa e eticamente responsável.

Além disso, a competência ética do enfermeiro especialista traduz-se na sua capacidade crítica e reflexiva para lidar com dilemas morais complexos que emergem na prática clínica. Esta competência implica uma atuação informada e responsável, sustentada por princípios ético-deontológicos, na qual o respeito pelo consentimento informado e a salvaguarda da confidencialidade do utente assumem um papel central na construção de uma relação terapêutica segura, ética e humanizada (Dalla Nora, Schaefer & Saez, 2016).

Durante as sessões terapêuticas em grupo, concebidas para promover a partilha de ideias e vivências, foi assegurado que os utentes se sentissem à vontade para participar de forma voluntária, respeitando o seu ritmo e autonomia. As sessões individuais decorreram em ambiente reservado e livre de interrupções, garantindo confidencialidade, sigilo profissional e respeito pela privacidade, de modo a criar um espaço seguro e ético de intervenção. Para além destas condições estruturais, a atuação como enfermeiro especialista assentou numa tomada de decisão clínica fundamentada no conhecimento científico, na experiência profissional acumulada e numa escuta ativa das necessidades do utente. A resolução dos problemas foi orientada de forma colaborativa, valorizando o envolvimento do cliente no processo terapêutico e reconhecendo-o como agente ativo da sua própria recuperação, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 140/2019 (2019).

Importa referir que, ao longo do processo, foram aferidos os resultados das decisões tomadas, com base na evolução dos indicadores clínicos e na perceção subjetiva da utente quanto às mudanças ocorridas. Foram promovidos momentos regulares de avaliação conjunta, que permitiram refletir sobre os progressos alcançados, reajustar estratégias sempre que necessário e consolidar a corresponsabilização da utente nos ganhos obtidos.

Relativamente ao domínio de competências «**Melhoria Contínua da Qualidade**», esta surge da necessidade da avaliação contínua das práticas, sendo essencial a participação na implementação de programas de melhoria contínua com vista à otimização dos cuidados de

Enfermagem prestados.

Segundo Gupta et al. (2024), a melhoria contínua da qualidade exige um compromisso com a monitorização sistemática das práticas e a implementação de estratégias baseadas na evidência científica, ajustadas à realidade organizacional. A qualidade dos cuidados é inseparável da sua visibilidade e da sua mensuração, devendo o enfermeiro especialista participar ativamente nos processos de auditoria, formação e supervisão clínica (Regulamento nº366/2018, 2018).

Durante o estágio realizado no Hospital de Dia, foi possível contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem através de diversas intervenções alinhadas com os critérios de avaliação estabelecidos no ECCEE. A participação ativa nas reuniões multidisciplinares permitiu assumir um papel dinamizador na discussão dos planos terapêuticos dos utentes de referência, fundamentando as intervenções no conhecimento clínico e nas diretivas mais recentes.

Segundo Happell, Platania-Phung & Scott (2019), a cooperação interdisciplinar é essencial para a promoção de decisões partilhadas e mais eficazes no contexto da saúde mental.

No âmbito dos processos de registos de Enfermagem, foi identificada a ausência de um processo de enfermagem estruturado de acordo com a mais recente evidência científica, uma vez que o serviço ainda baseia a sua prática em diagnósticos médicos baseados na CID-10, atualmente ultrapassada. A inexistência de um fio condutor nos registos clínicos também foi destacada como uma área passível de melhoria. Neste sentido, foi promovida uma formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem (ANEXO XVII), abordando a importância da utilização de instrumentos de avaliação estruturados e do processo de enfermagem baseado em evidências, com breve abordagem à ontologia de Enfermagem. A receção da formação por parte da equipa de enfermagem revelou-se bastante positiva, sendo expressa, de forma espontânea, satisfação relativamente à pertinência dos conteúdos abordados e à aplicabilidade prática dos mesmos no contexto específico do serviço. Esta ação fomentou a adesão às boas práticas e contribuiu para a atualização das soluções aplicadas no serviço.

Outra necessidade identificada foi a escassez de atividades terapêuticas lúdicas, fator que impactava negativamente o bem-estar dos utentes. Como resposta, foi sugerida a introdução de atividades complementares, como teatro, música e dança, promovendo a adesão ao tratamento e um maior envolvimento dos utentes no seu plano terapêutico.

Estudos demonstram que as terapias expressivas e recreativas aumentam a motivação, promovem a autorregulação emocional e melhoram o funcionamento social dos utentes em contexto de saúde mental (Rahman, Mahmud & Johari, 2024).

Paralelamente, foi reconhecida a importância de capacitar os utentes e os seus cuidadores para o processo de alta, promovendo a sua autonomia, segurança e continuidade de cuidados no

domicílio. Com esse objetivo, foi elaborado e entregue um folheto informativo (ANEXO XVIII), adaptado ao nível de literacia em saúde dos utentes, contendo orientações práticas sobre a administração segura da medicação, sinais de alerta para possíveis recaídas, estratégias de autocuidado e contatos úteis em caso de necessidade. Sempre que possível, este material foi revisto em conjunto com o utente e/ou cuidador, de forma a garantir a sua compreensão e aplicação no contexto pós-alta. Esta estratégia educativa contribuiu para reduzir o risco de descontinuidade do tratamento e favorecer uma transição mais segura e informada para o ambiente familiar e comunitário.

Como destaca o Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a capacitação para a alta é um elemento fundamental para garantir a adesão ao plano terapêutico e prevenir descompensações no domicílio, sendo associada a uma redução da sobrecarga e aumento da qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Por sua vez, no contexto da UCC, foi elaborado um dossier digital acessível a toda a equipa, contendo instrumentos de avaliação em saúde mental, escalas clínicas e documentação referente ao planeamento, execução e avaliação de intervenções psicoterapêuticas. Esta iniciativa visou padronizar a prática clínica, facilitar o acesso a ferramentas baseadas em evidência e incrementar a segurança na tomada de decisão.

Adicionalmente, a colaboração na gestão do risco incluiu a identificação de possíveis fatores de risco, nomeadamente ao nível administração segura da terapêutica prescrita no serviço de Hospital de Dia de Psiquiatria, visto o cardex ser ainda em suporte papel e manuscrito. Foram realizadas sugestões de medidas preventivas para minimizar incidentes neste sentido, como a revisão cruzada das prescrições por dois profissionais antes da administração, e a introdução de sinaléticas visuais com etiquetas coloridas para destacar medicamentos de alto risco ou alterações recentes na medicação.

A prescrição manual apresenta riscos elevados de erro, como ilegibilidade, omissões ou uso de abreviaturas não padronizadas, que podem comprometer a segurança do doente (Albarrak, Al Rashidi & Fatani, 2014).

Segundo os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SMPS, 2020), a transição para a prescrição eletrónica promove uma maior segurança na administração terapêutica, diminuindo a incidência de erros e garantindo a rastreabilidade e legibilidade da informação clínica.

Dentro desta competência, não foi possível cumprir com a elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos, nem colaborar na criação de planos de emergência e catástrofe, devido a limitações organizacionais e à especificidade das atividades do estágio.

Relativamente ao terceiro domínio de competências do RCCEE – «**Gestão dos Cuidados**», o

Regulamento nº140/2019 estabelece que "O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas" (2019, p.4748).

Segundo Sherman et al. (2007), a gestão dos cuidados envolve não apenas a supervisão direta da prática, mas também a articulação com os diversos intervenientes do processo terapêutico, exigindo competências de liderança, delegação e negociação.

No que respeita à gestão do processo de cuidados e tomada de decisão, e tendo como base os guias de boas práticas em Enfermagem, em contexto de UCC, foi assegurada a participação ativa no processo de referenciação nas consultas de triagem de pedopsiquiatria, colaborando na tomada de decisões fundamentadas, de forma a otimizar a resposta da equipa de saúde.

No contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria foi disponibilizado apoio técnico e orientativo também a alunas de licenciatura em Enfermagem em estágio, sempre que observadas situações em que as alunas demonstraram insegurança na abordagem à pessoa em sofrimento psíquico, nomeadamente na gestão da comunicação terapêutica e na administração da terapêutica psicotrópica. Neste sentido, o apoio prestado consistiu em momentos de orientação individualizada, esclarecimento de dúvidas técnicas, demonstração prática de intervenções específicas e promoção da reflexão ética sobre as atitudes profissionais.

Esta constituiu uma oportunidade enriquecedora para ambas as partes. O envolvimento direto neste processo promoveu o desenvolvimento de competências pedagógicas, de supervisão e de comunicação eficaz e promotoras de pensamento crítico.

Foram atribuídas responsabilidades à equipa de assistentes operacionais, garantindo-se que as tarefas delegadas fossem realizadas de forma segura e com qualidade. Para tal, foram aplicadas técnicas diretas e indiretas, como a instrução e a demonstração prática das atividades, assegurando a correta execução das funções.

A delegação eficaz de tarefas implica não apenas a transmissão clara das instruções, mas também a supervisão contínua e a adequação das responsabilidades às competências dos profissionais, conforme defendido por Dias et al. (2018), que destaca a importância da supervisão pedagógica como estratégia promotora de segurança e qualidade nos cuidados.

No que se refere à adaptação da liderança e gestão de recursos ao contexto e às necessidades de cuidados, foi promovida uma gestão eficiente do tempo e dos recursos, nomeadamente através do agendamento e execução das sessões de reestruturação cognitiva de forma autónoma, garantindo a organização e continuidade dos cuidados prestados.

A adaptação do estilo de liderança ao contexto organizacional foi evidenciada pela criação de um ambiente positivo e favorável à prática, incentivando a motivação da equipa e o desenvolvimento de um trabalho colaborativo. O estilo de liderança foi adaptado ao contexto do

estágio, considerando as especificidades de cada unidade. No Hospital de Dia, a atuação dos enfermeiros especialistas ocorre de forma colaborativa com os médicos, enquanto na UCC o trabalho do Enfermeiro Especialista é predominantemente autónomo.

No decorrer do estágio em Hospital de Dia, a gestão dos cuidados apresentou também alguns desafios que exigiram adaptação e desenvolvimento de estratégias para a sua superação. Entre as dificuldades identificadas, destaca-se a tomada de decisão em equipa perante diferentes perspetivas. A colaboração na tomada de decisão envolveu a articulação com profissionais de diferentes áreas, o que, em algumas situações, gerou divergências na definição das melhores abordagens terapêuticas. Foi essencial adotar uma postura reflexiva, fundamentada e de respeito pela opinião do outro, para sustentar as decisões e facilitar o consenso entre os membros da equipa.

Segundo Menear et al. (2022), a tomada de decisão colaborativa em equipas multidisciplinares, embora desafiante, favorece uma abordagem centrada na pessoa e aumenta a segurança dos cuidados, que exigiram adaptação e desenvolvimento de estratégias para a sua superação.

Por sua vez, o quarto domínio de competências do RCCEE – **«Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais»** – engloba competências tais como o autoconhecimento, a assertividade e a prática clínica baseada em evidência científica.

Segundo Graham (2000), a prática colaborativa e reflexiva em equipas de saúde mental, embora desafiante, favorece uma abordagem centrada na pessoa e contribui para a segurança dos cuidados, exigindo adaptação e estratégias para superar obstáculos organizacionais e interpessoais.

A construção da identidade profissional do enfermeiro especialista assenta na capacidade de refletir sobre a prática, integrar o conhecimento teórico e transformar a experiência em sabedoria clínica (Huang et al., 2024).

Durante o estágio, foi possível realizar uma reflexão contínua sobre o autoconhecimento e a identificação de fatores que poderiam interferir na relação com os utentes. Tendo uma personalidade espontânea e extrovertida, esta foi inicialmente vista como um potencial obstáculo para o estabelecimento de uma relação terapêutica formal e assertiva. No entanto, o autoconhecimento permitiu compreender que essas características também facilitavam a criação de vínculos com os utentes, pois promoviam a abertura e a partilha emocional.

Para otimizar o relacionamento com os utentes e com a equipa multidisciplinar, foi essencial gerir essas idiossincrasias, ajustando a postura ao contexto e utilizando técnicas de comunicação assertivas. Optando também por uma abordagem mais formal e focada, foi possível estabelecer limites adequados na relação terapêutica. Este processo refletiu a capacidade de auto-gestão emocional e adaptação às situações, competências fundamentais no relacionamento interpessoal em contextos de cuidado (Silva, 2016).

A competência da assertividade foi uma das áreas em que houve maior foco, particularmente no que diz respeito à comunicação. As técnicas de comunicação assertiva foram aplicadas de forma a garantir a expressão clara e firme de ideias, respeitando sempre os sentimentos dos utentes e a manutenção de um ambiente de respeito mútuo. Foram tidos em conta, a definição de objetivos precisos com os utentes e a congruência entre a linguagem verbal e não-verbal para eficácia da comunicação e o fortalecimento da relação terapêutica.

A comunicação assertiva, enquanto competência essencial do enfermeiro especialista, permite a expressão clara de pensamentos e sentimentos, mantendo o respeito pelos direitos dos outros e promovendo uma relação terapêutica segura e empática (Grilo, 2012).

A assertividade favorece a criação de vínculos terapêuticos baseados na confiança e reduz a ocorrência de conflitos na interação com utentes e equipas (Al-Hawaiti, Sharif & Elsayes, 2025).

Relativamente à tomada de decisão do enfermeiro especialista, esta deve estar sempre apoiada na melhor evidência científica disponível. A prestação de cuidados de saúde baseada na evidência é, conforme destacado por Pereira (2016), um imperativo nas sociedades contemporâneas, caracterizadas por desafios clínicos cada vez mais complexos. Este contexto exige que os profissionais e as organizações de saúde respondam com maior qualidade, segurança e eficácia, apesar das restrições de recursos humanos, materiais e técnicos.

A procura por conhecimento atualizado, através da leitura de artigos científicos e livros especializados, foi fundamental para consolidar a prática. A utilização de instrumentos de avaliação e escalas de avaliação em Saúde Mental permitiu tomar decisões alinhadas com as melhores práticas baseadas em evidência. Este processo de aprendizagem foi complementado com a revisão contínua dos conteúdos lecionados nas aulas de mestrado.

Esta será uma das competências a desenvolver, pois a busca pelo conhecimento é um processo contínuo e dinâmico, onde há espaço para evoluir e crescer, sendo fundamental para o alcance da excelência e inovação dos cuidados de Enfermagem. A Ontologia em Enfermagem revelou-se um recurso importante no processo de tomada de decisão, embora ainda a plataforma e4nursing apresente ainda algumas lacunas, que foram suscitando várias dificuldades, tais como, o fato de não ter disponível o contexto de comunidade como alvo de cuidados num todo, e o fato da área da Saúde Mental se encontrar ainda pouco desenvolvida.

Em suma, o percurso formativo proporcionado pelo estágio representou um marco essencial na consolidação das competências exigidas ao Enfermeiro Especialista, reforçando o compromisso com a qualidade e a inovação na prática clínica, conforme estabelecido no RCCEE (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Competências Adquiridas no Domínio de Competências Específicas do EEESMP

Os cuidados de Enfermagem surgem com o principal objetivo o de ajudar o ser-humano na manutenção e recuperação da sua saúde, visando atingir a sua máxima funcionalidade. São notórios os ganhos em saúde da pessoa em sofrimento, quando cuidada por EEESMP, pois estes são detentores de um elevado conhecimento acerca dos processos de sofrimento, prevenção, diagnóstico e intervenção em respostas desajustadas aos processos de transição e que são causadores de patologia mental (Regulamento nº515/2018, 2018).

A Enfermagem de saúde mental, fundamentada em evidências científicas e sustentada por teorias de Enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, busca alcançar os mais altos padrões de qualidade nos cuidados (Regulamento nº515/2018, 2018).

A prática clínica em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é distinta devido às competências dos EEESMP, sendo estes detentores de um juízo clínico singular e tomada de decisão, pois mobilizam conhecimentos, estabelecem relações de confiança com os utentes, contribuem para respostas adequadas aos desafios específicos da doença mental e desenvolvem uma prática baseada em evidência científica, assim como um conjunto de competências na sua área de especialização (Regulamento nº515/2018, 2018).

Por conseguinte, o Regulamento nº515/2018 (2018, p. 21427) define as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, como sendo as seguintes:

- "a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde" (2018, p.21427).

Indo de encontro à primeira das competências específicas do EEESMP supramencionadas – **«Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional»:**

O autoconhecimento e a autoconsciência são pilares essenciais na construção da relação terapêutica enfermeiro-utente, pois permitem ao enfermeiro mobilizar a sua individualidade de forma reflexiva e intencional e utilizar-se a si mesmo como instrumento terapêutico.

