



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica**

**Competências socio emocionais e o seu
impacto na motivação: Projeto de
desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de enfermagem de
saúde mental e psiquiátrica**

**Socio-emotional skills and their impact on
motivation: Project to develop specialized
clinical skills in mental and psychiatric health
nursing**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

**Maria da Glória Pinto Nunes Pereira
Porto, 2025**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

COMPETÊNCIAS SOCIO EMOCIONAIS E O SEU
IMPACTO NA MOTIVAÇÃO: PROJETO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA

Projeto orientado pela Professora Doutora Isilda Ribeiro
e coorientado pela Professora Doutora Júlia Marques.

Porto, 2025

*“Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

- Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTO

Depois de um ano e meio dedicados às prioridades e metas estabelecidas, com muita dedicação, emoção e satisfação, quero agradecer às pessoas que sempre estiveram comigo e foram essenciais para que este percurso fosse realizado com êxito.

Ao meu marido, por me apoiar e incentivar a seguir os meus sonhos.

Ao meu filho, que é a minha âncora e o motivo de tudo aquilo que faço.

Aos meus pais, por toda a educação, esforço e persistência em concluir e ter êxito nos meus estudos.

À Prof^a Dr.^a Isilda Ribeiro, orientadora deste processo, que me animou e incitou a puxar pelo melhor de mim, através das suas críticas construtivas.

À Prof^a Dr.^a Júlia Marques, coorientadora, pelo seu carinho e compreensão, sem descurar a exigência e rigor científico.

E, por último, mas não menos importante, aos meus colegas de trabalho, por me ensinarem todos os dias a ser melhor como pessoa e profissional, por me motivarem nos momentos difíceis e serem flexíveis em todas as ocasiões.

Foram todos imprescindíveis, neste percurso, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e, por essa razão, o meu profundo agradecimento.

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, com vista à obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O tema abordado prende-se com as competências socio emocionais e a motivação, sendo estas essenciais para o bem-estar mental e prevenção de doenças. Pretende-se compreender de que modo o desenvolvimento destas competências impacta a motivação dos clientes.

Através da elaboração e organização do presente relatório, pretende-se explicar o trabalho desenvolvido durante os cinco meses de estágio, desenvolvido em três locais (serviços diferenciados, serviço comunitário e internamento hospitalar. A pesquisa e análise da literatura permitiu fundamentar o relatório atual, servindo de base para o trabalho desenvolvido durante os estágios.

Foi possível, nos variados locais, implementar vastas intervenções, dotando-me de mais experiência e conhecimentos sobre o tema.

Após a passagem por todos os locais de estágio conclui-se que as intervenções foram positivas, consciencializando os clientes e outros profissionais da necessidade de desenvolvimento destas competências, de modo a aumentar, também, a motivação dos clientes.

Posto isto, revela-se crucial a implementação, prolongada no tempo, de intervenções que promovam estas competências, para promover a saúde mental da população.

Palavras-chave: competências socio emocionais, motivação, enfermagem psiquiátrica, saúde mental

ABSTRACT

This report was developed in the Master's Course in Nursing in Mental and Psychiatric Health, held at the Porto School of Nursing, with a view to obtaining the title of Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health Nursing.

The topic addressed is related to socio-emotional skills and motivation, which are essential for mental well-being and disease prevention. The aim is to understand how the development of these skills impacts customer motivation.

Through the preparation and organization of this report, we intend to explain the work developed during the five months of internship, developed in three locations (differentiated services, community service and hospital admission). The research and analysis of the literature allowed the current report to be substantiated, serving as a basis for the work developed during the internships.

It was possible, during the various locations, to implement extensive interventions, giving me more experience and knowledge on the subject.

After visiting all the internship locations, it was concluded that the interventions were positive, raising awareness among clients and other professionals of the need to develop these skills, in order to also increase client motivation.

That said, the implementation, over time, of interventions that promote these skills, to promote the mental health of the population, proves to be crucial.

Keywords: socio-emotional skills, motivation, psychiatric nursing, mental health

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

AN – Anorexia Nervosa

CASEL – Academic Social and Emocional Learning

ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados

EEESMP – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

Índice

1. INTRODUÇÃO	10
2. EVIDÊNCIAS ATUAIS SOBRE AS COMPETÊNCIAS SOCIO EMOCIONAIS E A SUA RELAÇÃO COM A MOTIVAÇÃO	13
2.1. Enquadramento teórico	13
2.2. Desenvolvimento psicológico no ciclo de vida	21
2.2.1. Desenvolvimento psicossocial	22
2.2.2. Desenvolvimento cognitivo	24
2.3. Relevância do tema no âmbito da especialidade em ESMP	25
3. CONTEXTOS DE ESTÁGIO	27
3.1. Caraterização da unidade de serviços diferenciados	27
3.1.1. Relevância do tema transversal nos adolescentes com perturbação do comportamento alimentar (anorexia nervosa)	29
3.1.2. Intervenções desenvolvidas no período de estágio	32
3.2. Caraterização da unidade de serviço comunitário	49
3.2.1. Relevância do tema transversal nos familiares cuidadores de pessoas com demência	50
3.2.2. Intervenções desenvolvidas no período de estágio	53
3.3. Caraterização da unidade de internamento hospitalar	65
3.3.1. Relevância do tema transversal nos clientes com doença mental grave (esquizofrenia)	66
3.3.2. Intervenções desenvolvidas no período de estágio	68
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	78
4.1. Competências comuns de enfermeira especialista	78
4.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	79
4.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	81
4.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados	85
4.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais	87

4.2. Competências específicas de enfermeira especialista na área de saúde mental e psiquiátrica	91
4.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	91
4.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	95
4.2.3. 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	97
4.2.4. 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	99
5. CONCLUSÃO	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	136
ANEXO I – Unidade de serviços diferenciados - Questionário de avaliação das competências socio emocionais	
ANEXO II – Unidade de serviços diferenciados - Questionário de avaliação da motivação	
ANEXO III – Unidade de serviços diferenciados - Planos de sessão	
ANEXO IV – Unidade de serviços diferenciados - Resultados fotográficos das sessões e material utilizado	
ANEXO V – Unidade de serviço comunitário - Caixa do exemplo de cuidador	
ANEXO VI – Unidade de internamento hospitalar - Avaliação dos critérios de exclusão	

ANEXO VII – Unidade de internamento hospitalar - Critérios de avaliação das intervenções

ANEXO VIII – Unidade de internamento hospitalar - Planos de sessão

ANEXO IX – Unidade de internamento hospitalar - Avaliação das sessões

ANEXO X – Certificados de formação

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 – Resultados obtidos com as intervenções implementadas	45
Quadro 2 – Resultados obtidos com a aplicação do projeto	47
Quadro 3 – Resultados obtidos com as intervenções implementadas	60
Quadro 4 – Aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista por contexto de estágio	89
Quadro 5 – Aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica por contexto de estágio	101

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que decorreu no primeiro semestre do ano letivo 2024/2025, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob orientação da Professora Doutora Isilda Ribeiro e coorientada pela Professora Doutora Júlia Marques, foi concretizada a implementação de um projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), de modo a adquirir competências comuns e específicas de enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP).

O estágio de natureza profissional, ocorrido neste módulo, teve lugar em três unidades. Primeiramente no contexto de serviços diferenciados, seguido do contexto de serviço comunitário e, por fim, o contexto de internamento hospitalar. O estágio decorreu no período compreendido entre 16 de setembro de 2024 e 10 de janeiro de 2025, com um total de 840 horas, com orientação tutorial por parte de EEESMP afetos aos serviços e a supervisão por parte de um docente da escola.