Durante a prática clínica em estágio, tornou-se evidente que a relação terapêutica é um processo dinâmico, influenciado tanto pelo conhecimento técnico como pelas emoções e vivências como enfermeira. A tomada de consciência de si mesmo no “aqui e agora”, aquando da intervenção, permitiu identificar emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que poderiam interferir na relação terapêutica com a pessoa cuidada. Permitiu também a gestão das próprias reações e ajustar a abordagem terapêutica às necessidades individuais da pessoa, reconhecendo que a autoconsciência e a presença genuína do enfermeiro são elementos centrais de um cuidado ético, humano e reflexivo (Tschudin, 2003).

A influência do estado emocional na relação terapêutica tornou-se evidente durante o estágio, especialmente quando surgiu uma notícia desfavorável sobre a saúde pessoal. A ansiedade e a incerteza associadas a essa situação tiveram um impacto significativo, desviando temporariamente o foco profissional para preocupações de ordem pessoal. Apesar do esforço para manter a autorregulação emocional e garantir a qualidade dos cuidados prestados, a dificuldade em dissociar o papel profissional da dimensão pessoal revelou-se um desafio.

Durante o segundo período de estágio, a vivência de uma crise a nível pessoal e familiar tornou evidente a necessidade de adotar estratégias adaptativas, evitando interações com utentes cuja condição emocional pudesse intensificar a vulnerabilidade sentida. Esta decisão assentou na consciência dos próprios limites emocionais e na responsabilidade ética de assegurar uma presença terapêutica efetiva e segura, tal como defendido por Rasheed, Younas e Sundus (2019), que sublinham a importância de o enfermeiro reconhecer quando não se encontra em condições emocionais para intervir, de forma a proteger a integridade da relação terapêutica.

A prioridade foi alcançar um equilíbrio interno para assegurar, posteriormente, um acompanhamento adequado e centrado nas necessidades dos utentes. Com o tempo, a transição para a fase de aceitação permitiu uma recuperação gradual, possibilitando um desempenho mais alinhado com a exigência da prática profissional. Este processo espelha as etapas descritas na teoria da resiliência, que incluem a aceitação da adversidade como ponto de partida para reganhar estabilidade emocional e desenvolver mecanismos de enfrentamento eficazes (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007).

Neste período, a gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência foi essencial para a manutenção da integridade da relação terapêutica. Em determinadas situações, ocorreram episódios de contratransferência, emergindo emoções em resposta à vivência da utente. Um episódio particularmente marcante ocorreu durante uma sessão de reestruturação cognitiva à utente Y, na qual ambas as histórias de vida apresentavam semelhanças, assim como alguns traumas experienciados por ambas na adolescência. Face a um momento de maior vulnerabilidade emocional, foram experienciadas dificuldades em conduzir a intervenção. A necessidade de apoio tornou-se evidente, levando à intervenção da enfermeira tutora para assegurar a continuidade da sessão.

Na sequência deste episódio, procedeu-se a um afastamento temporário do contacto direto com a utente, com o objetivo de refletir sobre os fatores desencadeantes da reação emocional. Esta autorreflexão permitiu reconhecer conteúdos internos, valores e limitações que, inconscientemente, poderiam comprometer a eficácia da intervenção terapêutica. O desenvolvimento do autoconhecimento e a reflexão sistemática sobre os próprios sentimentos e reações são estratégias fundamentais para o controlo de processos transferenciais, promovendo uma prática profissional mais consciente, ajustada e ética (Aasan, Brataas & Nordtug, 2022). Neste sentido, também Gelso & Hayes (2007) reforçam que o reconhecimento precoce destes fenómenos por parte do enfermeiro é essencial para assegurar uma presença terapêutica eficaz, sustentada na compreensão da própria resposta emocional e na manutenção de uma relação clínica centrada na pessoa.

Nestes casos, o reconhecimento precoce destes fenómenos permitiu ajustar a abordagem terapêutica, prevenindo impasses ou resistências que poderiam comprometer o processo e o sucesso da intervenção.

O envolvimento empático com histórias de vida marcadas por sofrimento psíquico exigiu uma constante regulação entre a proximidade e o distanciamento terapêutico, de forma a evitar tanto a sobreidentificação com a dor da pessoa cuidada como uma postura excessivamente defensiva e distante. A preservação deste equilíbrio revelou-se essencial para garantir a continuidade de um acompanhamento clínico ajustado e seguro, conforme referem Moreno-Poyato et al., (2021) que destacam que a empatia profissionalmente orientada é um elemento central da relação terapêutica em enfermagem de saúde mental, favorecendo a construção de vínculos baseados na confiança e aumentando a qualidade e segurança dos cuidados.

A prática do enfermeiro especialista, neste contexto, exige a mobilização de competências relacionais avançadas que permitam acolher o sofrimento da pessoa sem se deixar envolver emocionalmente de forma desorganizadora. Tal implica o desenvolvimento da autorreflexão e da consciência dos próprios limites, reconhecendo as emoções que surgem durante a interação e utilizando-as de forma terapêutica. De acordo com (Moreno-Poyato et al., 2021), é precisamente esta consciência relacional que diferencia a empatia terapêutica do envolvimento emocional não regulado, permitindo uma atuação ética, compassiva e tecnicamente adequada nas diversas fases do processo de cuidado em saúde mental.

Também a monitorização das reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante as intervenções psicoterapêuticas, revelou-se um exercício importante na consolidação da relação terapêutica. O “dar conta de si” integrativo permitiu identificar sinais subtis de tensão, desconforto ou envolvimento emocional excessivo.

Sob forma de contributo para a aquisição desta competência, foi importante o registo diário

reflexivo sob forma de "diário de bordo". Revelou-se uma ferramenta muito útil para este processo de desenvolvimento.

A aquisição e aperfeiçoamento desta competência são processos contínuos, nos quais a disponibilidade para a autorreflexão e o crescimento pessoal desempenham um papel central no EEESMP.

Abordando aquela que é a segunda competência específica do EEESMP, - **«Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental»**, esta pressupõe uma “recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes (...) a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos (...) e avaliação abrangente do cliente (...)” (Regulamento nº 515/2018, 2018, p. 21427).

Esta competência específica reflete a necessidade de um cuidado holístico e contextualizado na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Durante a prática clínica, foi possível a consolidação da mesma através da avaliação global das necessidades da pessoa e do meio em que se insere, permitindo a implementação de intervenções individualizadas e orientadas para a promoção e proteção da sua saúde mental.

De forma a contribuir para o desenvolvimento desta competência, foram realizadas diversas intervenções no âmbito da Saúde Mental, em contexto hospitalar e comunitário. No Hospital de Dia de Psiquiatria, foi realizado um levantamento sistemático das necessidades da população-alvo do grupo psicoterapêutico. Este processo incluiu a observação clínica direta durante as sessões, análise dos registos clínicos, discussão em equipa multidisciplinar e, de forma estruturada, a aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton aos dez utentes participantes (ANEXO XXIX). Os resultados desta avaliação revelaram que sete participantes apresentavam resultados compatíveis com níveis de ansiedade patológica (ligeira, moderada ou grave), justificando uma intervenção direcionada. Para complementar a avaliação, foi aplicado o Resultado NOC "Autocontrolo da Ansiedade" a estes sete utentes, permitindo identificar dificuldades específicas na eliminação de precursores da ansiedade, na utilização de estratégias de enfrentamento e na implementação de técnicas de relaxamento.

Com base nesses dados, foi planeada e implementada uma sessão de educação para a saúde focada em estratégias de auto-controlo da ansiedade (ANEXO XXX), incluindo a demonstração prática de técnicas de relaxamento. Esta intervenção teve como objetivo promover o desenvolvimento de competências de autocontrolo e fornecer ferramentas práticas para lidar com os sintomas ansiosos identificados.

De forma a aferir a eficácia da intervenção implementada, procedeu-se, no final da sessão, a uma avaliação sistemática junto dos participantes que apresentavam compromisso no

Autocontrolo da Ansiedade. Esta avaliação foi realizada por meio de questionamento direto e individual, permitindo recolher a percepção subjetiva dos utentes relativamente às mudanças ocorridas. A maioria dos participantes verbalizou ter adquirido maior consciência sobre os seus padrões de resposta à ansiedade e referiu já ser capaz de identificar e aplicar, de forma autónoma, algumas estratégias de autocontrolo previamente trabalhadas na sessão. Esta verbalização espontânea de competências adquiridas constitui um indicador relevante de eficácia da intervenção.

Desta forma, procurou-se implementar uma intervenção centrada nas necessidades reais da população acompanhada, promotora do empoderamento e da saúde mental, em consonância com os critérios de avaliação da segunda unidade de competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, conforme definido no Regulamento n.º 515/2018 (2018).

Paralelamente, em contexto escolar, foram promovidas sessões direcionadas a alunos do 9.º e 10.º anos, abordando temas como higiene mental, gestão emocional, higiene do sono e prevenção da violência no namoro. Esta iniciativa teve um carácter preventivo, atuando na promoção da saúde mental e na redução de fatores de risco na população adolescente.

A implementação deste tipo de intervenções de carácter educativo na comunidade foram importantes no sentido de fortalecer a capacidade de gestão dos desafios do quotidiano.

No que diz respeito à terceira competência específica do EEESMP **«Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto»**, o contributo para a sua consolidação centrou-se na realização de diversas intervenções.

Em ambos os contextos de estágio, foram mobilizadas estratégias específicas para ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida a recuperar a saúde mental. A abordagem centrada na pessoa e a colaboração com a família, grupos e comunidade auxiliaram na definição dos diagnósticos de saúde mental e na implementação dos planos de cuidados, com base nas necessidades identificadas.

A identificação de problemas e necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade foi realizada através de uma avaliação estruturada, considerando fatores de ansiedade, crises situacionais e de desenvolvimento no contexto familiar. Foi possível reconhecer manifestações típicas de perturbações mentais, sinais de alerta e problemas de saúde relacionados, diferenciando estados fisiológicos e perturbações orgânicas, assim como identificar exacerbações de perturbações psiquiátricas e novos problemas de saúde de saúde mental.

Também o reconhecimento do potencial de abuso, negligência e risco de comportamentos autodestrutivos possibilitou o encaminhamento para outros recursos de saúde especializados,

tais como, a Consulta de Psicologia Clínica, a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), e, em situações de maior gravidade, o Serviço de Urgência Psiquiátrica, de forma a assegurar uma resposta adequada, multidisciplinar e ajustada à complexidade dos casos identificados.

A aplicação de sistemas de taxionomia standard para os diagnósticos de saúde mental viabilizou a uniformização dos cuidados de enfermagem.

Sendo assim, na implementação dos planos de cuidados individualizados, foram delineadas estratégias de empoderamento para desenvolver conhecimentos e capacidades na pessoa, na autogestão das suas problemáticas em saúde mental. Durante este processo foi também realizada uma monitorização contínua da segurança dos utentes, o que possibilitou a deteção precoce de alterações e a intervenção em situações de urgência psiquiátrica.

A responsabilidade na implementação do planeamento de cuidados em saúde mental de grupos e comunidade traduziu-se na colaboração ativa em equipas multiprofissionais, nomeadamente em contexto comunitário, com a articulação ativa entre o EEESMP e a equipa de Saúde Escolar.

Neste âmbito, e como contributo para a aquisição desta competência destaca-se a implementação de programas de promoção de saúde mental de crianças e jovens, nomeadamente a participação em Consultoria em Pedipsiquiatria. A mesma desenvolve-se através de uma reunião na qual participam o EEESMP, pedopsiquiatra, psicóloga escolar, pediatra na área do desenvolvimento e por vezes a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e o médico de família, na são discutidos os casos das crianças dentro da equipa multidisciplinar, cruzando-se dados das diversas áreas, o que permite realizar um plano de intervenção individual, assim como uma triagem adequada dos casos.

Do mesmo modo, também a participação na consulta de triagem de pedopsiquiatria representou um contributo importante para o desenvolvimento desta competência, pois permitiu uma abordagem precoce no reconhecimento das problemáticas mentais da infância e adolescência. Esta intervenção possibilitou a identificação atempada de problemas emocionais, comportamentais e cognitivos. Além disso, ao considerar a criança ou jovem no contexto familiar e social, foi possível mobilizar recursos no sentido da referenciação para outros recursos de saúde mais adequados.

O acompanhamento do EEESMP desde a infância até à idade adulta desempenha assim importante papel na continuidade dos cuidados de saúde mental, uma vez que a transição entre diferentes fases do desenvolvimento exige uma abordagem ajustada às necessidades específicas de cada etapa e o EEESMP atua como um facilitador na construção de estratégias de coping, permitindo que a pessoa enfrente os desafios inerentes a cada fase da vida com maior equilíbrio e autonomia.

Também como contributo para a aquisição desta competência foram realizados dois estudos de

caso individuais. Para a sua concretização, procedeu-se inicialmente à seleção de duas utentes.

A entrevista clínica foi uma ferramenta essencial na recolha de informação, permitindo a identificação dos focos de enfermagem e a elaboração de diagnósticos adequados. A partir dos dados obtidos, foi possível realizar a descrição detalhada da história de saúde pessoal e familiar, bem como proceder à avaliação do estado físico e mental, complementada pela construção do genograma e do ecomapa.

Após a realização da Entrevista Clínica de Colheita de Dados e aplicação de instrumentos de avaliação, foi possível proceder com a sistematização e análise dos dados obtidos, definindo os principais focos de atenção, identificando Diagnósticos de Enfermagem prioritários em Saúde Mental e definindo critérios de resultado.

Deste modo, a aquisição desta competência foi consolidada através de uma abordagem estruturada e centrada na pessoa, integrando o contexto familiar, grupal e comunitário como elementos fundamentais para a promoção da saúde mental e para a prevenção da doença mental. A utilização da metodologia de gestão de caso possibilitou um acompanhamento próximo da pessoa e o acesso a recursos adequados às suas necessidades. Neste sentido, foram desempenhadas funções de terapeuta de referência, com a elaboração de planos de cuidados de enfermagem individualizados.

Como uma das dificuldades encontradas durante o estágio relativamente a esta competência, destacou-se o reduzido envolvimento da família no plano individual das utentes, uma vez que o contacto da equipa de Enfermagem com os familiares era limitado. Esta situação poderá estar relacionada com fatores institucionais, como a ausência de reuniões familiares programadas, mas também com a resistência ou indisponibilidade por parte dos próprios familiares. A escassa presença da família dificulta a continuidade dos cuidados no domicílio, a adesão ao plano terapêutico e o reforço da rede de suporte emocional.

Face a esta limitação, sugeriu-se à equipa a possibilidade de criar momentos sistematizados de contacto com os familiares, nomeadamente, através de convites para reuniões pontuais ou articulação com o assistente social para envolvimento em casos sinalizados. Esta abordagem procura reforçar o papel da família enquanto agente terapêutico ativo está associado a melhores resultados na gestão da doença mental, à redução de recaídas e ao fortalecimento dos mecanismos de suporte comunitário (Saroca & Sargent, 2022).

Por fim, e no que diz respeito à quarta e última competência descrita no Regulamento nº115/2018 (2018) de competências específicas do EEESMP, «**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**», houve a oportunidade de implementar várias intervenções que contribuíram para a sua aquisição.

A nível comunitário, destaca-se a importância da participação no programa de psicoeducação "Mais Contigo", no qual foi possível também intervir na capacitação para a auto-gestão de emoções e treino em saúde mental, de modo a capacitar as pessoas alvo para os desafios psicossociais e emocionais que enfrentam diariamente.

Em ambos os Estudos de Caso aqui relatados, foi implementada a intervenção psicoterapêutica de reestruturação cognitiva, sendo este um dos principais contributos para a aquisição desta competência específica. Esta intervenção teve como principal objetivo ajudar as utentes alvo a identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais, promovendo uma percepção mais adaptativa da realidade. Para a sua consolidação, foram utilizadas técnicas como o questionamento socrático, a identificação de pensamentos automáticos e o registo de pensamentos disfuncionais e a escrita terapêutica, que facilitaram a autoanálise e a reformulação cognitiva. Esta intervenção revelou-se particularmente eficaz na redução de sintomas ansiosos e depressivos, permitindo às utentes o desenvolvimento de técnicas funcionais de enfrentamento.

Dentro das sessões individuais de reestruturação cognitiva foram igualmente abordadas temáticas importantes, tais como, estratégias para promover a compreensão da saúde mental e sinais de alerta, estratégias eficazes para lidar com os sintomas, adesão ao regime terapêutico e prevenção de recaídas. Paralelamente, e dentro das mesmas sessões, também a reabilitação psicossocial foi promovida através do empoderamento competências individuais e introdução de mudanças que permitem uma melhoria na autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social das utentes alvo. Foi possível abordar estratégias de treino de competências sociais, que favoreceram a interação e comunicação interpessoal, essenciais para a reinserção social e laboral.