Inicialmente identificaram-se os domínios de enfermagem passíveis de obterem ganhos em saúde mental. O tema aprofundado e trabalhado neste relatório foram as competências socio emocionais e o impacto que estas têm sobre a motivação. Todo este processo foi acompanhado por observações crítico-reflexivas, tendo sempre por base as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências acrescidas do EEESMP e a literatura.

Os objetivos deste relatório incluem:

- Aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista;
- Aquisição de competências de EEESMP;

- Aumentar o conhecimento relativamente ao tema em estudo (competências socio emocionais e a motivação);
- Disseminar o conhecimento relacionado com as competências socio emocionais e a motivação;
- Promover as competências socio emocionais;
- Difundir o conhecimento sobre a motivação;
- Promover a motivação intrínseca dos indivíduos.

De acordo com a World Health Organization (WHO) (2022), a saúde mental assume-se como bem-estar, sendo o estado no qual a pessoa executa as suas capacidades, consegue enfrentar o *stress* habitual, ser produtivo e contribuir para a sua comunidade. De e Chatterjee (2024) salientam a existência de algumas variáveis que influenciam a saúde mental, sendo elas a competência emocional, o autoconceito, a autoperceção e a autoeficácia.

As competências socio emocionais englobam um conjunto de conhecimentos, atitudes e competências, associadas aos processos intra e interpessoais. É considerado um conceito multidimensional e fulcral para a adaptação da pessoa e para o seu sucesso. Deste modo, considera-se uma característica fundamental para um crescimento saudável e para diminuição de possíveis efeitos nefastos relativos à exposição a situações de risco (Domitrovich et al., 2017).

É durante a infância que, normalmente, se desenvolvem estas competências, permitindo o reconhecimento das emoções, a adaptação à desilusão, raiva e impulsividade, criando empatia pelo outro e promovendo a auto motivação (Escoda & Guiu, 2019). Quando as competências são promovidas, trabalhadas e desenvolvidas com êxito, as crianças tornam-se adultos motivados, bem-sucedidos e mais eficazes no ambiente profissional e social, sem sintomas e patologias comportamentais e emocionais (Alvarenga et al., 2016; Goleman, 2018).

A motivação é um conceito que abrange a vontade de modificar um determinado comportamento e, caso já tenha sido alterado, manter esse comportamento (Sequeira, 2016). Este conceito é multidimensional, sendo constituído por fatores

internos e externos ao indivíduo, e é considerada como crucial para a mudança. É considerado um processo dinâmico e fluído, sofrendo influência de vários fatores (Sequeira, 2016; Sequeira & Sampaio, 2020).

A motivação é um elemento indispensável para a intervenção de enfermagem, dado que sem a mesma, não é exequível a ação do cliente. Quando o cliente se encontra doente, está normalmente envolto em apatia, sem energia e desmotivado pelo fracasso de tentativas de mudanças passadas. Daí a necessidade de intervenção de enfermagem, para que o cliente alcance a sua motivação e possa agir com vista ao seu bem-estar habitual (Phaneuf, 2005).

O presente projeto está estruturado por capítulos. No capítulo designado “Evidências atuais sobre as competências socio emocionais e a sua relação com a motivação”, encontra-se o enquadramento teórico do tema escolhido e a relevância que adquire no âmbito da especialidade de ESMP. No capítulo “Contextos de estágio” caracteriza-se cada um dos serviços onde se realizaram os estágios, salientando-se a pertinência da temática transversal no grupo-alvo de cada contexto e abordando as intervenções realizadas. Posteriormente, no capítulo “Desenvolvimento de competências”, encontra-se uma reflexão sobre a aquisição de competências de enfermeira especialista e, mais concretamente, de EEESMP. A conclusão faz parte do último capítulo. Após a conclusão encontram-se, para consulta, as referências bibliográficas utilizadas e os anexos pertinentes para a compreensão do relatório.

Para fundamentação do relatório foi efetuada uma pesquisa bibliográfica utilizando-se as bases de dados *PubMed*, *MEDLINE*, *CINAHL*, *PsycINFO*, *Google Académico* e *Scielo*.

Utilizaram-se os descritores *DeCS* e *MeSH* para realizar a pesquisa bibliográfica: “modelo de informação, motivação e habilidades comportamentais”, “motivação”, “motivações”, “autodeterminação”, “*motivation*”. Como descritores livres foram usados os termos “*selfdetermination theory*”, “competências socio emocionais”, “competências sociais”, “competências emocionais”, “competências sociais e emocionais”, “*social emotional competence*” e “*social emotional learning*”.

2. EVIDÊNCIAS ATUAIS SOBRE AS COMPETÊNCIAS SOCIO EMOCIONAIS E A SUA RELAÇÃO COM A MOTIVAÇÃO

Após a decisão de iniciar uma pesquisa, o caminho da mesma não está traçado, sendo construído pelo próprio investigador. Na elaboração do enquadramento teórico, o próprio projeto que está a ser produzido vai elucidando o investigador, fornecendo informação que permite uma melhor articulação das ideias (Barros, 2017).

Portanto, a pesquisa de evidência científica atual é fulcral num projeto, fornecendo uma base sustentada para a formulação do mesmo. Neste capítulo é realizado um enquadramento teórico sobre o tema do projeto e é, também, abordada a pertinência do tema no âmbito da especialidade de ESMP.

2.1. Enquadramento teórico

Preliminarmente, existem três conceitos que devem ser esclarecidos: inteligência, competência e habilidade emocional. A inteligência emocional diz respeito ao potencial que o indivíduo tem para aprender sobre as emoções e a consciencialização da possibilidade do controlo das próprias emoções (Casassús, 2009; Goleman, 2011). Habilidade, segundo Alzina (2021), trata-se do indivíduo saber como agir para suavizar as relações. A competência emocional refere-se a quanto do potencial o indivíduo domina, sendo que estas competências englobam as habilidades que são aprendidas (Goleman, 2011).

A competência social refere-se à obtenção de habilidades sociais (rotinas, capacidades e conhecimento) e da capacidade de organizar o seu comportamento social, sendo este mais eficaz quanto maior for a qualidade e quantidade das habilidades sociais da pessoa. Já as competências emocionais

consistem na capacidade de identificar e gerir eficazmente as emoções, sendo regida pela expressão, compreensão e experiência de emoções. Estas competências interligam-se intimamente, dado que as emoções também incorporam a interação social (Zsolnai, 2015).

As competências socio emocionais podem, então, ser definidas como uma panóplia de traços, comportamentos e habilidades, incluindo variáveis como atitudes, valores, temperamento, personalidade, liderança, sensibilidade social, autoeficácia, autoestima, identidade pessoal, hábitos de trabalho e emoções direcionadas a atividades particulares (como a ansiedade ou o entusiasmo) (Abed, 2016; Lee & Shute, 2009).

O desenvolvimento da competência socio emocional processa-se através da aprendizagem socio emocional, na qual a pessoa (em qualquer etapa do seu ciclo de vida) adquire e aplica eficazmente os conhecimentos, as atitudes e as capacidades necessárias para concretizar várias funções socio emocionais (Beauchamp & Anderson, 2010; Academic Social and Emocional Learning (CASEL), 2015).

A aprendizagem socio emocional depende da incorporação de competências afetivas, cognitivas e comportamentais, e é fundamental para um desenvolvimento bem-sucedido, reforçando a capacidade de integrar competências, atitudes e comportamentos para lidar com adversidades, diminuindo os comportamentos de risco (Beauchamp & Anderson, 2010; CASEL, 2015).

O modelo de aprendizagem socio emocional considera a existência de cinco categorias da competência socio emocional: autoconsciência, autogestão, consciência social, competência relacional e tomada de decisões responsáveis, sendo estes domínios intra (autoconsciência e autogestão) e interpessoais (consciência social e competências relacionais) que interagem entre si. A tomada de decisão é uma categoria que se insere em ambos os domínios (CASEL, 2015).

As competências intrapessoais frisam as competências que permitem um funcionamento global da pessoa, possibilitando a capacidade para se autorregular, desenvolver pensamentos positivos e estratégias de *coping* ou determinar objetivos realistas (Domitrovich et al., 2017; Pellegrin & Hilton, 2012). Já as competências interpessoais habilitam o indivíduo para o sucesso da interação com os outros, abordando a capacidade de comunicação interpessoal, o confronto com perspetivas distintas e a negociação ou resolução de problemas a nível social (Domitrovich et al., 2017). Seguidamente encontram-se analisadas detalhadamente as categorias das competências socio emocionais mencionadas no modelo de aprendizagem socio emocional.

A autoconsciência refere-se à capacidade de reconhecimento das emoções, pensamentos e valores de um indivíduo e a forma como estes afetam o comportamento. É na autoconsciência que estão incluídas a identificação eficaz de emoções, autoperceção, autoconfiança e autoeficácia (CASEL, 2015).

A autogestão aborda a gestão das próprias emoções, pensamentos e comportamentos, tendo por base os contextos em que se insere. Podemos, dentro desta categoria, abordar temas como gestão de *stress*, controlo de impulsos, auto motivação, criar e alcançar objetivos (CASEL, 2015).

A categoria da consciência social diz respeito à capacidade do indivíduo de identificar o ponto de vista dos outros e mostrar empatia para com eles, colaborando para o entendimento das normas comportamentais, sociais e éticas, nos diferentes contextos, origens e culturas e ter o conhecimento dos vários recursos disponíveis na comunidade. Posto isto, as competências socio emocionais que se associam a este domínio são, entre outras, a valorização da diversidade e o respeito pelos outros (CASEL, 2015).

Já a competência relacional refere-se à capacidade de iniciar e conservar relações bem-sucedidas e satisfatórias com indivíduos e grupos. As competências socio emocionais envolvidas neste domínio são a comunicação clara, a escuta ativa, a resistência a pressões sociais desadequadas, a

entreeajuda, a gestão e negociação construtiva de conflitos interpessoais e a procura e oferta de apoio quando existir necessidade (CASEL, 2015).

Por último, a tomada de decisão responsável compreende a capacidade de fazer escolhas construtivas e conscientes relativamente ao comportamento e interações sociais, considerando os padrões de ética, as normas sociais, e as apreensões relativas à segurança do próprio e dos outros, promovendo o seu bem-estar e o dos outros. Este domínio engloba o reconhecimento de problemas, análise de situações, avaliação realista das consequências e a resolução de problemas (CASEL, 2015).

Quanto maior a compreensão socio emocional, mais competente será o comportamento social e menor será a frequência de comportamentos desadequados (como a impulsividade, a agressão, a violação das normas sociais e o isolamento social) (McKown et al., 2015).

A aquisição destas competências previne o *stress* derivado da supressão de emoções. É, também, uma competência social fundamental dada a sua utilidade no reconhecimento, interpretação e reação às emoções do outro (De & Chatterjee, 2024). As dificuldades nas competências sociais podem concorrer para o sofrimento psicológico, isolamento social e diminuição da autoestima, gerando um grande impacto na qualidade de vida do indivíduo (Beauchamp & Anderson, 2010).

De acordo com Goleman (2011), o equilíbrio emocional e os relacionamentos interpessoais saudáveis são fatores protetores para um bem-estar físico e emocional, prevenindo o desenvolvimento de várias doenças.

Martin e colaboradores (1993), Raghunathan e Pham (1999), Scherer (2004), Custers e Aarts (2005) e Meyer e Turner (2006) têm vindo, ao longo de mais de uma década, a demonstrar que as emoções possuem um papel essencial na aquisição da motivação. Estas são ainda mais importantes na motivação intrínseca (Isen & Reeve, 2005; Vandercammen et al., 2014).

A motivação refere-se ao processo no qual o comportamento do indivíduo é iniciado e direcionado (Deci & Ryan, 2001). É um processo que engloba um conjunto de ações que encaminham o comportamento direcionado a um objetivo (Ivancevich, 2008).

Podemos dividir a motivação em extrínseca (quando se realiza uma atividade com o objetivo de obter um reforço, seja ela uma recompensa ou punição) e intrínseca (Deci & Ryan, 2001). Estes dois tipos de motivação formam um contínuo, indo desde a falta de motivação, passando por vários níveis de motivação extrínseca, até alcançar a motivação intrínseca (Deci & Ryan, 1985, como citado em Appel-Silva et al., 2010).

Deci (1975) abordou a motivação intrínseca, referindo-a como comportamentos baseados na necessidade que o cliente tem de sentir-se competente e autodeterminado. Em 2001, Deci e Ryan definem a motivação intrínseca como a forma original de autodeterminação, surgindo do íntimo dos clientes, sendo independente de recompensas ou punições.

Esta encontra-se relacionada a atividades que os clientes consideram interessantes, que promovem o seu desenvolvimento e requerem a satisfação das necessidades psicológicas fundamentais (Deci & Ryan, 2000, 2001). Koch (1956, 1961) sugere que, quando o indivíduo está envolvido numa atividade em que se encontra intrinsecamente motivado, torna-se totalmente absorvido pela atividade e comprometido com a mesma.

A autodeterminação define-se como um conjunto de comportamentos e habilidades que permitem à pessoa adotar comportamentos intencionais em relação ao seu futuro (Wehmeyer, 1992, como citado em Appel-Silva et al., 2010).

A teoria da autodeterminação, desenvolvida por Deci e Ryan, é considerada uma teoria major da motivação, emoção e personalidade da pessoa (Deci & Ryan, 2001). Esta teoria estuda as condições do contexto social e de que modo estas facilitam a saúde mental. Também, apresenta como hipótese de que um

indivíduo autodeterminado pode obter o bem-estar mental (Ryan & Deci, 1987, como citado em Appel-Silva et al., 2010).

Esta teoria é constituída por quatro pequenas teorias: avaliação cognitiva, integração organísmica, orientações da causalidade e necessidades básicas (Deci & Ryan, 2001). Estas teorias interligam-se, sendo peças cruciais para a construção de um puzzle.

A teoria da autodeterminação possui três suposições essenciais: i) as pessoas são proativas (conseguem agir e dominar as forças internas e externas); ii) através das suas ações, as pessoas caminham no sentido do crescimento psicológico; iii) apesar desta tendência que é inata ao ser humano, o contexto social interfere neste crescimento (Ryan & Deci, 2000). Seguidamente é abordada, de forma sucinta, cada uma das micro teorias.

A teoria da avaliação cognitiva pressupõe que as pessoas têm motivação intrínseca, sendo que este tipo de motivação é uma demonstração da tendência da evolução do organismo. Esta micro teoria visa compreender quais são os fatores sociais e ambientais que têm influência na motivação intrínseca (Vansteenkiste et al., 2010).