No contexto de estágio em Hospital de Dia de Psiquiatria, houve também a oportunidade de participar em visitas domiciliárias. As mesmas permitiram uma identificação mais contextualizada das necessidades das pessoas acompanhadas pois possibilitou uma avaliação mais completa do ambiente em que a pessoa se insere, identificando fatores que poderiam influenciar a sua saúde mental e, consequentemente, ajustando as intervenções de forma mais eficaz.

Por fim, e de acordo com o descritivo desta competência, a prática envolveu a interpretação e individualização de estratégias por meio de atividades como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar (Regulamento nº515/2018, 2018).

Neste sentido, foram assumidos diferentes papéis na relação terapêutica, tais como os de recurso, facilitador, líder, conselheiro e mediador, em consonância com os definidos por Hildegard Peplau na sua Teoria das Relações Interpessoais. Considerando que este modelo de enfermagem foi aplicado em ambos os contextos de estágio, a prática foi guiada pelos seus

princípios, destacando a interação entre enfermeiro e utente como um elemento essencial na construção de uma relação terapêutica sólida e no sucesso da intervenção em saúde mental.

O processo de aquisição destas competências foi gradativo e dinâmico, exigindo uma constante reflexão crítica sobre as estratégias adotadas e os resultados alcançados. Assim, considera-se que o contributo para a aquisição de competências nesta área foi significativo, permitindo um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas acompanhadas e consolidando o papel do EEESMP como agente de mudança na promoção da saúde mental.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório permitiu o cumprimento dos objetivos inicialmente delineados, nomeadamente a demonstração da integração crítica entre o conhecimento teórico e a prática clínica especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A realização dos estudos de caso constituiu um eixo estruturante deste percurso formativo, proporcionando a oportunidade de operacionalizar saberes científicos e de aprofundar a análise clínica, a tomada de decisão fundamentada e a avaliação sistemática de resultados terapêuticos. Estas intervenções, centradas na pessoa, favoreceram uma abordagem individualizada e permitiram evidenciar o impacto da atuação do enfermeiro especialista na promoção da saúde mental e na capacitação dos utentes.

A experiência de estágio revelou-se extremamente enriquecedora, permitindo o contacto com contextos clínicos de elevada complexidade.

Entre as aprendizagens mais significativas destaca-se o aprofundamento da escuta terapêutica, da empatia relacional e da capacidade de ajustar as intervenções ao contexto e às necessidades subjetivas de cada utente. Particular relevância assumiu a implementação de intervenções psicoterapêuticas estruturadas, sustentadas em referenciais teóricos validados. A condução dos estudos de caso constituiu um espaço privilegiado para o desenvolvimento destas competências, permitindo um acompanhamento longitudinal rigoroso, a monitorização contínua dos indicadores clínicos e o ajustamento progressivo das estratégias terapêuticas, à luz da evidência científica e da evolução do processo clínico.

Foi possível desenvolver um conjunto robusto de competências gerais e específicas inerentes ao exercício do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, constituindo um passo fundamental no processo de consolidação de uma prática profissional diferenciada, qualificada e orientada para a prestação de cuidados avançados e centrados na pessoa.

Enquanto mestre, impõe-se o compromisso com a produção, aplicação e disseminação do conhecimento científico, com vista à melhoria contínua da prática clínica, à qualificação das equipas e ao avanço disciplinar da enfermagem. Este grau académico implica, igualmente, a capacidade de articular investigação e prática, com espírito crítico e visão transformadora.

Não obstante os progressos alcançados, reconhece-se que algumas dimensões permanecem em processo de desenvolvimento, designadamente no que respeita à fluidez na articulação de modelos conceptuais em contextos imprevisíveis e à consolidação de competências

psicoterapêuticas mais complexas. Estas áreas serão alvo de investimento contínuo ao longo da trajetória profissional.

As implicações desta experiência para a prática são profundas. O percurso formativo permitiu o reforço das competências clínicas e relacionais e também o amadurecimento pessoal e profissional.

Foram identificados alguns obstáculos ao longo do percurso, com destaque para as dificuldades na gestão do tempo, decorrentes da conciliação entre exigências académicas, profissionais e familiares. Ainda assim, fatores intrínsecos como a motivação, a resiliência, o rigor e o sentido ético-profissional revelaram-se determinantes para o sucesso do processo formativo.

Em síntese, a realização deste estágio e a construção dos estudos de caso representaram marcos determinantes no reforço da identidade profissional como enfermeiro especialista e mestre em enfermagem. Este percurso formativo constituiu uma etapa de transição para uma prática mais reflexiva, autónoma e transformadora, capaz de responder de forma ética, crítica e cientificamente informada às complexas exigências do cuidado em saúde mental.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasan, O. J., Brataas, H. V., & Nordtug, B. (2022). Experience of managing countertransference through self-guided imagery in meditation among healthcare professionals. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 793784.
- Albarrak, A. I., Al Rashidi, E. A., & Fatani, R. K. (2014). Assessment of legibility and completeness of handwritten and electronic prescriptions. *Saudi Pharmaceutical Journal, 22*(6), 522–527.
- Al Hawaiti, M. R., Sharif, L., & Elsayes, H. (2025). Assertiveness in nursing: A systematic review of its role and impact in healthcare settings. *Nursing Reports, 15*(3), 102.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR* (5ª ed.,). American Psychiatric Publishing.
- Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment, 11*(5), 338–346.
- Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy, 27*(5), 395–403.
- Baumeister, R. F. (1999). *The self in social psychology*. Psychology Press.
- Beck, A. F., Blair, P. S., & McNaughton, J. (2023). Shared decision-making in multidisciplinary teams in mental health: Challenges and strategies. *Journal of Interprofessional Care, 37*(3), 245–253.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893–897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561–571.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência, 4*(18), 125–132.
- Bjerre, L. M., Patten, S. B., Beck, C. A., et al. (2023). Strategies for discontinuing antidepressant

treatment: A systematic review. *The BMJ*, 381, e074492.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. III: Loss, sadness and depression*. Basic Books.

Brunton, L. L., Hilal-Dandan, R., & Knollmann, B. C. (2022). *Goodman & Gilman's: The pharmacological basis of therapeutics* (14th ed.). McGraw-Hill Education.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2012). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6th ed.). Mosby/Elsevier.

Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. William Morrow and Company.

Claessen, L., van Dijke, A., Ford, J. D., & van der Hart, O. (2021). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in out-of-home care: A scoping review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1863523.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

Coelho, A., de Brito, M., & Barbosa, A. (2018). Caregiver anticipatory grief: phenomenology, assessment and clinical interventions. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(1), 52-57.

Coelho, J. C. F., Ribeiro, A. R. M., Sampaio, F. M. C., Sequeira, C. A. C., Lleixà Fortuño, M. D. M., & Merino, J. R. (2020). Cultural adaptation and psychometric properties assessment of the Nursing Outcomes Classification (NOC) outcome "Cognition" (0900) in a sample of Portuguese adults with mental illness. *International Journal of Nursing Knowledge*, 31(3), 180-187.

Coelho, J., & Sousa, L. (2020). *Relaxamento*. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 202-210). Lidel.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®)*. Ordem dos Enfermeiros.

Cuijpers, P., Cristea, I. A., Weitz, E., Gentili, C., & Berking, M. (2016). The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(16), 3451-3462.

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., van Straten, A., & The Lancet Psychiatry Group. (2013). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118-126.

Dalla Nora, C. R., Schaefer, R., & Saez, E. (2016). Sensibilidade moral e fatores relacionados:

percepção de enfermeiros. *Cogitare Enfermagem*, 21(4), 1-8.

Dias, C. A., Santos, D. C., Matias, L. O., Servo, M. L. S., Santana, C. L. A., & Tanaka, L. H. (2018). Representações de supervisão na perspectiva dos enfermeiros coordenadores de um hospital de ensino. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32, e27422.

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2020-2030*. DGS.

Dobson, K. S. (2001). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed.). Guilford Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Forchuk, C. (2021). *Peplau's theory of interpersonal relations: An update for mental health nursing*. In J. B. Butts & K. L. Rich (Eds.), *Philosophies and theories for advanced nursing practice* (pp. 161-174). Jones & Bartlett Learning.

Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Lawrence Erlbaum.

Global Burden of Disease. (2024). *Global Burden of Disease Study 2021: Portugal* [Dados nacionais]. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Global Burden of Disease. (2024). *Estudo da Carga Global de Doença 2021 (GBD 2021)*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91.

Graham, I. W. (2000). *Reflective practice and its role in mental health nurses' practice development: A year long study*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(2), 109-117.

Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1997). *Controlando o humor: Um guia para quem busca aprender a terapia cognitiva*. Artmed.

Grilo, A. M. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doença*, 13(2), 283-297.

Gupta, A., Soklaridis, S., Espin, S., & Levinson, W. (2024). Continuous quality improvement interventions in health care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24, 282.

- Haddad, P. M., & Anderson, I. M. (2007). Recognising and managing antidepressant discontinuation symptoms. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(6), 447-457.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Happell, B., Platania Phung, C., & Scott, D. (2019). Consumers' engagement in mental health nursing: The role of interprofessional practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(4), 30-37.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Huang, L., Zhang, X., Wang, F., Chang, X., Chu, Y., Jia, W., ... Beibei Zhang. (2024). The relationship between reflective ability and professional identity: the mediating effect of self directed learning and self efficacy for junior clinical nurses. *BMC Nursing*, 23, 858.
- Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (2023). *Sertralina Sandoz 50 mg – Resumo das características do medicamento (RCM)*.
- Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (2023). *Propranolol – Resumo das características do medicamento (RCM)*.
- Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (2020). *Victan (Loflazepato de etilo) – Circular informativa sobre indisponibilidade e características do medicamento*.
- International Council of Nurses. (2019). *International classification for nursing practice (ICNP): Version 2019*. Geneva: ICN. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnp>
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2nd ed.). University of Chicago Press.
- Jensen, A. C., & Jorgensen Wells, M. A. (2025). Parents favor daughters: A meta-analysis of gender and other predictors of parental differential treatment. *Psychological Bulletin*, 151(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam Books.

Kübler Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.

McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.

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

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.

Menear, M., Girard, A., Dugas, M., Gervais, M., Gilbert, M., & Gagnon, M. P. (2022). Systematic review of personalized care planning and shared decision making in collaborative mental health care. *PLOS ONE*, 17(6), e0268649.

Merz, E.-M., Schuengel, C., & Schulze, H.-J. (2009). Intergenerational relations across four years: Well being is affected by quality not by support exchange. *The Gerontologist*, 49(4), 536–548.

Milkie, M. A., Bierman, A., & Schieman, S. (2008). How adult children influence older parents' mental health: Integrating stress-process and life-course perspectives. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(4), 349–364.

Moloud, R., Saeed, Y., Mahmonir, H., & Rasool, G. A. (2022). Cognitive-behavioral group therapy in major depressive disorder with focus on self-esteem and optimism: An interventional study. *BMC Psychiatry*, 22, 299.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC): Medições dos resultados em saúde* (6.ª ed.). Elsevier.

Moreno Poyato, A. R., Rodríguez Nogueira, Ó., Ramos Morcillo, A. J., Correa Rodríguez, M., & López Domènech, X. (2021). The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: A cross sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 335–343.

National Cancer Institute. (2022). *Grief, bereavement, and coping with loss*. In *PDQ® Supportive and Palliative Care*. National Library of Medicine (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66052/>

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management (NICE Guideline NG222)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). *Mindful self-compassion: How individuals cultivate emotional resilience*. Guilford Press.

Neimeyer, R. A. (2012). *Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved*. Routledge.

Niño-Becerra, L. (2021). *Therapeutic communication and the nurse-client relationship*. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559103/>

Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, *Diário da República*, 2.ª série, n.º 150. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115707322>

Regulamento n.º 366/2018 de 7 de novembro. Regulamento da competência acrescida diferenciada em supervisão clínica do enfermeiro especialista, *Diário da República*, 2.ª série, n.º 226, pp. 4620–4622.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, pp. 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Relatório mundial sobre saúde mental: Transformando a saúde mental para todos*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). *Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: A systematic review*. *Archives of General Psychiatry*, 61(7), 714–719.

Pargament, K. I., & Raiya, H. A. (2007). A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned. *Psyke & Logos*, 28(2), 742–766.

Pennebaker, J. W., & Smyth, J. M. (2016). *Opening up by writing it down: How expressive writing improves health and eases emotional pain* (2nd ed.). Guilford Press.

Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167.

- Pereira, R. P. G. (2016). *Enfermagem baseada na evidência: um desafio, uma oportunidade*. Lusodidacta.
- Pilar, A. C. A., Reis, L. B., Alves, V. H., & Ferreira, S. C. M. (2010). Promoção da saúde através de técnica respiratória e de relaxamento. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2(4), 1326-1338.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121
- Rahman, S. N. H. A., Mahmud, M. I., & Johari, K. S. K. (2024). Exploring of expressive art therapy in counselling: A recent systematic review. *Qubahän Academic Journal*, 4(2), 430-445.
- Rando, T. A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Research Press.
- Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 762-774.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton University Press.
- Sampaio, F. M. C., Araújo, O. S. S. L., Sequeira, C. A. C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2017). Evaluation of the psychometric properties of NOC outcomes "Anxiety level" and "Anxiety self control" in a Portuguese outpatient sample. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 184-191.
- Sampaio, F., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). Efficacy of cognitive-behavioral therapy on psychological adjustment in adults with chronic physical health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2313-2325.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. T. (2018). Intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Definição e tipologia. *Escola Anna Nery*, 22(3), e20170395.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). *Development and evaluation of a psychotherapeutic intervention model in nursing* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto / Universidade de Barcelona]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84.
- Santos, B., Gonçalves, P., Sequeira, C., Curto, P. M. (2020). Reestruturação Cognitiva. In. C.

Sequeira & F. Sampaio (1st ed.), *Enfermagem em Saúde Mental* (pp.186-189). Lidel.

Santos, E. R. P., Coelho, J. C. F., Ribeiro, A. R. M., Ribeiro, I., & Sampaio, F. (2023). Translation, cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Hamilton Anxiety Scale among a sample of Portuguese adult patients with mental health disorders. *BMC Psychiatry*, 23, 520.

Santos, J. C., Marques, A., Queirós, C., & Monteiro, S. (2020). Intervenções de enfermagem em saúde mental com base na terapia cognitivo-comportamental: Uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 45-52.

Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Autoconceito e autoestima em adultos portugueses: Validação da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista de Psicologia*, 21(2), 45-58.

Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2024). *Psiquiatria fundamental* (2ª ed.). Lidel.

Saroca, K., & Sargent, J. (2022). Understanding families as essential in psychiatric practice. *Focus. American Psychiatric Publishing*, 20(2), 204-209.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression* (2nd ed.). Guilford Press.

Sequeira, C. (2020). Entrevista clínica. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 90-94). Lidel.

Sequeira, C. A., & Sampaio, F. M. (2016). *Enfermagem de saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (2.ª ed.). Lidel.

Sequeira, C., Sampaio, F., & Lluch Canut, T. (2016). Luto. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 131-132). Lidel

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). (2020). *PEM | Prescrição Eletrónica Médica*. SPMS. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/pem/>

Shattell, M., Starr, S. S., & Thomas, S. P. (2007). 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274-284.

Sherman, R. O., Bishop, M., Eggenberger, T., & Karden, R. (2007). *Development of a leadership competency model*. *The Journal of Nursing Administration*, 37(2), 85-94.

Shore, J. C., Gelber, M. W., Koch, L. M., & Sower, E. (2016). Anticipatory grief: An evidence based approach. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(1), 15-19.

- Silva, E. (2016). *Nurses' clinical communication skills. Atención Primaria*. https://www.academia.edu/92066693/Nurses_clinical_communication_skills
- Silva, J. D. O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Lopes Neto, A., Melo, L. S., & Silva, F. J. C. P. (2021). Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros no serviço hospitalar. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26, e67898.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self esteem predict depression and anxiety? A meta analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD 7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2017). Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention. *American Psychological Association*.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Journal of Death and Dying*, 61(4), 273-289.
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Tedgård, E., Rastam, M., & Wirtberg, I. (2018). An upbringing with substance abusing parents: Experiences of parentified children. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well being*, 13(1), 1435100.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive behavioral therapy more effective than other therapies? A meta analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720.
- Tschudin, V. (2003). *Ethics in Nursing: The Caring Relationship* (3ª ed.). Butterworth Heinemann.
- Varvogli, L., & Darviri, C. (2011). Stress management techniques: Evidence based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*, 5(2), 74-89.
- Vaz Serra, A. (1988). *Psicologia da Saúde Mental*. Coimbra. Livraria Almedina.
- Vaz Serra, A., & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health*

practitioner (4th ed.). Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relationship between caregiver burden and clinical measures. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

8. ANEXOS

Anexo I

PLANEAMENTO DA ENTREVISTA CLÍNICA DE ADMISSÃO SR.ª X

PLANEAMENTO DA ENTREVISTA CLÍNICA DE ADMISSÃO	
Utente:	Sr.ª X
Data:	3 de Outubro de 2024
Duração:	45 minutos
Entrevistador:	Enf.ª Joana Campos
Hora:	10h
Local:	Gabinete Clínico
Objetivos:	• Estabelecer o primeiro contacto com a utente; • Desenvolver relação terapêutica; • Executar Colheita de Dados; • Aplicar Instrumentos de avaliação; • Identificar diagnósticos de Enfermagem; • Obter consentimento informado para inclusão em Estudo de Caso.
Recursos:	Enfermeira Gabinete Clínico Material de Escrita Instrumentos de Avaliação

PLANEAMENTO DA ENTREVISTA CLÍNICA DE ADMISSÃO				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	- Dispor a sala segundo as recomendações (Cadeiras a 90 graus; Enfermeira junto à porta); - Acolhimento da utente; - Apresentações iniciais; - Clarificação dos objetivos da entrevista clínica e sua duração salvaguardando confidencialidade e sigilo profissional; - Obtenção de consentimento informado para inclusão em Estudo de Caso.	Interrogativo Expositivo Participativo Ativo	- Gabinete Clínico; - Cadeiras; - Material de Escrita.	10 minutos
Fase Exploratória	- Iniciar entrevista com questões abertas (Como se sente?) - Questionar sobre dados pessoais; processo de doença; história da doença atual, hábitos/ atividades de vida diárias; - Identificar os principais problemas/ Focos de Enfermagem; - Definir Genograma/Ecomapa; - Aplicar instrumentos de avaliação.		- Gabinete Clínico; - Cadeiras; - Material de Escrita.	20 minutos
Fase Final	- Realizar síntese final da informação abordada; - Fornecer feedback relativamente aos problemas de Enfermagem identificados; - Encorajar utente e dar tempo para colocar dúvidas; - Orientar utente para continuidade de cuidados; - Despedida formal.		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	15 minutos

Anexo II

Avaliação Cognitiva – Resultado “NOC Cognição” - Sr.ª X

Indicador	Score (1 a 5)	Justificação Segundo o Caso
Comunicação clara para a idade	5	Discurso claro, organizado, coerente e fluido.
Comunicação adequada para a idade	5	Discurso compatível com o nível de escolaridade.
Compreensão do significado das situações	4	Auto verbalizações com algumas distorções cognitivas.
Atenção	5	Permaneceu concentrada durante a entrevista.
Concentração	5	Atenção facilmente captável e sustentada.
Memória imediata	5	Recorda facilmente acontecimentos imediatos.
Memória remota	5	Recorda acontecimentos passados com clareza.
Processamento de informações	5	Compreende a informação fornecida.
Memória recente	4	Alguma dificuldade em recordar situações dos dias anteriores.
Ato de pesar alternativas ao tomar decisões	4	Alguma dificuldade em contornar situações desagradáveis.
Tomada de decisão adequada	4	Dificuldade ligeira em tomar decisões.
Habilidades de cálculos complexos	4	Dificuldades moderadas, adequadas ao grau de escolaridade.

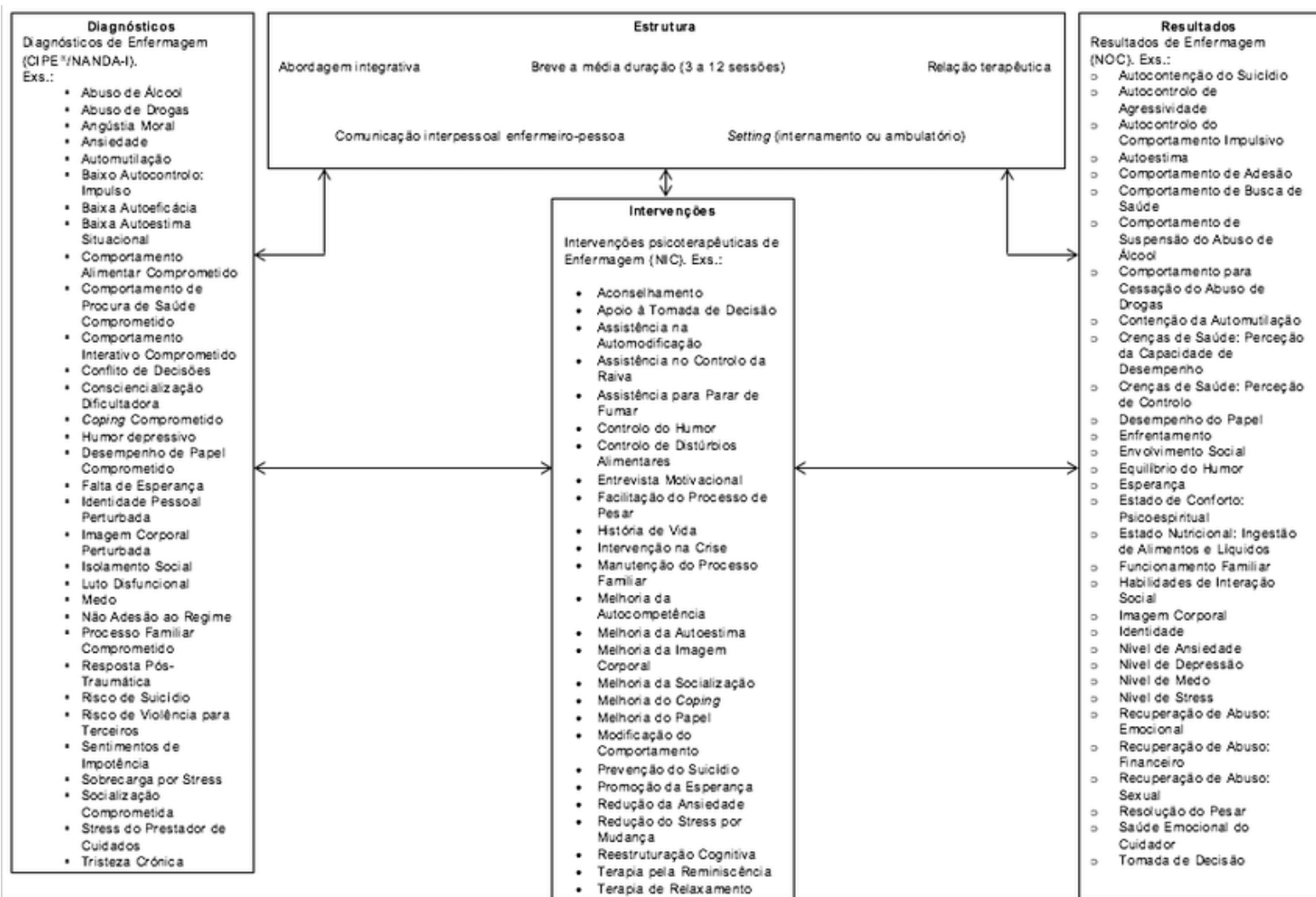
Interpretação Geral

A aplicação da NOC Cognição à Sr.ª X resultou numa pontuação total de 60 pontos.

Conclui-se que a utente se encontra cognitivamente íntegra, apesar de se verificarem algumas dificuldades ligeiras ao nível da memória recente, da tomada de decisão e das habilidades de cálculo. Estes resultados evidenciam um bom funcionamento cognitivo geral.

Anexo III

Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem



Anexo IV

Aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg - Sr.ª X

A Escala de Autoestima de Rosenberg é composta por 10 afirmações, que são avaliadas normalmente em quatro níveis: "Concordo plenamente", atribuindo-se 3 pontos; "Concordo", com 2 pontos; "Discordo", correspondendo a 1 ponto; e "Discordo plenamente", com 0 pontos. Sendo que os itens 2, 5, 6, 8 e 9 são **reversíveis** — as suas pontuações necessitam de ser invertidas na soma final.

Nº	Afirmação	Tipo	Resposta da Sr.ª X	Pontuação
1	De um modo geral estou satisfeito comigo próprio	Positiva	Discordo	1
2	Por vezes penso que não presto	Negativa	Concordo	1
3	Sinto que tenho algumas boas qualidades	Positiva	Concordo	2
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas	Positiva	Discordo	1
5	Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio	Negativa	Discordo	2
6	Por vezes sinto-me um inútil	Negativa	Concordo	1
7	Sinto que sou uma pessoa de valor	Positiva	Concordo	2
8	Deveria ter mais respeito por mim próprio	Negativa	Concordo	1
9	De um modo geral sinto-me um fracassado	Negativa	Concordo	1
10	Tenho uma boa opinião de mim própria	Positiva	Discordo	1

Interpretação Geral:

Pontuação Total = 13 pontos

De acordo com a Escala de Rosenberg, uma pontuação total entre 0 a 15 pontos indica uma autoestima baixa. A Sr.^a X obteve uma pontuação de 13 pontos, o que sugere uma autoestima baixa,.

Anexo V

Aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton - Sr.ª X

Classificação	Indicadores	Score
Muito Frequentes	Humor ansioso, Dificuldades intelectuais, Humor depressivo	4
Frequentes	Tensão, Insónia, Sintomas musculares, Sintomas genito-urinários e sintomas do sistema nervoso autónomo	3
Moderados	Sintomas sensoriais e Sintomas cardio-vasculares	2
Ligeiros	Medos e Sintomas respiratórios	1

Interpretação Geral:

A aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton à Sr.ª X resultou numa pontuação total de 33 pontos. Este valor corresponde, segundo Santos (2021), a um nível de 'Ansiedade Patológica Grave'. Os indicadores mais expressivos incluem humor ansioso, dificuldades intelectuais e humor depressivo, refletindo uma ansiedade persistente e generalizada. Estes resultados sustentam a inclusão da ansiedade como foco prioritário no plano de cuidados de enfermagem.

Anexo VI

Aplicação do Resultado NOC Nível de Depressão à Sr.ª X

Indicador	Score (1 a 5)	Justificação Segundo o Caso
Humor deprimido	2	Presença de humor depressivo, mas com capacidade parcial de resposta a estímulos positivos.
Perda de interesse pelas atividades	2	Refere desmotivação, mas realiza algumas tarefas quotidianas.
Eventos negativos na vida	2	Vivências traumáticas que influenciam o humor atual.
Concentração Prejudicada	2	Relata dificuldade em manter o foco nas tarefas diárias.
Sentimentos de Desvalorização	2	Verbaliza frequentemente percepção negativa de si mesma.
Baixa autoestima	2	Confirmada pela aplicação da Escala de Rosenberg.
Raiva	2	Expressa sentimentos de frustração e injustiça nas relações familiares.

Interpretação Geral:

A aplicação do NOC 'Nível de Depressão' à Sr.ª X resultou numa pontuação global de 2 em todos os indicadores, classificando o nível de depressão como 'Substancial'. De acordo com Moorhead et al. (2016), esta pontuação corresponde a um nível de depressão moderado.

Anexo VII

Aplicação do Resultado NOC Autocontrolo de Ansiedade à Sr.ª X

Indicador	Score (1 a 5)	Observações
Monitoriza manifestações físicas de ansiedade	3	Algumas vezes demonstrado.
Monitoriza manifestações comportamentais de ansiedade	3	Algumas vezes demonstrado.
Elimina precursores da ansiedade	2	Raramente demonstrado.
Busca informações para reduzir a ansiedade	2	Raramente demonstrado.
Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento	2	Raramente demonstrado.
Controla a resposta à ansiedade	1	Nunca demonstrado.

Interpretação Geral:

A aplicação do NOC 'Autocontrolo da Ansiedade' à Sr.ª X revela uma dificuldade significativa em gerir os sintomas de ansiedade (Moorhead et al., 2016).

Embora monitorize ocasionalmente as manifestações físicas e comportamentais da ansiedade, as estratégias de enfrentamento são raramente utilizadas, e o controlo da resposta à ansiedade não foi observado. Estes resultados justificam a inclusão de intervenções específicas no plano de cuidados para melhorar o autocontrolo da ansiedade e promover estratégias eficazes de coping.

Anexo VIII

Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson:

Procedimento

Esta técnica consiste na contração e relaxamento sequencial dos principais grupos musculares, com o objetivo de promover o relaxamento físico e aumentar a percepção das sensações corporais associadas à tensão e ao relaxamento.

Preparação

- Garantir um ambiente calmo, privado e com temperatura confortável;
- O participante deve usar roupa confortável e adotar uma posição relaxada (sentado ou deitado);
- Explicar previamente a técnica, evitando gravações; preferir instrução presencial.

Execução

1. Solicitar que o participante feche os olhos e mantenha-os fechados durante toda a técnica.
2. Guiar as contrações e relaxamentos dos seguintes grupos musculares:
 - Mão e antebraço direito: fechar o punho com força (10 seg.), relaxar (20 seg.).
 - Braço direito: empurrar o cotovelo contra o corpo ou cadeira (10 seg.), relaxar (20 seg.).
 - Repetir o processo para o lado esquerdo.
 - Testa: elevar as sobrancelhas (10 seg.), relaxar (20 seg.).
 - Olhos e nariz: fechar olhos e franzir nariz (10 seg.), relaxar (20 seg.).
 - Mandíbula: cerrar dentes e esticar os cantos da boca (10 seg.), relaxar (20 seg.).

- Pescoço: empurrar queixo contra o peito ou cabeça contra a cadeira (10 seg.), relaxar (20 seg.).
- Peito e ombros: inspirar profundamente, contrair ombros e costas (10 seg.), relaxar (20 seg.).
- Abdômen: contrair o estômago fortemente (10 seg.), relaxar (20 seg.).
- Coxa direita: contrair os músculos (10 seg.), relaxar (20 seg.).
- Perna direita: puxar os dedos do pé para cima (10 seg.), relaxar (20 seg.).
- Pé direito: virar para dentro e dobrar os dedos (10 seg.), relaxar (20 seg.).
- Repetir os mesmos passos para o lado esquerdo.

3. Manter um tom de voz calmo e pausado, garantindo tempo suficiente para que o participante reconheça as sensações de tensão e relaxamento.

Finalização

- Encorajar o participante a reconhecer as sensações corporais ao final da técnica;
- Promover um breve momento de avaliação da experiência com o participante;
- Sugerir a prática autónoma regular da técnica.

Referência Bibliográfica

Coelho, J., & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1.ª ed., pp. 202–210). Lidel.

Anexo IX

Questionário: Avaliação do Conhecimento sobre Estratégias de Autocontrolo da Ansiedade – Sr.ª X

Este questionário tem como objetivo avaliar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade. O mesmo é totalmente anónimo, não precisa de colocar o seu nome ou assinar. Responda de forma aberta e sincera.

- 1. Indique duas estratégias que possa utilizar quando sente que a ansiedade está a aumentar.**

Resposta 1: Respirar fundo;

Resposta 2: Não sei.

- 2. Refira duas técnicas que o ajudem a manter a calma em situações de stress ou ansiedade.**

Resposta 1: Contar coisas;

Resposta 2: Tentar distrair-me.

- 3. Diga duas formas de se preparar para lidar melhor com situações que costumam provocar-lhe ansiedade.**

Resposta 1: Tentar não pensar no assunto;

Resposta 2: Não sei.

- 4. Descreva duas atividades ou hábitos que possam ajudar a reduzir os níveis de ansiedade no seu dia a dia.**

Resposta 1: Ver televisão;

Resposta 2: Dormir muito.

5. Explique duas ações que pode realizar para reconhecer e gerir pensamentos que aumentam a sua ansiedade.

Resposta 1: Tento não pensar neles.

Resposta 2: Não sei.

6. Refira duas práticas que possam ajudar a melhorar o controlo emocional perante a ansiedade.

Resposta 1: Evito falar com as pessoas;

Resposta 2: Fico sozinha.

Grelha de Avaliação do Questionário:

Questão	Respostas corretas	Respostas parciais	Respostas incorretas/não responde
	2 pontos	1 ponto	0 pontos
Níveis de Conhecimento:	0–4 pontos: Baixo 5–8 pontos: Médio 9–12 pontos: Elevado		

Avaliação das Respostas da Sr.ª X:

Questão	Avaliação	Pontuação
Pergunta 1	1 resposta parcial correta	1
Pergunta 2	1 resposta parcial correta	1
Pergunta 3	Ambas pouco adequadas	0
Pergunta 4	1 resposta parcial correta	1
Pergunta 5	Ambas pouco adequadas	0
Pergunta 6	Ambas incorretas	0
Total		3 pontos (Baixo conhecimento)

Anexo X

Ação de Educação para a Saúde, em grupo:

"Auto-controlo da Ansiedade"



ANSIEDADE

O QUE FAZER?

Enf.ª Joana Campos
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Novembro, 2024

O QUE É A ANSIEDADE?

A Ansiedade é uma resposta natural ao stress. Pode ser benéfica em algumas situações.