A motivação intrínseca ocorre quando o indivíduo age em concordância com motivos internos, baseados nas necessidades psicológicas básicas (autonomia, competência e relacionamento). Neste tipo de motivação, os objetivos estipulados são significativos para o indivíduo e a ação é percebida como recompensadora, gerando satisfação e bem-estar (Assor et al., 2009, 2004, como citado em Appel-Silva, 2010).

A teoria da integração organísmica refere que a motivação extrínseca orienta um comportamento em resposta a algo que é externo à atividade, sendo que este comportamento não é guiado pela sua própria causa (Vansteenkiste et al., 2010).

Na teoria das orientações de causalidade é desenhado um modelo para os estilos reguladores, formados por domínios entre os tipos de motivação, de

regulação e causalidade. Fundamenta-se na integração das necessidades básicas e internalização de regulamentos sociais (Ryan & Couchman, 1999).

A teoria das necessidades psicológicas básicas é encarada como uma subteoria da teoria da autodeterminação, baseando-se na premissa de que o cliente possui funcionalidade e bem-estar quando possui a capacidade de satisfazer as necessidades psicológicas básicas que são a autonomia, a competência e o relacionamento (Dixit, 2020; Wu et al., 2000). As três necessidades psicológicas básicas são interdependentes e o desenvolvimento de uma gera, indiretamente, o desenvolvimento das outras necessidades (Deci & Ryan, 2002, como citado em Appel-Silva et al., 2010).

A necessidade de autonomia centra-se nas ações e decisões que são tomadas em conformidade com os valores do indivíduo e com uma elevada reflexão e consciência. Para esta teoria, a autonomia é traduzida como a noção da pessoa individual, singular e diferenciada (Sheldon et al., 2004, como citado em Appel-Silva et al., 2010).

A necessidade de competência relaciona-se com a adaptação ao meio, e inclui a aprendizagem e o desenvolvimento cognitivo. Engloba, deste modo, a procura pela sobrevivência, a concretização de atividades, a exploração do ambiente e, também, a participação social efetiva (Deci & Ryan, 2000).

Já a necessidade de relacionamento compreende a procura por relacionamentos interpessoais, seja com outras pessoas, grupos ou comunidades, com o objetivo de obter reciprocidade afetiva. Origina-se, igualmente, a preocupação, a responsabilidade, a sensibilidade e o apoio nos relacionamentos afetivos. É uma necessidade fundamental para a obtenção das normas, regras e valores sociais, dado que é através da vinculação com os outros que ocorre a aprendizagem (Deci & Ryan, 2000).

Segundo Guimarães e Boruchovitch (2004) e Ryan e Deci (2008), as pessoas possuem necessidades psicológicas básicas, estando as mesmas implícitas na motivação intrínseca. Quando estas necessidades se encontram satisfeitas, o

indivíduo encontra-se motivado, tem um ótimo desenvolvimento e saúde mental (Ryan & Deci, 2000).

Este facto é corroborado por um estudo que demonstrou que a satisfação das necessidades psicológicas básicas é mediadora da depressão e ansiedade como consequência do *stress* crónico em adultos (Meifen et al., 2005, como citado em Appel-Silva et al., 2010).

No contexto psicoterapêutico, a motivação associa-se à adesão ao tratamento, à perseverança de comportamentos adaptativos, à assiduidade às sessões, à vontade na execução de tarefas, ao nível de atividade, à iniciativa e aprendizagem e ao grau de confiança nos outros (Medalia & Choi, 2010).

Quando o cliente se encontra desmotivado demonstra dificuldades em iniciar o seu comportamento. O comportamento torna-se, deste modo, passivo/desorganizado, existindo a perceção de incompetência e/ou barreiras ambientais. Este comportamento origina frustração e medo, podendo ter consequências como a depressão (Wu et al., 2000). Este tipo de comportamento é resultado da perceção do cliente de que não irá atingir os seus objetivos (Deci & Ryan, 1990).

O estudo de Collie (2019), traz uma ligação entre o desenvolvimento das competências socio emocionais e a teoria da autodeterminação. De acordo com a autora, a competência socio emocional pode ser operacionalizada através da satisfação das necessidades básicas, da motivação socio emocional autónoma e de comportamentos competentes a nível social e emocional.

De acordo com o mesmo estudo, a autora executa um paralelismo entre os componentes do seu modelo (Modelo Escolar de Competência Social e Emocional) e a teoria da autodeterminação. Deste modo, a motivação socio emocional autónoma é comparada com a motivação autónoma, isto é, a motivação intrínseca (Collie, 2019).

O modelo elaborado por Collie (2019), pretende demonstrar que a satisfação das necessidades psicológicas básicas promove a motivação socio emocional

autónoma e, conseqüentemente, promove os comportamentos social e emocionalmente competentes. Este processo gera um ciclo contínuo, uma vez que estes comportamentos desenvolvem a satisfação das necessidades psicológicas básicas. Podemos então inferir que ao promovermos as competências socio emocionais dos clientes está-se, indiretamente, a promover a motivação do mesmo para atingir o seu bem-estar.

2.2. Desenvolvimento psicológico no ciclo de vida

Nos diferentes contextos de estágio foi possível experienciar e concretizar diversas intervenções, não só pela especificidade dos contextos, mas também, pelas diferentes fases do ciclo vital dos clientes.

Posto isto, entendeu-se como essencial abordar algumas teorias estruturantes do desenvolvimento psicológico ao longo do ciclo vital. O desenvolvimento psicológico envolve o desenvolvimento psicossocial e cognitivo. As teorias de desenvolvimento descrevem a evolução das competências mentais e das capacidades emocionais, para uma boa adaptação ao ambiente onde se insere o indivíduo (Opperman & Cassandra, 2001).

O desenvolvimento psicossocial aborda as alterações mentais, motivacionais e comportamentais que o indivíduo sofre no processo de aprendizagem social, em que aprende a viver de acordo com as regras da sociedade (Opperman & Cassandra, 2001).

Já o desenvolvimento cognitivo diz respeito à aprendizagem de capacidades que tornam o indivíduo um ser intelectual. Estas capacidades envolvem o pensar, aprender e resolver problemas (Opperman & Cassandra, 2001). Seguidamente são apresentadas as teorias que estão subjacentes à abordagem temática.

2.2.1. Desenvolvimento psicossocial

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1968), é a mais amplamente utilizada. Este autor não relaciona, de forma restrita, uma idade a uma etapa de desenvolvimento, frisando que cada ser é individual e progride no seu ritmo (Opperman & Cassandra, 2001).

O autor também reconhece que os estádios de desenvolvimento não são estanques, podendo colidir entre eles ou até o indivíduo recuar na etapa de desenvolvimento em que se encontra. Os fatores ambientais e genéticos possuem influência no ritmo de progressão pelas etapas (Opperman & Cassandra, 2001).

Na etapa de lactente (desde a nascença até ao primeiro ano) os bebés aprendem a confiar nos seus cuidadores, criando confiança e otimismo em relação aos outros, a si próprio e ao mundo que o rodeia (Opperman & Cassandra, 2001).

Na etapa de toddler (de um a três anos) há um aumento da autossuficiência em atividades como a higiene, o andar e a fala ou, o revés, há uma desconfiança das suas próprias capacidades. É através da imitação que a criança desenvolve competências motoras, cognitivas e de tomada de decisão. Deste modo, caso seja uma etapa bem-sucedida, adquirem como resultado o autocontrolo e a força de vontade (Opperman & Cassandra, 2001).