Quando ocorre de forma prolongada (crónica), afeta a nossa vida:

- Pessoal
- Social
- Laboral

Algumas pessoas experienciam a ansiedade em níveis que podem ser considerados transtornos, tais como:

- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TRAG)
- Transtorno de Pânico
- Fobias

DOENÇA!



1

2

COMO SE MANIFESTA?

As pessoas que sofrem de ansiedade podem sentir:

- ✓ Sintomas Mentais / Psicológicos;
- ✓ Sintomas Físicos;



3

O PAPEL DO AUTOCONTROLO NA GESTÃO DA ANSIEDADE

O que é o Autocontrolo?

- O Autocontrolo é a capacidade de regular os nossos pensamentos, emoções e comportamentos, especialmente em situações desafiadoras;
- É uma habilidade que pode ser desenvolvida e treinada com o tempo;
- Quando temos autocontrolo, é mais fácil gerir as nossas respostas emocionais às situações stressantes.



4

O PAPEL DO AUTOCONTROLO NA GESTÃO DA ANSIEDADE

Autocontrolo:

- Ajuda a evitar reações impulsivas;
- Ajuda a escolher respostas mais ponderadas;
- Ajuda a manter o foco em soluções, em vez de se centrar nos problemas!



ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Identificar o que o deixa ansioso:

Para conseguir manter a Ansiedade sob controlo é importante que aprenda a identificar os fatores que a desencadeiam.

Alguns Exemplos:

- Stress no trabalho
- Problemas financeiros
- Problemas de Saúde
- Consumo de Drogas
- Relacionamento Pessoais
- Traumas



5

6

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Manter uma atitude positiva:

Substituir os pensamentos negativos por outros mais positivos.

Se lhe surgirem pensamentos maus, questione-se:

"Este pensamento é produtivo?"
 "Este pensamento acrescenta-me alguma coisa?"
 "Faz com que eu fique mais próximo do meu objetivo?"

Se a resposta é NÃO, afaste-o da sua mente.



ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Manter uma atitude positiva:

Não permita que a Ansiedade o paralise!
 Tente encarar as situações de uma perspetiva mais positiva.



Por exemplo, se está num emprego que não gosta, encare-o como algo necessário, mas temporário, apenas para ter alguma segurança financeira enquanto procura um emprego com condições melhores.

7

8

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Aceitar que não é possível controlar tudo:

Muitas vezes, a Ansiedade surge quando antecipamos coisas que ainda não aconteceram ou que poderão nunca vir a acontecer.

Exemplos: Ser despedido, ficar doente, temer que aconteça algo à família.

É importante distinguir o perigo REAL do perigo IMAGINÁRIO.

Caso o perigo seja REAL - Atitude PROATIVA.



9

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Atividades de Relaxamento:

- Yoga
- Meditação
- Ouvir música
- Dançar
- Caminhadas
- Fazer uma massagem
- Fazer tarefas de casa
- Escrever
- Ler um livro
- Ver um filme
- Rir
- Exercício Físico
- Exercícios Respiratórios



10

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Outros cuidados a ter:

- Falar com os amigos e familiares sobre o que o preocupa;
- Estabelecer metas realistas, com prazos razoáveis;
- Celebrar pequenas vitórias;
- Comer de forma saudável e equilibrada, não saltando refeições;
- Limitar a ingestão de álcool e cafeína, que podem agravar os níveis de Ansiedade e favorecer os ataques de pânico;
- Dormir bem. O nosso corpo precisa de sono e descanso.



PROCURAR AJUDA COM UM PROFISSIONAL ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL!

11

O QUE NÃO DEVE FAZER?

- Tentar colocar todas as estratégias em prática ao mesmo tempo. Estabeleça pequenos objetivos que facilmente consiga cumprir;
- Focar-se nas coisas que não consegue mudar;
- Evitar situações que o possam deixar ansioso. De forma lenta e gradual, tente enfrentá-las para que consiga ir combatendo a ansiedade que estas lhe provocam;
- Recorrer ao álcool, tabaco, jogo ou drogas para aliviar os sintomas de ansiedade.



12

TÉCNICA DE RELAXAMENTO FÍSICO DE JACOBSON



- Deite-se no colchão, na posição que considere mais confortável. Feche os olhos e fique em silêncio.

13

Obrigado pela
atenção

14

Anexo XI

**Grelha de Observação Direta Estruturada de Avaliação da Capacidade
para Utilizar Estratégias de Autocontrolo da Ansiedade – Sr.ª X**

Critério Observado	Descrição	Observado	Não Observado
1. Identifica espontaneamente estratégias de autocontrolo	Durante a sessão, menciona pelo menos 1-2 estratégias sem ser solicitado diretamente.	☐ X	☐
2. Responde adequadamente em role-play / simulações	Aplica corretamente estratégias durante exercícios simulados.	☐	☐ X
3. Reconhece pensamentos automáticos negativos	Demonstra capacidade de identificar pensamentos que provocam ansiedade.	☐ X	☐
4. Sugere estratégias quando questionado	Quando questionado, refere estratégias concretas e adequadas.	☐	☐ X
5. Aplica estratégias durante a sessão (espontânea ou guiada)	Utiliza estratégias na prática durante momentos de ansiedade na própria sessão.	☐	☐ X
6. Demonstra evolução na frequência/qualidade das respostas	Comparando com sessões anteriores, nota-se melhoria na identificação e aplicação das estratégias.	☐ X	☐

Anexo XII

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica Reestruturação Cognitiva-

Sr.ª X

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: PLANEAMENTO DA SESSÃO INICIAL				
Utente:	Sr.ª X			
Data:	7 de Outubro de 2024			
Duração:	50 minutos			
Entrevistador:	Enf.ª Joana Campos			
Hora:	10h30			
Local:	Gabinete Clínico			
Objetivos:	- Desenvolver relação terapêutica de confiança mútua com a utente; - Identificar distorções cognitivas na utente; - Validar os diagnósticos de Enfermagem ativos; - Avaliar motivação da utente para a inclusão nas sessões de Reestruturação Cognitiva; - Propor Intervenção Psicoterapêutica “Reestruturação Cognitiva”.			
Recursos:	Gabinete Clínico (com mesa e duas cadeiras) Material de Escrita Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton Resultado NOC “Autocontrolo de Ansiedade”			
REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: PLANEAMENTO DA SESSÃO INICIAL				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	- Acolhimento da utente (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Quebra-gelo; - Garantia de confidencialidade e sigilo profissional.	Interrogativo Expositivo Participativo Ativo	- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	10 minutos
Fase Exploratória	- Pedir à utente para descrever um dia habitual; - Pedir à utente para definir como se sente; - Identificar pensamentos negativos e distorções cognitivas; - Aplicar Escala de Ansiedade de Hamilton e Resultado NOC “Autocontrolo de Ansiedade”; - Propor e discutir com a utente um possível diagnóstico de Enfermagem; - Avaliar numa escala de 0 a 10 a motivação da utente para uma possível intervenção psicoterapêutica; - Apresentar à utente a intervenção psicoterapêutica - Reestruturação Cognitiva;		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita; - Quadro de Registo de Pensamentos	20 minutos
Fase Final	- Realizar uma pequena síntese final da informação abordada; - Encorajar a utente a descrever abertamente o que sente e os seus pensamentos associados ao diagnóstico de Enfermagem ativo. - Pedir à utente feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar utente e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar próximo contacto; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	15 minutos

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: PLANEAMENTO DA SESSÃO 1				
Utente:	Sr.ª X			
Data:	14 de Outubro de 2024			
Duração:	50 minutos			
Entrevistador:	Enf.ª Joana Campos			
Hora:	10h00			
Local:	Gabinete Clínico			
Objetivos:	• Explicar à utente o fundamento teórico que suporta a intervenção psicoterapêutica “Reestruturação Cognitiva” • Explicar à utente o funcionamento das sessões; • Ajudar a utente a compreender em que medida o seu pensamento influencia o seu comportamento; • Definir objetivos e metas a atingir em conjunto; • Realizar contrato terapêutico que formalize a intervenção; • Negociar com a utente tarefa a ser realizada até à próxima sessão.			
Recursos:	Enfermeira Gabinete de Enfermagem (com mesa, duas cadeiras e um computador) Material de Escrita Quadro de registo de pensamentos			
REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: PLANEAMENTO DA SESSÃO 1				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	- Acolhimento da utente (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar; quebra-gelo);	Interrogativo Expositivo Participativo Ativo	- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	5 minutos
Fase Exploratória	- Realizar um resumo da sessão anterior; - Identificar pensamentos negativos e distorções cognitivas; - Explorar com a utente os pensamentos, emoções e comportamentos relacionados com o diagnóstico de Enfermagem ativo; - Explicar à utente o fundamento teórico que suporta a intervenção psicoterapêutica “Reestruturação Cognitiva”; - Ajudar a utente a compreender em que medida o seu pensamento afeta o seu comportamento e emoções; - Definir objetivos e metas a atingir em conjunto; - Realizar contrato terapêutico que formalize a intervenção; - Apresentar, fornecer e explicar à utente Quadro de Registo de Pensamentos; - Negociar com a utente tarefa a ser realizada por ela até à próxima sessão.		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita; - Quadro de Registo de Pensamentos	30 minutos
Fase Final	- Realizar uma pequena síntese final da informação abordada; - Pedir à utente feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar utente e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar próximo contacto; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	15 minutos

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: PLANEAMENTO DA SESSÃO 2 (INTERMÉDIA)				
Utente:	Sr.ª X			
Data:	18 de Outubro de 2024			
Duração:	50 minutos			
Entrevistador:	Enf.ª Joana Campos			
Hora:	11h00			
Local:	Gabinete Clínico			
Objetivos:	• Explicar o funcionamento da sessão e realizar um breve resumo da sessão anterior; • Solicitar as tarefas de casa acordadas na sessão anterior; • Analisar e explorar as tarefas em colaboração com a utente; • Explorar o erro cognitivo e pensamentos automáticos conjuntamente com a utente; • Ajudar a utente a alterar autoverbalizações pouco racionais para autoverbalizações racionais (mais sustentadas numa análise lógica da realidade); • Propor tarefa de casa a ser realizada até à sessão seguinte.			
Recursos:	Gabinete Clínico Material de Escrita Quadro de Registo de Pensamentos			
REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA: PLANEAMENTO DA SESSÃO 2 (INTERMÉDIA)				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	- Acolhimento da utente (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Realizar um breve resumo da sessão anterior.	Interrogativo Expositivo Participativo Ativo	- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	5 minutos
Fase Exploratória	- Solicitar a tarefa de casa acordada na sessão anterior; - Explorar os pensamentos automáticos; - Explicar à utente em que medida as suas autoverbalizações medeiam as emoções; - Ajudar a utente a identificar as emoções negativas; - Ajudar a utente a identificar e reconhecer a irracionalidade de algumas das suas crenças face à realidade concreta; - Ajudar e incentivar a utente a substituir interpretações erróneas por interpretações baseadas na realidade; - Negociar com a utente a próxima tarefa a ser realizada como “trabalho de casa”.		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita; - Quadro de Registo de Pensamentos	30 minutos
Fase Final	- Realizar uma pequena síntese final da informação abordada; - Pedir à utente feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar utente e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar próximo contacto; - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	15 minutos

PLANEAMENTO DA SESSÃO 3 (INTERMÉDIA)				
Utente:	Sr.ª X			
Data:	23 de Outubro de 2024			
Duração:	50 minutos			
Entrevistador:	Enf.ª Joana Campos			
Hora:	11h30			
Local:	Gabinete Clínico			
Objetivos:	• Explicar o funcionamento da sessão e realizar um breve resumo da sessão anterior; • Solicitar as tarefas da sessão anterior e analisar e interpretar as mesmas em colaboração com a utente; • Explorar o erro cognitivo, pensamentos automáticos e estratégias adaptativas conjuntamente com a utente; • Explorar comportamentos disfuncionais que advêm do erro cognitivo; • Colocar em prática novas formas de pensamento procurando um confronto progressivo com as situações; • Propor a realização de tarefas até à sessão seguinte.			
Recursos:	Gabinete Clínico Material de Escrita Quadro de Registo de Pensamentos			
PLANEAMENTO DA SESSÃO 3 (INTERMÉDIA)				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	- Acolhimento da utente (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Realizar um breve resumo da sessão anterior.	Interrogativo Expositivo Participativo Ativo	- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	5 minutos
Fase Exploratória	- Explorar com a utentes progressos decorrentes da intervenção; - Solicitar tarefa de casa e analisar em conjunto; - Explorar com a utente os seus pensamentos e emoções e comportamentos disfuncionais que deles advêm; - Fazer uso do sistema de crenças habituais da utente para encarar/olhar para a situação de uma forma diferente; - Ajudar a utente a identificar fatores stressores que possam estar a contribuir para o seu estado disfuncional; -Realizar afirmações e colocar questões que coloquem em dúvida o pensamento da utente; - Realizar afirmações que apresentem formas alternativas de encarar a situação; - Incentivar utente a pensar sobre estratégias que ajudem a reestruturar o pensamento; - Negociar com a utente tarefa de casa a ser realizada até à próxima sessão.		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita; - Quadro de Registo de Pensamentos	30 minutos
Fase Final	- Realizar uma pequena síntese final da informação abordada; - Pedir à utente feedback acerca do decurso da sessão; - Encorajar utente e dar tempo para colocar dúvidas; - Agendar próximo contacto e despedida formal.		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	15 minutos

PLANEAMENTO DA SESSÃO FINAL				
Utente:	Sr.ª x			
Data:	28 de Outubro de 2024			
Duração:	50 minutos			
Entrevistador:	Enf.ª Joana Campos			
Hora:	10h00			
Local:	Gabinete Clínico			
Objetivos:	• Explicar o funcionamento da sessão e fazer um breve resumo da sessão anterior; • Solicitar as tarefas da sessão anterior e analisar e interpretar as mesmas em colaboração com a utente; • Encorajar a utente a rever as experiências para testar os seus pensamentos, as suas emoções e os seus comportamentos relativamente às alternativas treinadas; • Propor a manutenção de tarefas de casa de automonitorização e autocorreção dos pensamentos e aplicar as estratégias treinadas nas sessões; • Identificar expectativas e objetivos futuros com a utente; • Avaliar os resultados obtidos com a intervenção através da aplicação da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton.			
Recursos:	Gabinete Clínico Material de Escrita Quadro de Registo de Pensamentos Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton.			
PLANEAMENTO DA SESSÃO FINAL				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	- Acolhimento da utente (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao gabinete, convidar a sentar); - Realizar um breve resumo da sessão anterior.	Interrogativo Expositivo Participativo Ativo	- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	10 minutos
Fase Exploratória	- Rever com a utente as competências cognitivas que esta desenvolveu; - Antecipar, com a utente, potenciais stressores e abordar estratégias que desenvolveu nas sessões; - Incentivar a procura de ajuda adicional por um profissional de saúde mental; - Discutir os progressos da utente ao longo das sessões; - Elogiar esses progressos e enfatizar o seu papel nessas mudanças positivas; - Rever contrato terapêutico; - Aplicar instrumento de avaliação “Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton”; - Incentivar a utente a utilizar 10-15 minutos diariamente para se autoavaliar; - Obter feedback da utente acerca das sessões;		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita; - Quadro de Registo de Pensamentos	35 minutos
Fase Final	- Realizar uma pequena síntese final da informação abordada; - Encorajar utente e dar tempo para colocar dúvidas; - Mostrar disponibilidade futura, se necessário. - Despedida formal, com acompanhamento até à porta.		- Gabinete; - Mesa e Cadeiras; - Material de Escrita.	10 minutos

Quadro de Registo de Pensamentos					
Data/Hora	Situação	Pensamentos Automáticos	Emoções	Resposta Adaptativa	Resultado
	Que acontecimento (externo ou interno) está associado com a emoção desagradável? Que comportamento mal adaptativo adotou?	Que pensamentos ou imagens lhe vieram à cabeça (antes, após e durante o comportamento mal adaptativo=? Quão acredita nesses pensamentos?	Que emoções sentiu (antes, durante e após o acontecimento ou comportamento mal adaptativo? Quão intensa foi essa emoção (de 0 a 100)?	Que distorção cognitiva teve? Use as questões indicadas abaixo para compor uma resposta aos pensamentos automáticos. Indique quanto acredita em cada resposta.	Quanto é que agora acredita em cada pensamento automático? Que emoções sente agora? Quão intensas são essas emoções (de 0 a 100)? O que seria bom fazer?
Questões auxiliares para compor uma resposta alternativa. 1 – Qual é a evidência de que o pensamento automático seja verdadeiro ou não verdadeiro? 2 – Existe alguma explicação alternativa? 3 – Se o pior acontecesse, como é que eu ia lidar com isso? O que é o melhor que poderia acontecer? Qual é o resultado mais realista? 4 – Qual é o efeito da minha crença no pensamento automático? E qual poderia ser o efeito caso eu mudasse o meu pensamento? 5 – Se aquela pessoa estivesse nesta situação, o que é que eu lhe diria? 6 – O que seria bom fazer?					