Na etapa de pré-escolar (de quatro a seis anos) as crianças possuem a necessidade de se encarregar de várias atividades dos pais, ultrapassando os limites impostos pelos mesmos. Iniciam, também, atividades com o objetivo de explorar e estabelecer objetivos. Estas atividades têm por base a imaginação. O resultado, com êxito, desta etapa é a direção e a finalidade (Opperman & Cassandra, 2001).

Na etapa da idade escolar (de sete a onze anos), as crianças aprendem a ser competentes e produtivas ou sentem-se inferiores e incapazes de executarem

com eficiência qualquer tarefa. Nesta etapa, se as expectativas das crianças forem irrealistas, podem desenvolver-se sentimentos de inadequação. Como resultado positivo desenvolve-se o método e a competência (Opperman & Cassandra, 2001).

Na etapa da adolescência (dos doze aos dezanove anos) há uma necessidade de compreender quem são, estabelecendo identidades (sexuais, étnicas e profissionais) ou encontrando-se confusos em relação aos futuros papéis a desempenhar. O sucesso desta etapa reverte-se em dedicação e fidelidade (Opperman & Cassandra, 2001).

Nos jovens adultos (dos vinte aos quarenta e quatro anos), há uma procura de relações interpessoais ou ocorre o isolamento. O desfecho positivo desta etapa é a filiação e o amor (Opperman & Cassandra, 2001). Já nos adultos (dos quarenta e cinco aos sessenta e cinco anos) há a dualidade entre a proatividade e estagnação ou inatividade, seja no âmbito profissional ou familiar. O sucesso desta etapa revela-se pela produção e interesse (Opperman & Cassandra, 2001).

Nos idosos, com idade superior a sessenta e seis anos, há uma busca do sentido de vida, colocando-a em perspetiva. O resultado positivo é a renúncia e a sabedoria (Opperman & Cassandra, 2001).

De acordo com Albuquerque e Aguiar (2024), Erikson releva as interações sociais e o apoio do meio para o desenvolvimento das competências socio emocionais, destacando os primeiros anos de vida como essenciais na criação de habilidades como confiança, autonomia, iniciativa e competência.

2.2.2. Desenvolvimento cognitivo

Neste tipo de desenvolvimento existe a teoria de Jean Piaget (1972), com quatro estádios de desenvolvimento: sensório-motor, pré-operatório, operações concretas e operações formais (Opperman & Cassandra, 2001).

No estádio sensório-motor (do nascimento aos dois anos), há a ocorrência de três aquisições essenciais: a aprendizagem de separar a própria criança dos objetos e pessoas ao redor, a permanência do objeto mesmo após sair do seu campo de visão e a capacidade de usar símbolos ou representação mental. Os pensamentos são influenciados pela manipulação dos objetos e pelas ocorrências no seu quotidiano (Opperman & Cassandra, 2001).

No estádio pré-operatório (dos dois aos sete anos), a característica predominante é o egocentrismo, vendo-se somente a si próprio, sem se preocuparem com os outros. É uma etapa em que não está desenvolvida a capacidade de tomada de perspectiva do outro, sendo que as crianças só conseguem ver a situação segundo a sua própria perspectiva. É um pensamento concreto e tangível (Opperman & Cassandra, 2001).

No estádio das operações concretas (dos sete aos onze anos), o raciocínio assume uma lógica para resolver os problemas concretos, com base na sua capacidade de compreensão. Já possuem a capacidade de lidar com aspetos distintos de uma dada situação sem, no entanto, utilizar a abstração (Opperman & Cassandra, 2001).

Por fim, no estádio das operações formais (dos onze aos quinze anos) desenvolve-se o pensamento lógico exato e, também, a capacidade da abstração. Conseguem, deste modo, formular hipóteses e utilizar analogias para justificar as situações (Opperman & Cassandra, 2001).

Piaget (1932) mudou o foco dos estudos sobre interações sociais em crianças, passando das interações com os pais para o impacto das interações com pares,

salientando o papel do pensamento social da criança e como este se reflete nas interações com os pares (Mano, 2020).

2.3. Relevância do tema no âmbito da especialidade em ESMP

As competências socio emocionais possuem uma grande influência em várias áreas, como na saúde pública, na educação e até na área do desenvolvimento socioeconómico (Oliveira & Muszkat, 2021).

De acordo com Barbosa e Melo-Silva (2023), as intervenções com base na aprendizagem e no desenvolvimento das competências socio emocionais apresentam vários efeitos positivos, como o desenvolvimento socio emocional, o desenvolvimento dos comportamentos sociais, a diminuição do *stress*, o sucesso escolar e no mercado de trabalho (Durlak et al., 2011, citado por Barbosa & Melo-Silva, 2023). Podemos, também, incluir melhorias na saúde (mental e física) e no ambiente social, como diminuição dos índices de depressão, obesidade e da prática de bullying (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2015, citado por Oliveira & Muszkat, 2021).

A promoção do desenvolvimento das competências socio emocionais pode ser desenvolvida em qualquer etapa de vida das pessoas (Barbosa & Melo-Silva, 2023), revelando-se uma intervenção com melhor relação custo/benefício, dado que promove a adaptação da pessoa à sociedade, ajustando-se às necessidades complexas da vivência em comunidade (Greenberg et al., 2003).

O treino das competências socio emocionais pode ser incluído nas intervenções de psicoeducação, na intervenção socio terapêutica e na reabilitação psicossocial.

A psicoeducação foca-se nas satisfações e ambições que se encontram relacionadas com os objetivos do cliente. Pode produzir mudanças

comportamentais, sociais e emocionais e auxilia no tratamento da patologia do foro mental (Authier, 1977). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011), a psicoeducação destina-se a dotar o cliente com conhecimentos e capacidade para compreender a sua patologia e desenvolver estratégias para lidar com os efeitos da mesma.

Relativamente à intervenção socio terapêutica, esta baseia-se na relação interpessoal que se desenvolve entre o enfermeiro e o grupo. Foca-se na interação entre os diferentes elementos do grupo, fazendo um paralelo com as interações familiares, sociais e com profissionais (OE, 2011).

Por fim, a reabilitação psicossocial é um processo que possibilita às pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental e, consequentemente, com debilidade/incapacidade/deficiência, atingir o seu potencial máximo de funcionamento independente. Pretende, deste modo, introduzir estes clientes na comunidade, melhorando as suas competências sociais e pessoais, empoderando o cliente e proporcionando atividades, grupos de autoajuda e formação profissional (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Relativamente a intervenções psicoterapêuticas de enfermagem que atuam com vista à regulação emocional do indivíduo, dependendo do aspeto a trabalhar, podemos nomear a reestruturação cognitiva, a técnica de resolução de problemas, a técnica de relaxamento e a técnica de modificação de comportamento (Leahy et al., 2013).

3. CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Os estágios são um componente imprescindível na formação de qualquer tipo de profissional. Para além da integração à vida profissional e do desenvolvimento das habilidades profissionais, os estágios também se tornam relevantes na formação do profissional enquanto pessoa (Bousso et al., 2000).

Como referido na introdução, o estágio no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II foi realizado em três locais distintos: unidade de serviços diferenciados, unidade de serviço comunitário e unidade de internamento hospitalar.

A diferenciação dos contextos clínicos permitiu uma abrangência relativamente aos conhecimentos e práticas adquiridas. Para a elaboração deste relatório, teve-se em consideração um tema transversal a todos os contextos, sendo este tema as competências socio emocionais e o impacto destas na motivação.