Anexo XIII

Aplicação do Resultado NOC Autocontrolo da Ansiedade – Sr.ª X

PÓS-INTERVENÇÃO

Indicador	Score (1 a 5)	Observações
Monitoriza manifestações físicas de ansiedade	4	Frequentemente demonstrado.
Monitoriza manifestações comportamentais de ansiedade	4	Frequentemente demonstrado.
Elimina precursores da ansiedade	3	Algumas vezes demonstrado.
Busca informações para reduzir a ansiedade	3	Algumas vezes demonstrado.
Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento	3	Algumas vezes demonstrado.
Controla a resposta à ansiedade	3	Algumas vezes demonstrado.

Interpretação Geral:

Verificou-se uma melhoria significativa na gestão dos sintomas de ansiedade. A Sr.ª X demonstra maior capacidade para identificar e reagir aos sinais físicos e comportamentais, recorre mais frequentemente a estratégias de coping e apresenta melhor controlo da resposta ansiosa.

Anexo XIV

Aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton – Sr.ª X

PÓS INTERVENÇÃO

Classificação	Indicadores	Score
Frequentes	Humor ansioso, tensão, insónia	3
Moderados	Humor depressivo, sintomas musculares, intelectuais	2
Ligeiros	Sintomas genito-urinários, autonómicos, sensoriais	1
Ausentes	Medos, sintomas respiratórios, cardiovasculares	0

Interpretação Geral:

A pontuação desceu de forma significativa, situando-se agora num nível de “ansiedade moderada”, o que indica um progresso relevante na redução dos sintomas, especialmente nos domínios do humor ansioso, tensão e perturbações do sono.

Anexo XV

Aplicação do Resultado NOC Nível de Depressão – Sr.ª X

PÓS-INTERVENÇÃO

Indicador	Score (1 a 5)	Justificação
Humor deprimido	3	Apresenta humor mais estável e responde melhor a estímulos.
Perda de interesse pelas atividades	3	Participa com maior regularidade em tarefas e interações.
Eventos negativos na vida	3	Revela maior distanciamento emocional face às experiências.
Concentração prejudicada	3	Consegue manter o foco em atividades simples.
Sentimentos de desvalorização	3	Verbaliza ocasionalmente qualidades pessoais.
Baixa autoestima	3	Resultados corroborados pela Escala de Rosenberg.
Raiva	3	Demonstra maior contenção e verbalização adaptada da frustração.

Interpretação Geral:

A pontuação global passou de 2 para 3 em todos os indicadores, refletindo uma diminuição do sofrimento emocional e maior capacidade de resposta a estímulos positivos, congruente com uma depressão leve.

Anexo XVI

Aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg – Sr.ª X

PÓS-INTERVENÇÃO

Nº	Afirmação	Tipo	Resposta da Sr.ª X	Pontuação
1	De um modo geral estou satisfeito comigo próprio	Positiva	Concordo	2
2	Por vezes penso que não presto	Negativa	Discordo	2
3	Sinto que tenho algumas boas qualidades	Positiva	Concordo plenamente	3
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas	Positiva	Concordo	2
5	Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio	Negativa	Discordo plenamente	3
6	Por vezes sinto-me um inútil	Negativa	Discordo	2
7	Sinto que sou uma pessoa de valor	Positiva	Concordo	2
8	Deveria ter mais respeito por mim próprio	Negativa	Discordo	2
9	De um modo geral sinto-me um fracassado	Negativa	Discordo	2
10	Tenho uma boa opinião de mim própria	Positiva	Concordo	2

Interpretação Geral:

A melhoria de 13 para 22 pontos sugere uma transição de autoestima baixa para moderada. A Sr.^a X demonstra agora maior valorização pessoal, reconhecimento de qualidades e uma percepção menos autocrítica.

Anexo XVII

Avaliação Cognitiva – Resultado NOC Cognição - Sr.ª Y

Indicador	Score (1 a 5)	Justificação Segundo o Caso
Comunicação clara para a idade	5	Discurso organizado, coerente e fluido, compatível com a sua formação e história pessoal.
Comunicação adequada para a idade	5	Expressão clara e compreensível, apesar do conteúdo emocionalmente carregado.
Compreensão do significado das situações	3	Presença de distorções cognitivas como personalização, autodepreciação e culpa não fundamentada.
Atenção	4	Permaneceu colaborante com atenção captável, embora com oscilações ao abordar temas sensíveis.
Concentração	4	Capacidade de manter o raciocínio, mas com quebra de foco emocionalmente mediada.
Memória imediata	5	Recorda acontecimentos imediatos durante a entrevista com facilidade.
Memória remota	5	Evocação clara e estruturada de eventos passados.
Processamento de informações	5	Compreende com eficácia a informação fornecida.
Memória recente	5	Capacidade preservada de recordar acontecimentos recentes.
Ato de pesar alternativas ao tomar decisões	3	Tendência a antecipar cenários negativos e hesitação na resolução de problemas.
Tomada de decisão adequada	3	Dificuldade em avaliar recursos e possibilidades de forma realista.
Habilidades de cálculos complexos	3	Dificuldades justificadas pelo contexto emocional e pela formação académica.

Interpretação Geral:

A aplicação da NOC Cognição à Sr.^a Y resultou numa pontuação total de 59 pontos.

Conclui-se que a utente se encontra cognitivamente íntegra, apresentando boa capacidade de atenção, memória e processamento de informação. Os comprometimentos observados referem-se sobretudo à interpretação subjetiva de situações, tomada de decisão e raciocínio lógico, em grande parte influenciados pelo impacto emocional do contexto de vida atual.

Anexo XVIII

Aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg - Sr.ª Y

A Escala de Autoestima de Rosenberg é composta por 10 afirmações, que são avaliadas normalmente em quatro níveis: "Concordo plenamente", atribuindo-se 3 pontos; "Concordo", com 2 pontos; "Discordo", correspondendo a 1 ponto; e "Discordo plenamente", com 0 pontos. Sendo que os itens 2, 5, 6, 8 e 9 são **reversíveis** — as suas pontuações necessitam de ser invertidas na soma final.

Nº	Afirmação	Tipo	Resposta da Sraª Y	Pontuação
1	De um modo geral estou satisfeito comigo próprio	Positiva	Discordo	1
2	Por vezes penso que não presto	Negativa	Concordo	1
3	Sinto que tenho algumas boas qualidades	Positiva	Discordo	1
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas	Positiva	Discordo	1
5	Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio	Negativa	Concordo	1
6	Por vezes sinto-me um inútil	Negativa	Concordo	1
7	Sinto que sou uma pessoa de valor	Positiva	Discordo	1
8	Deveria ter mais respeito por mim próprio	Negativa	Concordo plenamente	0
9	De um modo geral sinto-me um fracassado	Negativa	Concordo	1
10	Tenho uma boa opinião de mim própria	Positiva	Discordo	1

Interpretação Geral:

Pontuação Total = 9 pontos

De acordo com a Escala de Rosenberg, uma pontuação total entre 0 a 15 pontos indica uma autoestima baixa. A Sr.^a Y obteve uma pontuação de 19 pontos, o que sugere uma autoestima baixa,.

Anexo XIX

Aplicação do Resultado NOC "Resolução do Pesar" - Sra.ª Y

Indicador	Score (1 a 5)	Justificação Segundo o Caso
Expressa crenças espirituais sobre a morte	4	Demonstra, com frequência, confiança em crenças espirituais que a ajudam a lidar com a perda.
Verbaliza aceitação da perda	4	Consegue expressar verbalmente que aceita a realidade da perda vivida.
Progride nos estágios de luto	4	Evidencia avanços nos diferentes estágios do luto, com maior adaptação emocional e comportamental.

Interpretação Geral:

A aplicação do NOC "Resolução do Pesar" à Sra.ª Y resultou numa pontuação média de 4 nos indicadores avaliados, indicando que a utente demonstra frequentemente ações pessoais para ajustar pensamentos, sentimentos e comportamentos face à perda. De acordo com Moorhead et al. (2016), esta pontuação sugere uma boa capacidade de adaptação ao processo de luto, com evolução positiva nos aspetos emocionais e espirituais associados à perda.

Anexo XX

Inventário de Depressão de Beck: BDI - Sr.ª Y

Afirmção	Descrição	Score
Afirmção 1	Eu me sinto triste.	2
Afirmção 2	Acho o futuro sem esperanças e tenho a sensação de que não pode melhorar.	3
Afirmção 3	Acho que como pessoa sou um completo fracasso.	3
Afirmção 4	Não sinto mais prazer nas coisas como antes.	1
Afirmção 5	Sinto-me culpado grande parte do tempo.	2
Afirmção 6	Acho que estou a ser punido.	3
Afirmção 7	Estou dececionado comigo mesmo.	1
Afirmção 8	Culpo-me por tudo de mal que acontece.	3
Afirmção 9	Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.	1
Afirmção 10	Choro mais do que costumava.	2
Afirmção 11	Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que o que costumava.	2
Afirmção 12	Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.	2
Afirmção 13	Tenho mais dificuldades em tomar decisões do que antes.	2
Afirmção 14	Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.	1
Afirmção 15	É preciso algum esforço extra para fazer qualquer coisa.	1
Afirmção 16	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.	3
Afirmção 17	Fico cansado em fazer qualquer coisa.	2
Afirmção 18	O meu apetite não é tão bom como costumava ser.	1
Afirmção 19	Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.	0
Afirmção 20	Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.	0
Afirmção 21	Perdi completamente o interesse por sexo.	3

Interpretação Geral:

Score Total = 38, correspondendo este valor a "Depressão Severa" (Brochado, 2013).

Anexo XXI

Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton – Sr.ª Y

Classificação	Indicadores	Score
Muito Frequentes	Humor Ansioso, Humor Depressivo e Sintomas do Sistema Nervoso Autónomo	4
Frequentes	Tensão e Sintomas Genito-urinários	3
Moderados	Medos, Insónia e Sintomas Cardio-vasculares	2
Ligeiros	Dificuldades Intelectuais, Sintomas Musculares, Sintomas Sensoriais e Sintomas Respiratórios	1

Interpretação Geral:

Score Total = 28, o que corresponde a "Ansiedade Patológica Grave".

Anexo XXII

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica Reestruturação Cognitiva - Sra.Y

Este plano de intervenção foi estruturado com base no modelo psicoterapêutico de enfermagem proposto por Sequeira e Sampaio (2020), aplicando uma abordagem cognitivo-comportamental direcionada à reestruturação do autoconceito comprometido. A intervenção organiza-se em sessões iniciais, intermédias e finais, com objetivos, metodologias e estratégias terapêuticas específicas, adaptadas às necessidades da utente.

Fase	Sessão	Objetivos / Estratégias Terapêuticas	Exemplo Prático com a Sr.ª Y
Inicial	Sessão 1	Estabelecimento da relação terapêutica. Avaliação inicial com RSES e BDI. Exploração do autoconceito atual e desejado. Introdução ao modelo cognitivo. Estabelecimento de objetivos colaborativos	
Inicial	Sessão 2	Identificação de pensamentos automáticos associados ao 'eu'. Início do registo de pensamentos. Psicoeducação sobre distorções cognitivas que afetam o autoconceito.	Pensamento: 'Nunca faço nada bem.' Distorção: Generalização excessiva. Pensamento alternativo: "Sou eu o principal suporte da minha irmã".
Intermédia	Sessão 3	Análise de distorções cognitivas com	Identificação das distorções cognitivas em

		ênfase em rotulagem, personalização e generalização.	pensamentos recorrentes como 'sou inútil'.
Intermédio	Sessão 4	Questionamento socrático para modificar crenças autorreferentes. Desenvolvimento de pensamentos alternativos mais adaptativos.	Pensamento: 'Sou um fardo.' Pergunta: 'Há alguma evidência de que alguém lhe disse isso?' Resposta: 'Não, até dizem que gostam de me ter por perto.'
Intermédio	Sessão 5	Aplicação da técnica da flecha descendente para identificar pressupostos e crenças centrais disfuncionais. Formulação de hipóteses alternativas mais realistas (Beck et al., 1979).*	Pensamento: 'Eles não me ligam.' → 'Não se importam comigo.' → 'Não sou importante.' → Crença central: 'Não tenho valor.'
Intermédio	Sessão 6	Reestruturação de crenças nucleares. Redação de afirmações positivas coerentes com evidências pessoais. Construção de uma carta de autoaceitação.	Afirmação positiva construída: 'Tenho valor e mereço ser tratada com respeito.' Carta de autoaceitação escrita com apoio da enfermeira.* ²
Intermédio	Sessão 7	Promoção da autoimagem positiva: exercícios de espelho e diário de validação interna. Integração de	Afirmações positivas lidas ao espelho: 'Sou capaz, sou importante'. Diário com 10

		autoafirmações na rotina diária. Enumeração de 10 qualidades.	qualidades pessoais listadas.
Intermédia	Sessão 8	Visualização orientada do 'eu ideal'. Construção de um Cartão de Identidade Pessoal Positiva com valores, qualidades e conquistas.	Visualização: 'Vejo minha irmã a sorrir quando estou por perto, e isso faz-me sentir-me útil.' Cartão: Forças – empatia, resiliência; Valores – família, dedicação.
Final	Sessão 9	Preparação para prevenção de recaída: identificação de gatilhos internos e externos. Plano de resposta rápida e reforço de coping adaptativo.	Plano: Quando pensar 'não consigo', usar afirmação 'já superei desafios antes'. Checklist de estratégias positivas.
Final	Sessão 10	Reavaliação da autoestima através do instrumento RSES. Comparação entre o autoconceito inicial e atual. Planeamento de estratégias de manutenção.	Comparação gráfica do Mapa do Autoconceito inicial vs. atual. Melhoria reportada na autoestima.
Final	Sessão 11 (Follow-Up)	Avaliação do impacto da intervenção por telefone. Reforço das estratégias eficazes e motivação para continuidade. Quebra da relação terapêutica.	Sr.ª Y refere manter os exercícios e que se sente mais valorizada. Expressa gratidão pela intervenção.

*A técnica da flecha descendente (*downward arrow technique*) é uma estratégia da Terapia Cognitivo-Comportamental que visa aceder a crenças centrais negativas por meio da exploração sequencial de pensamentos automáticos disfuncionais. Através de perguntas do tipo “Se isso for verdade, o que significa para si?”, o terapeuta ou enfermeiro especialista conduz a utente a níveis mais profundos da cognição, revelando esquemas pessoais ligados a temas como valor, aceitação ou competência. Esta técnica é particularmente útil em situações de autoconceito comprometido, permitindo a reformulação posterior dessas crenças (Beck et al., 1979).

Anexo XXIII

Aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg – Sr.ª Y

PÓS - INTERVENÇÃO

A Escala de Autoestima de Rosenberg é composta por 10 afirmações, que são avaliadas normalmente em quatro níveis: "Concordo plenamente" (3 pontos), "Concordo" (2 pontos), "Discordo" (1 ponto), e "Discordo plenamente" (0 pontos). Os itens 2, 5, 6, 8 e 9 são reversíveis — as suas pontuações necessitam de ser invertidas na soma final.

Nº	Afirmação	Tipo	Resposta da Sr.ª Y	Pontuação
1	De um modo geral estou satisfeito comigo próprio	Positiva	Concordo plenamente	3
2	Por vezes penso que não presto	Negativa	Discordo	3
3	Sinto que tenho algumas boas qualidades	Positiva	Concordo	2
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das outras pessoas	Positiva	Concordo	2
5	Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio	Negativa	Discordo	3
6	Por vezes sinto-me um inútil	Negativa	Concordo	1
7	Sinto que sou uma pessoa de valor	Positiva	Concordo	2
8	Deveria ter mais respeito por mim próprio	Negativa	Discordo	3
9	De um modo geral sinto-me um fracassado	Negativa	Concordo	1
10	Tenho uma boa opinião de mim própria	Positiva	Concordo	2

Interpretação Geral:

Pontuação Total = 22 pontos

De acordo com a Escala de Rosenberg, uma pontuação entre 16 e 25 indica uma autoestima normal. A Sr.^a Y obteve uma pontuação de 22 pontos, sugerindo uma melhoria significativa na percepção da sua autoestima após a intervenção, face à avaliação inicial (9 pontos).