Em cada um dos contextos de estágio foi realizado um estudo de caso, utilizando a Ontologia de Enfermagem e a conceção de cuidados suportada pela plataforma *E4Nursing*.

Neste capítulo serão caracterizados os contextos de estágio, os grupos-alvo de cada contexto e a pertinência do tema para os mesmos e, por fim, a descrição das intervenções desenvolvidas.

3.1. Caracterização da unidade de serviços diferenciados

O estágio na unidade de serviços diferenciados foi desenvolvido no período compreendido entre o dia 16 de setembro e dia 16 de outubro de 2024

(perfazendo um total de 90 horas de contacto efetivo), num internamento de saúde infantil e juvenil da zona Norte.

Esta unidade caracteriza-se, fisicamente, por dois espaços: a área dos quartos e a área social, possuindo uma capacidade total para 10 clientes. Relativamente aos recursos humanos do referido internamento, fazem parte médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos superiores de saúde e uma terapeuta ocupacional. A equipa de enfermagem está enriquecida por enfermeiros de cuidados gerais e duas especialidades (ESMP e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica), complementando-se em termos de cuidados. A equipa multidisciplinar desenvolve o seu trabalho nos contextos ambulatório e em regime de internamento.

No ambulatório ocorrem consultas externas, com intervenções diferenciadas para a Perturbação do Comportamento Alimentar (PCA), comportamentos autolesivos e intervenção em crise. É neste espaço que, de igual modo, são desenvolvidas intervenções como o psicodrama, psicoeducação para cuidadores de doentes com psicose, treino de competências sociais de perturbações do espectro de autismo, psicoeducação para cuidadores de jovens com PCA, o programa *Adolescer no Limite* e terapia familiar.

Já o regime de internamento é destinado à avaliação e intervenção terapêutica nas descompensações psiquiátricas agudas, existindo um plano individualizado para cada cliente, onde se podem incorporar intervenções terapêuticas individuais, familiares, artísticas (como pintura e sociodrama) e atividades ocupacionais.

3.1.1. Relevância do tema transversal nos adolescentes com perturbação do comportamento alimentar (anorexia nervosa)

Durante o período de estágio, houve uma predominância no serviço de adolescentes com PCA, nomeadamente Anorexia Nervosa (AN).

De acordo com a WHO (2024a), existem cerca de 1,3 biliões de indivíduos que se encontram a vivenciar a adolescência, que é definida como a faixa etária entre os 10 e os 19 anos. É neste período que ocorrem mudanças significativas quer a nível físico como emocional, para além de que é nesta fase que ocorre a aquisição de habilidades, de conhecimentos e de competências imprescindíveis para a vida.

Deste modo, a adolescência é uma fase de vida que influencia todo o percurso posterior, tanto ao nível da saúde como da educação, requerendo uma intervenção personalizada (WHO, 2024a).

A mesma organização (2024b) afirma que esta etapa é fundamental para se desenvolverem hábitos sociais e emocionais que, a longo prazo, irão proporcionar bem-estar mental. Estes hábitos incluem, entre outros, o desenvolvimento de estratégias de *coping*, a resolução de problemas, as competências interpessoais e a gestão de emoções.

A motivação extrínseca ou a motivação intrínseca insuficiente para a mudança é uma dificuldade comum no tratamento da PCA (Bewell & Carter, 2008, citado por Wollburg et al., 2013; Casasnovas et al., 2007), dado que os clientes com AN negam a doença e estão, na maioria das vezes, ambivalentes em iniciar a terapêutica necessária (Vansteenkiste et al., 2005).

Quando os mesmos aceitam o tratamento, é normalmente motivado por fatores externos, como a intenção de agradar os outros, ceder à pressão dos mesmos ou evitar desfechos de saúde críticos (Nordbo et al., 2008, citado por Wollburg et al., 2013; Toman, 2002).

Segundo Hockenberry e Wilson (2015), é na fase da adolescência que se desenvolve a competência emocional. As emoções tornam-se variadas e imprevisíveis, sendo aprimorada a sua autogestão e autorregulação das emoções.

Na categoria da autoconsciência, é relevante abordar as emoções pois, de acordo com Nalbant e colaboradores (2019), as emoções são a base que estrutura a nossa cognição e comportamento. É através da nossa capacidade em regular, reconhecer, compreender e saber expressar as emoções que conseguimos interagir e comunicar socialmente, para além de ajudar a lidar eficazmente com os problemas (Nalbant et al., 2019).

A inabilidade no funcionamento das emoções tem repercussões negativas na saúde, podendo desenvolver-se (ou manterem-se) doenças psicopatológicas como as PCA, ansiedade e depressão (Aldao et al., 2010; Oldershaw et al., 2019; Sloan et al., 2017).

Já Lavender e colaboradores (2015), sugerem que clientes com AN utilizam habilidades desadaptativas de regulação de emoções, sendo estas o descontrolo no comportamento aquando do sofrimento emocional, evitar situações que provoquem emoções, alexitimia, autoconsciência emocional diminuída e incapacidade de reconhecer emoções nos outros.

De acordo com vários autores, os clientes com AN possuem dificuldades na identificação das expressões faciais de emoção e, também, inibem ou até evitam emoções negativas (Claes et al., 2012; Zonnevillle-Bender et al., 2002; Zonnevillle-Bender et al., 2004).

Já a autogestão das emoções resulta da interação entre os ambientes emocionais negativos (onde ocorre uma falta de expressão emocional ou excesso de emoções negativas), a vulnerabilidade interpessoal e a experiência de emoções negativas em contexto social (Henderson et al., 2019).

Através do artigo publicado por Henderson e colaboradores (2019), é possível compreender que os clientes com AN possuem dificuldade em gerir as emoções

(Kolar et al., 2016; Weinbach et al., 2018), usando várias estratégias (como os sintomas da sua psicopatologia) para evitar lidar com as suas próprias emoções.

Relativamente à consciência social e competência relacional, um estudo realizado por Kalayci e colaboradores (2019), mostrou que as adolescentes com AN possuem mais comportamentos submissos, sentem-se inadequadas socialmente e com auto percepções negativas dentro dos seus relacionamentos sociais. Também se concluiu que possuem cognições negativas, consideram-se insuficientes e padecem de altos níveis de ansiedade social. Estes resultados relevam os problemas sociais no desenvolvimento e manutenção da AN.

Segundo Claes e colaboradores (2012), a expressão de emoções é um dado fundamental para a interação social, fornecendo informações sobre o estado emocional e as intenções da pessoa. A incongruência entre as emoções sentidas e as demonstrações faciais das mesmas pode levar a uma comunicação social ineficaz (Claes et al., 2012).

Outro fator extremamente relevante prende-se com o uso das redes sociais. É nestas plataformas que os adolescentes se comunicam, se relacionam, aprendem e se entretêm, desempenhando um papel importante na vida dos mesmos (Nawaz et al., 2024). A exposição a conteúdo que dá ênfase à aparência, aumenta a probabilidade de existir maiores níveis de internalização de padrões de beleza. Consequentemente, os adolescentes adotam esses ideais como objetivos pessoais (Munro et al., 2017).

A tomada de decisão responsável, uma das categorias das competências socio emocionais, é influenciada por vários fatores, sendo um deles a emoção (Bechara et al., 2000). Esta é fundamental para a sobrevivência diária (Enax & Weber, 2016) e, de acordo com Duclos e colaboradores (2013), pode ser decomposta em quatro passos: I) perceber e reconhecer a situação de escolha; II) avaliar os prós e contras de cada opção; III) selecionar e agir consoante a sua escolha e, por fim, IV) avaliar o resultado. A comparação entre o segundo e quarto passo é o que permite melhorar as decisões futuras em contextos considerados semelhantes.

No caso da AN, as estruturas envolvidas na tomada de decisão, relativamente à alimentação, encontram-se em desequilíbrio. Deste modo, a decisão alimentar é motivada pelo processo de recompensa, que se encontra modificado, e por outros elementos, como a cognição e o estado emocional da pessoa (Di Lodovico et al., 2024).

De acordo com Kyriacou e colaboradores (2009), os clientes, os prestadores de cuidados e, também, os profissionais da área da saúde possuem uma opinião geral de que as dificuldades no processamento das emoções impactam, consideravelmente, as relações e experiências sociais dos clientes com AN. Portanto, acreditam que o plano terapêutico deve englobar estas dificuldades, tal como os sintomas associados à patologia em questão.

Vários estudos demonstram, também, a importância de trabalhar as competências socio emocionais em clientes com AN, na medida em que défices nestas competências predizem maus resultados (Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Zipfel et al., 2000) e interferem com a adesão, aplicação e resultados da terapêutica considerada adequada (Speranza et al., 2007).

3.1.2. Intervenções desenvolvidas no período de estágio

O contexto clínico em questão já se antevia desafiante, pois incitava ao desenvolvimento das capacidades de comunicação, devido à faixa etária dos clientes (adolescência) assim como o diagnóstico (AN), prevalente na unidade.

Thomas e McDonagh (2013), afirmam que a comunicação é uma componente de trabalho essencial para os profissionais de saúde, quando os mesmos trabalham com adolescentes. De acordo com os mesmos autores, quando estamos perante adolescentes com PCA, devemos redobrar a atenção quanto ao conteúdo como a forma de uso da linguagem, dado que esta população pode

interpretar de um modo distinto ao que é pretendido (Thomas & McDonagh, 2013).

Numa análise introspetiva, entendi que o desafio na comunicação derivava do receio de impactar de forma negativa no estado clínico das clientes, por inexperiência na comunicação terapêutica em saúde mental.

Esta emoção vivenciada, é descrita no artigo desenvolvido por Ferraro e colaboradores (2003), que referem que as palavras associadas a “gordura” deixam as clientes com PCA hiperconscientes, respondendo mais rapidamente. Os mesmos autores corroboram que, no processo de recuperação, um profissional afirmar que a cliente está “bem”, pode ser indicador para a cliente que a mesma estava a engordar.

Tendo por base a literatura, redobrei a minha atenção nas palavras a utilizar, evitando qualquer tipo de comentário sobre as mudanças corporais nas clientes e as suas aparências, sem mencionar algumas palavras como “dietas, exercício e calorias” e passando a empregar uma linguagem mais neutra, de modo a não promover novos comportamentos erráticos (como exemplo, apliquei expressões como “recuperação de peso”, “energia”, “a comida dá energia”) (Yorke et al., 2020).

Com o decorrer do estágio foi possível aprofundar o conhecimento, a capacidade e habilidade na comunicação, permitindo realizar entrevistas clínicas de modo a fazer um levantamento das necessidades e estabelecer uma relação com as mesmas.

Numa fase inicial observei as dinâmicas e atividades das clientes. Seguidamente, realizei uma entrevista clínica a cada uma das clientes, tendo por base o modelo de entrevista estruturado “HEEADSSS” (Goldenring & Rosen, 2004), no qual se abordam os tópicos: casa, educação, alimentação, atividades sociais, drogas, sexualidade, suicídio e segurança. Através deste modelo, que é abrangente e sensível às necessidades e preocupações dos clientes desta faixa etária, foi possível perceber as necessidades de cada cliente.

De um modo geral, as clientes referiam dificuldades nas relações com os seus familiares mais próximos, identificando a comunicação e a resposta afetiva como algumas dessas dificuldades. Durante as mesmas entrevistas observou-se alexitimia (questionando as clientes, as mesmas não sabiam identificar qual era a emoção prevalente no momento) e uma desmotivação generalizada em todas as áreas de vida das mesmas.

Os dados retirados das entrevistas clínicas são corroborados por vários estudos que indicam que o funcionamento familiar era pior em famílias em que um filho possuía uma PCA do que em famílias do grupo de controlo (Casper & Troiani, 2001; Emanuelli et al., 2004). Para além disso, um artigo de Dancyger e colaboradores (2005), afirma que ocorrem diferenças significativas nas opiniões dos pais e das mães relativamente à tomada de decisão para resolução de problemas e a capacidade de resposta afetiva.

As dificuldades nas relações familiares, segundo o modelo de Haynos e Fruzzetti (2011), podem gerar alguns dos comportamentos típicos dos clientes com PCA, como a restrição calórica ou a purgação. Estes comportamentos podem ser considerados estratégias desadaptativas para autorregulação das emoções em conflitos sociais e emocionais. Podemos, então, inferir, que a AN pode ser descrita como uma estratégia desadaptativa de regulação emocional, com vista a diminuir o sofrimento psicológico sentido pelos clientes com PCA (Kolar et al., 2020).

Associado a estes dados, estudos também indicam que clientes com AN possuem níveis elevados de alexitimia (Rowse et al., 2016), défices na autoconsciência e autogestão emocional (Kolar et al., 2017; Kolar et al., 2020) e dificuldades na empatia (Nalbant et al., 2019).

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2019), os alunos portugueses apresentam sintomas de mal-estar, tristeza extrema e desregulação emocional. Estes dados demonstram a necessidade de criar intervenções que promovam o desenvolvimento de competências socio emocionais, de modo a estimular a autoestima, a tomada de decisão responsável e o convívio social saudável.

Tendo em conta todo o enquadramento teórico e as entrevistas clínicas realizadas aos clientes da unidade, elaborou-se um conjunto de intervenções, tendo por base as competências socio emocionais e o impacto destas na motivação.

Segundo Liebmann (2004), citado por Sampaio e colaboradores (2023), a intervenção em grupo, neste caso, possui benefícios, como o facto de as clientes possuírem necessidades semelhantes, servindo de suporte e apoio na resolução de problemas e, também, a facilidade na aprendizagem social.

A intervenção teve como objetivos:

- Promover o conhecimento relacionado com as competências socio emocionais;
- Promover as competências socio emocionais;
- Promover o conhecimento sobre a motivação;
- Promover a motivação intrínseca dos indivíduos.

Para seleção dos participantes foram elaborados critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão, cumulativos, foram:

- Compreender e saber ler e escrever em língua portuguesa;
- Mostrar vontade em participar.

Como critérios de exclusão, teve-se em conta:

- Não aceitação das regras (Sampaio et al., 2023);
- “Incapacidade de conexão” (Brabender et al., 2004, citado por Sampaio et al., 2023, p. 39).

A avaliação das competências socio emocionais teve por base o questionário de competências sociais e emocionais de Lobo (2020), encontrando-se no Anexo I. Esta avaliação é realizada através da escala de Likert de cinco pontos (sendo 1– Discordo totalmente, 2– Discordo bastante, 3– Não discordo nem concordo, 4– Concordo e 5– Concordo totalmente).