Anexo XXIV

Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton – Sr.ª Y

PÓS-INTERVENÇÃO

Classificação	Indicadores	Score
Frequentes	Humor Ansioso, Tensão	3
Moderados	Humor Depressivo, Insónia, Sintomas do Sistema Nervoso Autónomo	2
Ligeiros	Medos, Sintomas Cardio- vasculares, Dificuldades Intelectuais, Sintomas Respiratórios	1
Ausentes	Sintomas Musculares, Sintomas Genito-urinários, Sintomas Sensoriais	0

Interpretação Geral:

Score Total = 13 (Ansiedade Moderada)

A Escala de Ansiedade de Hamilton revelou uma diminuição da ansiedade, com uma pontuação de 13 pontos na fase pós intervenção, comparativamente aos 28 pontos registados inicialmente, que indicavam ansiedade grave.

Anexo XXV

Inventário de Depressão de Beck (BDI) – Sr.ª Y

PÓS-INTERVENÇÃO

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) avalia a intensidade da sintomatologia depressiva. Cada item corresponde a uma afirmação com pontuação de 0 a 3, e a soma dos itens indica o grau de depressão. A pontuação total pode variar entre 0 e 63 pontos.

Afirmação	Descrição	Score
Afirmação 1	Eu me sinto triste.	1
Afirmação 2	Acho o futuro sem esperanças e tenho a sensação de que não pode melhorar.	1
Afirmação 3	Acho que como pessoa sou um completo fracasso.	0
Afirmação 4	Não sinto mais prazer nas coisas como antes.	1
Afirmação 5	Sinto-me culpado grande parte do tempo.	1
Afirmação 6	Acho que estou a ser punido.	0
Afirmação 7	Estou dececionado comigo mesmo.	1
Afirmação 8	Culpo-me por tudo de mal que acontece.	1
Afirmação 9	Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.	1
Afirmação 10	Choro mais do que costumava.	1
Afirmação 11	Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que o que costumava.	1
Afirmação 12	Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.	1
Afirmação 13	Tenho mais dificuldades em tomar decisões do que antes.	0
Afirmação 14	Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.	1
Afirmação 15	É preciso algum esforço extra para fazer qualquer coisa.	2
Afirmação 16	Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.	2

Afirmação 17	Fico cansado em fazer qualquer coisa.	2
Afirmação 18	O meu apetite não é tão bom como costumava ser.	1
Afirmação 19	Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.	0
Afirmação 20	Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.	0
Afirmação 21	Perdi completamente o interesse por sexo.	1

Interpretação Geral:

Pontuação Total = 19 pontos

Na reaplicação do Inventário de Depressão de Beck, a utente apresentou uma redução dos sintomas, com uma pontuação total de 19 pontos, face aos 38 registados inicialmente. Embora ainda manifeste sintomas depressivos, observa-se uma melhoria clínica relevante.

Anexo XXVI

Aplicação do Resultado NOC – Resolução do Pesar – Sr.ª Y

(Pós-Intervenção)

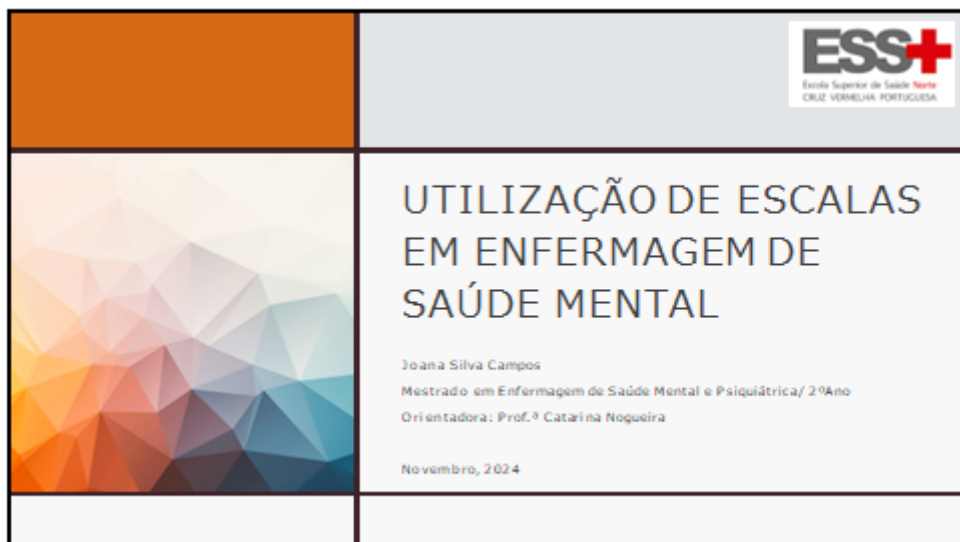
Indicador	Score (1 a 5)	Justificação Segundo o Caso
Expressa crenças espirituais sobre a morte	4	Demonstra, com frequência, confiança em crenças espirituais que a ajudam a lidar com a perda.
Verbaliza aceitação da perda	4	Consegue expressar verbalmente que aceita a realidade da perda vivida.
Progride nos estágios de luto	4	Evidencia avanços nos diferentes estágios do luto, com maior adaptação emocional e comportamental.

Interpretação Geral:

A reaplicação do NOC 'Resolução do Pesar' revelou uma pontuação média de 4 nos indicadores avaliados, sem alterações significativas face à avaliação inicial. A utente manteve uma atitude de aceitação e adaptação contínua à perda.

Anexo XXVII

**Formação em Serviço: "Utilização de Escalas em Enfermagem
de Saúde Mental"**



1

	CONTEXTUALIZAÇÃO
	• A descoberta dos Psicofármacos, na década de 1960, impulsionou a elaboração e a aplicação de instrumentos de avaliação. (Gorenstein & Wang, 2014) • Necessidade de mensurar a eficácia dos medicamentos potenciaram o desenvolvimento de instrumentos capazes de detetar mudanças na sintomatologia. (Gorenstein & Wang, 2014) • No contexto da evolução tecnológica, em que a Enfermagem está inserida, muitas escalas e testes têm vindo a ser elaborados, traduzidos, adaptados, validados e aplicados, com vista a mensurar e identificar situações nas quais se pode atuar de forma mais científica e eficaz. (Silva <i>et al</i>, 2012)

2

	DEFINIÇÃO
	• Uma escala de avaliação em Saúde Mental é um instrumento padronizado composto por um conjunto de itens que permite quantificar características psíquicas, psicológicas ou comportamentais, que nem sempre são observáveis. (Gorenstein & Wang, 2014)

3

Podem ser aplicadas:	✓ Individualmente ou a um grupo específico; ✓ Auto-preenchidas ou preenchidas pelo próprio pesquisador; (Esta última tem sido a escolha na maioria das investigações por conta da baixa escolaridade de alguns dos participantes) Nota: A compreensão e preenchimento errôneos dos instrumentos de colheita de dados fazem com que os dados não sejam fidedignos o suficiente para analisá-los. (Feitosa <i>et al</i>, 2014)
-----------------------------	--

4

Qualidades de uma Escala:	Confiabilidade: Uma escala é mais confiável se estiver na sua língua de origem; Validade: Tem que estar validada para a população participante (Portuguesa). (Gorenstein & Wang, 2014)
---	---

5

	VANTAGENS
	• Permite avaliar as características clínicas de uma determinada doença; • Permite avaliar o nível necessário de cuidado; • Maior uniformidade na colheita de dados; • Melhor avaliação dos fenómenos de saúde estudados qualitativamente; • Uniformização da linguagem; • Consistência das avaliações; • Melhoria dos cuidados de Enfermagem; • Permite monitorizar os resultados da intervenção de Enfermagem; • Satisfação pessoal e motivação do Enfermeiro. (Gorenstein & Wang, 2014); (Feitosa <i>et al</i>, 2014); (Silva <i>et al</i>, 2012)

6

	DESVANTAGENS
	• Custos implicados no seu uso; • Requer tempo e disponibilidade do paciente e do Enfermeiro; • Requer conhecimento e treino por parte do Enfermeiro; • Alteração das propriedades, quando traduzido para outro idioma; • Manifestações clínicas de muitos transtornos mentais podem sofrer influência de fatores socioculturais ; • Dificuldade em objetivar e quantificar a psicopatologia em Saúde Mental; • Não servem para fazer um diagnóstico clínico. (Gorenstein & Wang, 2014); (Feitosa <i>et al</i>, 2014); (Silva <i>et al</i>, 2012)

7

COMPETÊNCIAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA	
Diário da República (2019) Regulamento n.º 140/2019 - Competência B 2.1.2: “Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas.”	

8

COMPETÊNCIAS ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA Diário da República (2018) Regulamento n.º 515/2018 - Competência F 3.2.2: "Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente (...) para determinar a efetividade do Plano de Cuidados e ganhos em Saúde Mental".	

9

	EXEMPLOS DE ESCALAS EM SAÚDE MENTAL:
	• NOC Cognição • Mini Mental State Examination • Escala de Ansiedade de Hamilton • Inventário de Depressão de Beck • Escala de Risco de Suicídio (IRIS)

10

RESULTADO NOC "COGNIÇÃO"

1 a 11 anos: Total <40
+ 11 anos: Total < 57
=Défice Cognitivo

Nota: Não existem pontos de corte para pessoas sem escolaridade

-> MMSE

0900

Cognição

Definição: Capacidade de executar complexos processos mentais

CLASSIFICAÇÃO DA META DO RESULTADO: Manter em _____ Aumentar para _____

RESULTADO DA CLASSIFICAÇÃO	Gravemente comprometido	Subseveramente comprometido	Modestamente comprometido	Levemente comprometido	Não comprometido
TOTAL	0	5	5	4	5
Indicadores					
PMSE01 Orientação para pessoa	0	2	5	4	5
PMSE02 Orientação para pessoa	0	2	5	4	5
PMSE03 Orientação para pessoa	0	2	5	4	5
PMSE04 Capacidade para fazer coisas	0	2	5	4	5
PMSE05 Concentração	0	2	5	4	5
PMSE06 Orientação espacial	0	2	5	4	5
PMSE07 Memória recente	0	2	5	4	5
PMSE08 Memória recente	0	2	5	4	5
PMSE09 Processamento de informações	0	2	5	4	5
PMSE10 Atenção dividida em tarefas	0	2	5	4	5
PMSE11 Velocidade de decisão	0	2	5	4	5
PMSE12 Habilidade de decisão complexa	0	2	5	4	5

11

MMSE Mini-Mental State Examination

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

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

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que tempo vive? _____
Em que cidade estamos? _____
Em que estado estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (pontar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou ditar três palavras, quero que as repitas, mas só depois de eu te dizer todas:
Pára _____
Cabo _____
Bola _____

Nota: _____

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

"Agora preciso que me digas quantos são 10 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repetir assim até ao fim de dar para parar"

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

"Vou te conseguir dizer as três palavras que pedí-te pouco para decorar".
Pára _____
Cabo _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

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

Nota: _____

b. "Repete a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROUPA"

Nota: _____

12

13

14

14

[illegible]

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

INSTRUÇÕES DE DEPRESSÃO DE BECK - 201	
Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ País: _____ Telefone: _____ E-mail: _____ Assinatura: _____ Data: _____	
Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno de número 1, 2, 3 ou 4 próximo à afirmação, em cada grupo, que descreva melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tenha cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.	
1	7
2	8
3	9
4	10
5	11
6	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22

15

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

13	19
14	20
15	21
16	22
17	23
18	24
19	25
20	26
21	27
22	28
23	29
24	30
25	31
26	32
27	33
28	34
29	35
30	36
31	37
32	38
33	39
34	40
35	41
36	42
37	43
38	44
39	45
40	46
41	47
42	48
43	49
44	50
45	51
46	52
47	53
48	54
49	55
50	56
51	57
52	58
53	59
54	60
55	61
56	62
57	63
58	64
59	65
60	66
61	67
62	68
63	69
64	70
65	71
66	72
67	73
68	74
69	75
70	76
71	77
72	78
73	79
74	80
75	81
76	82
77	83
78	84
79	85
80	86
81	87
82	88
83	89
84	90
85	91
86	92
87	93
88	94
89	95
90	96
91	97
92	98
93	99
94	100
95	101
96	102
97	103
98	104
99	105
100	106
101	107
102	108
103	109
104	110
105	111
106	112
107	113
108	114
109	115
110	116
111	117
112	118
113	119
114	120
115	121
116	122
117	123
118	124
119	125
120	126
121	127
122	128
123	129
124	130
125	131
126	132
127	133
128	134
129	135
130	136
131	137
132	138
133	139
134	140
135	141
136	142
137	143
138	144
139	145
140	146
141	147
142	148
143	149
144	150
145	151
146	152
147	153
148	154
149	155
150	156
151	157
152	158
153	159
154	160
155	161
156	162
157	163
158	164
159	165
160	166
161	167
162	168
163	169
164	170
165	171
166	172
167	173
168	174
169	175
170	176
171	177
172	178
173	179
174	180
175	181
176	182
177	183
178	184
179	185
180	186
181	187
182	188
183	189
184	190
185	191
186	192
187	193
188	194
189	195
190	196
191	197
192	198
193	199
194	200
195	201
196	202
197	203
198	204
199	205
200	206
201	207
202	208
203	209
204	210
205	211
206	212
207	213
208	214
209	215
210	216
211	217
212	218
213	219
214	220
215	221
216	222
217	223
218	224
219	225
220	226
221	227
222	228
223	229
224	230
225	231
226	232
227	233
228	234
229	235
230	236
231	237
232	238
233	239
234	240
235	241
236	242
237	243
238	244
239	245
240	246
241	247
242	248
243	249
244	250
245	251
246	252
247	253
248	254
249	255
250	256
251	257
252	258
253	259
254	260
255	261
256	262
257	263
258	264
259	265
260	266
261	267
262	268
263	269
264	270
265	271
266	272
267	273
268	274
269	275
270	276
271	277
272	278
273	279
274	280
275	281
276	282
277	283
278	284
279	285
280	286
281	287
282	288
283	289
284	290
285	291
286	292
287	293
288	294
289	295
290	296
291	297
292	298
293	299
294	300
295	301
296	302
297	303
298	304
299	305
300	306
301	307
302	308
303	309
304	310
305	311
306	312
307	313
308	314
309	315
310	316
311	317
312	318
313	319
314	320
315	321
316	322
317	323
318	324
319	325
320	326
321	327
322	328
323	329
324	330
325	331
326	332
327	333
328	334
329	335
330	336
331	337
332	338
333	339
334	340
335	341
336	342
337	343
338	344
339	345
340	346
341	347
342	348
343	349
344	350
345	351
346	352
347	353
348	354
349	355
350	356
351	357
352	358
353	359
354	360
355	361
356	362
357	363
358	364
359	365
360	366
361	367
362	368
363	369
364	370
365	371
366	372
367	373
368	374
369	375
370	376
371	377
372	378
373	379
374	380
375	381
376	382
377	383
378	384
379	385
380	386
381	387
382	388
383	389
384	390
385	391
386	392
387	393
388	394
389	395
390	396
391	397
392	398
393	399
394	400
395	401
396	402
397	403
398	404
399	405
400	406
401	407
402	408
403	409
404	410
405	411
406	412
407	413
408	414
409	415
410	416
411	417
412	418
413	419
414	420
415	421
416	422
417	423
418	424
419	425
420	426
421	427
422	428
423	429
424	430
425	431
426	432
427	433
428	434
429	435
430	436
431	437
432	438
433	439
434	440
435	441
436	442
437	443
438	444
439	445
440	446
441	447
442	448
443	449
444	450
445	451
446	452
447	453
448	454
449	455
450	456
451	457
452	458
453	459
454	460
455	461
456	462
457	463
458	464
459	465
460	466
461	467
462	468
463	469
464	470
465	471
466	472
467	473
468	474
469	475
470	476
471	477
472	478
473	479
474	480
475	481
476	482
477	483
478	484
479	485
480	486
481	487
482	488
483	489

IRIS

ÍNDICE DE RISCO DE SUICÍDIO

F. A. Viçça, J. Andrade, P. Garrido, S. Neves, N. Matos, A. Carreira, J.C. Santos, C.B. Saraiva

Identificação: _____

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo** Masculino → 1 Feminino → 0 ☐
- **Idade** ≥ 40 → 1 < 40 → 0 ☐
- **Religiosidade** Não → 1 Sim → 0 ☐

Existem factores de natureza religiosa ou espiritual associados à forma e passagem ao acto? ☐

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social? ☐
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estado ☐
- **Doença física** - incapacitante ou terminal ☐
- **Acesso acut de álcool** ou substâncias ☐
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação acut de doença, dependência maior ou menor ou bipolar, perturbação grave da personalidade ☐
- **História de internamento psiquiátrico** ☐
- **História familiar de suicídio** ☐

ESFERA SUICIDA

- **História pessoal de comportamentos suicidários**

Ponderação 3 Não → 0 Sim → 1

Considerar Sim em caso de 2 ou mais comportamentos passivos ou apenas 1 se grave (suicídio violento ou tendo justificado conteúdos intencionais) ☐
- **Plano suicida**

Aparente a existência de plano organizado, consistente, detal e executável?

- valorar actos preparatórios (compra (ou carta de despedida, testamentos), bem como o acesso a meios letais (ou arma de fogo, pesticidas - herbicidas) ☐

Não → 0 Sim → 1 *Adicional desencadeante a valor 20 ao Score Total do Índice*

SCORE TOTAL

[illegible]

DOCUMENTOS PARA CONSULTA:

NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem



Tradução da 1ª edição

Sue Moorhead
Marian Johnson
Marilou L. Mass
Elizabeth Swanson

11.00008

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE MENTAL



Clarissa Guimarães
Yuan-Ping Wang
Wen-Hung Chang
Baptista

19

BIBLIOGRAFIA:

- Kabat, T.P., Babbis, C., Saunders, A., Mortimer, M. (2013). *ASIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care - Second Edition*.
- Kruschke, F., Hinder, M., Raul, C. (2014). *Instrumentário de Depressão de Beck (BDI-II) - Instrumentos e materiais de avaliação psicológica (Vol. II)*. pp.107-120. Alameda: Fátima.
- Carvalho, Maria. (2014). *Material de Apoio ao Diagnóstico de Distúrbios em Psicopatologia da Saúde Mental e Psiquiatria*. FAS/Unicamp.
- Carvalho, R., Rocha, M. (2013). *Psychiatric Symptom Rating Scale (PSRS)* - Validade para a População Portuguesa.
- Estado da República. (2018). *Diário da República, 2ª série - N.º 141 - 7 de agosto de 2018. Regulamento n.º 610/2018 - Regulamento de Competências Específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Cuidado Direto e Regulação* (pp. 71477-71488).
- Estado da República. (2018). *Regulamento n.º 140/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em 2ª série - N.º 28 - 8 de Fevereiro de 2018*.
- Lorenstein, C., Wang, Y. P., & Hagerbahr, J. (2014). *Fundamentos de Intervenção em Saúde Mental* [Instrumentos de avaliação em Saúde Mental]. Elsevier.
- Guarino, M. (1981). *Desafios da Neuropsicologia para a Prática da Saúde Mental: (Desafios de Neuropsicologia)*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ferreira, M., Soares, J., Ribeiro, C., Silva, S., & Leite, J. (2014). *Uso de Escalas/Tests como Instrumentos de Avaliação de Saúde em Pesquisas Quantitativas em Enfermagem*. *Qualis*, 11(2), pp.82-93.
- Norton, P. (2011). *Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas do manual de avaliação de Hamilton como amostra de provas válidas com doença mental da População Portuguesa (SCAP)*.
- Niles, M., Niles, B., Leite, J., Ribeiro, P., Soares, J. (2015). *Tecnologias em Apoio em Enfermagem: Avaliação de Escalas/Tests de Saúde de Enfermagem de GPH*. pp.71-79.
- Orlitzky, M., Fritzen, H., Vilas, W., Martin, W. (2007). *Manual Escalas de Cuidado (MOC)*. Versão Experimental Portuguesa.
- Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M. L., & Swanson, E. (2010). *NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem* (Tradução). Elsevier.
- Sergio, P., Andrade, V., Serrão, P., Neves, A., Madeira, M., Castejo, A., Santos, J., Araújo, C. (2014). *Índice de Risco de Suicídio* (IRIS). *Psiquiatria Clínica*, 33, (3), pp. 49-50, 7814.

20

Anexo XXVIII

Cuidados a Ter Após a Alta

Medicação

- Tome a medicação exatamente como indicado pelo médico, respeitando horários e dosagens.
- Mantenha a medicação fora do alcance de crianças e guarde-a em local seco e fresco.
- Se sentir efeitos secundários, informe o seu médico ou enfermeiro antes de interromper o tratamento.
- Em caso de esquecimento de uma dose, não duplique a seguinte. Siga as orientações do profissional de saúde.

Sinais de Alerta

Após a alta, é importante reconhecer sinais que possam indicar recaída ou agravamento do estado de saúde:

- Alterações bruscas de humor, como irritabilidade ou tristeza persistente
- Insónia ou sonolência excessiva
- Dificuldade de concentração ou tomada de decisões
- Isolamento de familiares e amigos
- Discurso confuso, medos excessivos ou comportamentos estranhos

Em qualquer uma destas situações, é fundamental procurar apoio junto dos serviços de saúde ou linha de apoio.

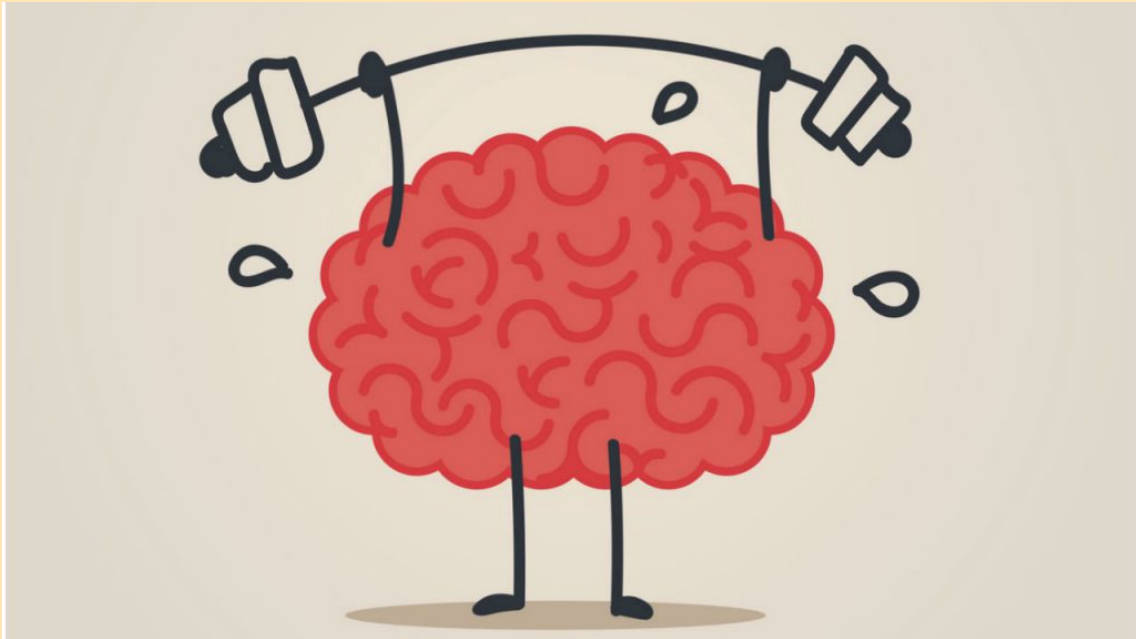
Cuidar da sua Saúde Mental

- Estabeleça uma rotina estável com horários definidos para as refeições, sono e lazer.
- Pratique atividades que promovam bem-estar, como ouvir música, desenhar ou fazer caminhadas.
- Mantenha contacto regular com familiares, amigos ou cuidadores formais.
- Evite o consumo de álcool ou outras substâncias sem prescrição médica.
- Participe ativamente nas consultas de seguimento, grupos de apoio ou sessões comunitárias, conforme indicado.

Contactos Úteis

- Linha SNS 24: 808 24 24 24
- Emergência Médica (INEM): 112

Estes contactos estão disponíveis 24 horas por dia para prestar apoio e orientação em situações de dúvida ou emergência.



A sua recuperação é um caminho.

Não está sozinho.

Pedir ajuda é um sinal de força.

Anexo XXIX

RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Amostra: Utentes atualmente a frequentar o Grupo Psicoterapêutico do Hospital de Dia ; Total = 10

Categoria I Ansiedade Psíquica	Utente X	Utente A	Utente B	Utente C	Utente D	Utente E	Utente F	Utente G	Utente H	Utente I
Humor Ansioso	4	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Tensão	3	2	3	2	3	4	2	3	1	2
Medos	1	2	2	1	2	3	1	3	0	0
Insónia	3	3	2	0	2	2	1	3	1	1
Dificuldades Intelectuais	4	3	2	0	1	2	1	2	0	0
Humor Depressivo	4	3	3	2	3	4	2	3	1	1
Categoria II Ansiedade Somática										
Sintomas Musculares	3	1	2	1	2	3	2	3	1	1
Sintomas Sensoriais	2	2	2	0	3	3	1	2	0	1
Sintomas Cardiovasculares	2	3	2	0	2	3	1	2	0	1
Sintomas Respiratórios	1	2	2	0	2	3	1	2	0	0
Sintomas Genito-Urinários	3	0	1	0	2	3	1	2	0	0
Sintomas do Sistema Nervoso Autónomo	3	2	2	1	2	2	1	2	1	0
TOTAL	33	25	26	9	27	36	16	30	6	9
RESULTADOS	Grave	Moderada	Moderada	Normal	Grave	Grave	Ligeira	Grave	Normal	Normal

Legenda:

0 = Ausente

1 = Ligeira

2 = Moderada

3 = Frequente

4 = Muito Frequente

Observações:

<12 = Ansiedade Normal

>12 e < 18 = Ansiedade Patológica Ligeira

>18 e < 25 = Ansiedade Patológica Moderada

>25 = Ansiedade Patológica Grave

Avaliação dos Resultados:

Após aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton aos 10 utentes que atualmente são frequentadores do Grupo Psicoterapêutico, verifica-se que:

3 Utentes (Utentes C, H e I) apresentam Ansiedade Normal;

1 Utente (Utente F) apresenta Ansiedade Patológica Ligeira;

2 Utentes (Utentes A e B) apresentam Ansiedade Patológica Moderada;

4 Utentes (Utentes X, D, E e G) apresentam Ansiedade Patológica Grave.

Face aos resultados supramencionados, excluem-se os 3 utentes que apresentam Ansiedade Normal e aplica-se o Resultado NOC 1402 “Autocontrolo da Ansiedade” aos 7 restantes.

RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO RESULTADO NOC 1402 “AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE”							
Amostra: Utentes atualmente a frequentar o Grupo Psicoterapêutico do Hospital de Dia, e que segundo a Escala de Ansiedade de Hamilton, apresentam Ansiedade Patológica Ligeira, Moderada ou Grave; Total = 7							
Indicadores NOC	Utente X	Utente A	Utente B	Utente D	Utente E	Utente F	Utente G
Elimina precursores da ansiedade	2	2	3	3	2	2	2
Busca informações para reduzir a ansiedade	2	2	3	3	3	3	2
Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento	2	2	2	2	2	3	2
Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	2	1	2	1	1	2	1
Monitoriza manifestações físicas de ansiedade	3	3	4	3	2	3	3
Monitoriza manifestações comportamentais de ansiedade	3	3	3	2	2	3	3
Controla a resposta à ansiedade	1	2	2	3	2	2	3
Legenda: 1 = Nunca Demonstrado 2 = Raramente Demonstrado 3 = Algumas Vezes Demonstrado 4 = Frequentemente Demonstrado 5 = Consistentemente Demonstrado							

Após análise dos resultados obtidos, conclui-se que:

- No indicador NOC “Elimina precursores da ansiedade”, dos 7 utentes, 5 apresentam o resultado “Raramente Demonstrado” e 2 “Algumas vezes demonstrado”;
- No indicador NOC “Busca informações para reduzir a ansiedade”, dos 7 utentes, 3 utentes apresentam o resultado “Raramente Demonstrado” e 4 utentes “Algumas vezes demonstrado”;
- No indicador NOC “Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento”, dos 7 utentes, 6 utentes apresentam o resultado “Raramente Demonstrado” e 1 utente “Algumas vezes demonstrado”;
- No indicador NOC “Utiliza técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade”, dos 7 utentes, 4 utentes apresentam o resultado “Nunca Demonstrado” e 3 “Raramente demonstrado”;
- No indicador NOC “Monitoriza manifestações físicas de ansiedade”, dos 7 utentes, 1 utente apresenta o resultado “Frequentemente Demonstrado”, 5 utentes “Algumas vezes demonstrado” e 1 utente “Raramente Demonstrado”;
- No indicador NOC “Monitoriza manifestações comportamentais de ansiedade”, dos 7 utentes, 5 apresentam o resultado “Raramente Demonstrado” e 2 “Algumas vezes demonstrado”;
- No indicador NOC “Controla a resposta à ansiedade”, dos 7 utentes, 2 utentes apresentam o resultado “Algumas vezes demonstrado”, 4 utentes “Raramente Demonstrado” e 1 utente “Nunca demonstrado”.

Anexo XXX

Ação de Educação para a Saúde, em grupo:

"Auto-controlo da Ansiedade"



ANSIEDADE

O QUE FAZER?

Enf.ª Joana Campos
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Novembro, 2024

O QUE É A ANSIEDADE?

A Ansiedade é uma resposta natural ao stress. Pode ser benéfica em algumas situações.

Quando ocorre de forma prolongada (crónica), afeta a nossa vida:

- Pessoal
- Social
- Laboral

Algumas pessoas experienciam a ansiedade em níveis que podem ser considerados transtornos, tais como:

- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TRAG)
- Transtorno de Pânico
- Fobias

DOENÇA!



COMO SE MANIFESTA?

As pessoas que sofrem de ansiedade podem sentir:

- ✓ Sintomas Mentais / Psicológicos;
- ✓ Sintomas Físicos;



O PAPEL DO AUTOCONTROLO NA GESTÃO DA ANSIEDADE

O que é o Autocontrolo?

- O Autocontrolo é a capacidade de regular os nossos pensamentos, emoções e comportamentos, especialmente em situações desafiadoras;
- É uma habilidade que pode ser desenvolvida e treinada com o tempo;
- Quando temos autocontrolo, é mais fácil gerir as nossas respostas emocionais às situações stressantes.



O PAPEL DO AUTOCONTROLO NA GESTÃO DA ANSIEDADE

Autocontrolo:

- Ajuda a evitar reações impulsivas;
- Ajuda a escolher respostas mais ponderadas;
- Ajuda a manter o foco em soluções, em vez de se centrar nos problemas!



ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Identificar o que o deixa ansioso:

Para conseguir manter a Ansiedade sob controlo é importante que aprenda a identificar os fatores que a desencadeiam.

Alguns Exemplos:

- Stress no trabalho
- Problemas financeiros
- Problemas de Saúde
- Consumo de Drogas
- Relacionamento Pessoais
- Traumas



ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Manter uma atitude positiva:

Substituir os pensamentos negativos por outros mais positivos.

Se lhe surgirem pensamentos maus, questione-se:

"Este pensamento é produtivo?"
 "Este pensamento acrescenta-me alguma coisa?"
 "Faz com que eu fique mais próximo do meu objetivo?"

Se a resposta é NÃO, afaste-o da sua mente.



ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Manter uma atitude positiva:

Não permita que a Ansiedade o paralise!
 Tente encarar as situações de uma perspetiva mais positiva.



Por exemplo, se está num emprego que não gosta, encare-o como algo necessário, mas temporário, apenas para ter alguma segurança financeira enquanto procura um emprego com condições melhores.

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Aceitar que não é possível controlar tudo:

Muitas vezes, a Ansiedade surge quando antecipamos coisas que ainda não aconteceram ou que poderão nunca vir a acontecer.

Exemplos: Ser despedido, ficar doente, temer que aconteça algo à família.

É importante distinguir o perigo REAL do perigo IMAGINÁRIO.

Caso o perigo seja REAL - Atitude PROATIVA.



9

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Atividades de Relaxamento:

- Yoga
- Meditação
- Ouvir música
- Dançar
- Caminhadas
- Fazer uma massagem
- Fazer tarefas de casa
- Escrever
- Ler um livro
- Ver um filme
- Rir
- Exercício Físico
- Exercícios Respiratórios



10

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE

Outros cuidados a ter:

- Falar com os amigos e familiares sobre o que o preocupa;
- Estabelecer metas realistas, com prazos razoáveis;
- Celebrar pequenas vitórias;
- Comer de forma saudável e equilibrada, não saltando refeições;
- Limitar a ingestão de álcool e cafeína, que podem agravar os níveis de Ansiedade e favorecer os ataques de pânico;
- Dormir bem. O nosso corpo precisa de sono e descanso.



PROCURAR AJUDA COM UM PROFISSIONAL ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL!

11

O QUE NÃO DEVE FAZER?

- Tentar colocar todas as estratégias em prática ao mesmo tempo. Estabeleça pequenos objetivos que facilmente consiga cumprir;
- Focar-se nas coisas que não consegue mudar;
- Evitar situações que o possam deixar ansioso. De forma lenta e gradual, tente enfrentá-las para que consiga ir combatendo a ansiedade que estas lhe provocam;
- Recorrer ao álcool, tabaco, jogo ou drogas para aliviar os sintomas de ansiedade.



12

TÉCNICA DE RELAXAMENTO FÍSICO DE JACOBSON



- Deite-se no colchão, na posição que considere mais confortável. Feche os olhos e fique em silêncio.

13

Obrigado pela
atenção

14