Para avaliar a motivação, elaborou-se um questionário tendo por base a Basic Psychological Need Satisfaction Scale (Deci & Ryan, 2000; Gagné, 2003). Este questionário encontra-se no Anexo II. Esta avaliação é realizada através da escala de Likert de cinco pontos (sendo 1– Discordo totalmente, 2– Discordo bastante, 3– Não discordo nem concordo, 4– Concordo e 5– Concordo totalmente).

Relativamente à avaliação de conhecimentos (das competências socio emocionais e da motivação), executou-se uma avaliação oral dos mesmos, através de um debate orientado.

O grupo foi constituído por cinco clientes, com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, sendo estes elementos os únicos no serviço que possuíam os critérios necessários para usufruírem da intervenção. Este número menor de elementos foi vantajoso, na medida em que possibilitou uma maior intimidade, entreajuda e interação entre as clientes (Liebmann, 2004, citado por Sampaio et al., 2023), permitindo o desenvolvimento das competências socio emocionais.

De acordo com os artigos, não existe um padrão metodológico nas intervenções utilizadas para aprendizagem das competências socio emocionais. Para além disso, também não ocorre um padrão específico relativamente ao número de sessões, variando entre três e 40 (Evans et al., 2015; Freeman et al., 2014).

Relativamente à periodicidade das sessões, teve-se em conta artigos em que vários programas de competências socio emocionais foram implementados, em ambientes distintos (por exemplo em escolas e internamentos hospitalares). Na maioria, é realizada uma sessão por semana, com a duração de uma hora (Barbosa et al., 2023; Leal et al., 2020; Meneguzzo et al., 2024; Veríssimo et al., 2022).

Elucidada a necessidade de trabalhar as competências socio emocionais e a motivação das clientes em questão, planearam-se cinco sessões (sessão inicial, sessão da autoconsciência e autogestão, sessão consciência social e competência relacional, sessão da tomada de decisão responsável e sessão

final). As sessões incluíam psicoeducação, exercícios práticos, reflexão e discussões em grupo. No fim de cada sessão, a conclusão era em formato de *brainstorming* coletivo (Meneguzzo et al., 2024). Os planos de sessão estão explanados no Anexo III.

Na primeira sessão foi explicada, de um modo geral, a intervenção, o seu objetivo e a sua composição. Também se estabeleceu as regras de grupo, a estrutura e os limites do mesmo (Sampaio et al., 2023). Após esta introdução, realizou-se a avaliação inicial da intervenção, através da avaliação oral dos conhecimentos e avaliação das competências socio emocionais e da motivação através dos questionários mencionados anteriormente (em Anexo I e II), com o intuito de, no fim, efetuar-se uma comparação com os resultados. Após a aplicação, foram abordados os conceitos de competências socio emocionais e a motivação.

Seguidamente, foi realizada a dinâmica “O arco-íris das afirmações positivas” (registo fotográfico no Anexo IV), com o objetivo de diminuir o medo e preservar a esperança no processo de tratamento (Hunter, 2015). A atividade consistia em escolher uma nuvem e as “tiras” do arco-íris. Após a escolha, deveriam escrever mensagens positivas para outras colegas e autoafirmações positivas. No fim da sessão refletiu-se sobre o impacto das mensagens nas nossas emoções, pensamentos e comportamentos.

As clientes, no fim da atividade, foram relutantes em partilhar as suas emoções relativamente à atividade e às afirmações escritas na sua nuvem. Este impasse na partilha deve-se às dificuldades em identificar, relatar e permitir as suas próprias emoções (Henderson et al., 2019) e aos défices nas estratégias de autorregulação emocional relacionadas com a patologia (Aldao et al., 2010; Danner et al., 2012; Wolgast et al., 2013). No fim da sessão, as clientes conseguiram interligar as emoções, os pensamentos e comportamentos, através de exemplos dados pelas mesmas.

Na segunda sessão, a psicoeducação incluía os conceitos de autoconsciência e autogestão. Após a abordagem dos conceitos, iniciou-se a dinâmica “Jogo das

emoções”. Esta dinâmica consistia num jogo de tabuleiro focado nas emoções (conhecimento, autogestão e estratégias para gestão das emoções). O tabuleiro (registo fotográfico no Anexo IV) possuía casas numeradas, sendo que a cada correspondia uma emoção. Cada elemento, à vez, foi convidado a responder aos desafios das casas onde permaneciam pela “ordem” dos dados sorteados em cada jogada. Os desafios estavam direcionados para a descrição de situações alusivas a uma determinada emoção, permitindo a sua identificação, a consciencialização sobre os sinais/sintomas relacionados à emoção, determinar as estratégias de autorregulação das emoções e, no caso de dificuldade, que aspetos influenciaram essa mesma dificuldade e que alterações propunham às suas ações.

A atividade mencionada permitiu a consciencialização sobre os vários tipos de emoções, a divisão em seis emoções principais e várias emoções secundárias (Plutchik, 1997) (demonstradas através da roda das emoções), e os vários tipos de expressões faciais das emoções.

Através desta dinâmica as adolescentes identificaram as emoções através do conhecimento que tinham dos seus significados, fizeram a correspondência com a emoção principal, com as expressões faciais e corporais universais e ainda mencionaram as estratégias que utilizavam para a autogestão das mesmas.

Em toda a sessão e no *brainstorming* final foi dado um grande enfoque à importância da reflexão sobre as emoções, o controlo das mesmas, a implementação de estratégias de *coping* e a comunicação clara com os outros.

Na terceira sessão a psicoeducação teve como foco a consciência social e a competência relacional. Colocou-se em prática a dinâmica “Uno da Amizade”, possuindo as mesmas regras que o jogo UNO original. Em cada carta que continha um número atribuído estava uma questão que tinha de ser respondida pela participante que jogava a seguir. Relativamente às cartas sem questões, eram as participantes que jogavam a carta que tinham a possibilidade de fazer uma questão à escolha há participante que jogava de seguida. As questões encontravam-se dirigidas à construção de relações interpessoais.

Inicialmente as participantes tiveram dificuldades em comunicar e responder às questões. Esta atitude é corroborada pelo artigo de Lukas e colaboradores (2022), no qual as adolescentes com AN referiram menos confiança, comunicação e maior alienação nas relações interpessoais.

Com o desenrolar da sessão, foram interagindo e respondendo às questões, colaborando umas com as outras. Com esta atividade as participantes aprofundaram as suas relações, pois proporcionou um maior conhecimento interpessoal.

Através desta atividade, promoveu-se uma reflexão sobre as relações interpessoais já estabelecidas e a sua profundidade. Todas as participantes admitiram não saber responder a muitas destas questões relativamente aos seus amigos. Este facto está de acordo com os estudos de Cunha e colaboradores (2009) e Laporta-Herrero e colaboradores (2021), nos quais as adolescentes com AN descreveram relacionamentos mais pobres com os pais e os pares. Quanto maior a alexitimia, mais pobre é a relação (Cerutti et al., 2018; Karukivi et al., 2011).

Deste modo, no *brainstorming* final debateu-se a necessidade de comunicação clara com os outros, de empatia e compreensão da perspetiva do outro, dado que todos temos experiências de vida diferentes e isso reflete-se nas nossas ações.

Na penúltima sessão abordou-se o conceito de tomada de decisão responsável, através da dinâmica “Storytelling”. De acordo com as participantes, os comportamentos alimentares iniciados pelas mesmas foram influenciados pelos vídeos da rede social *TikTok*. Atualmente assumem que os vídeos são negativos e possuem muito impacto nos adolescentes.

Segundo um estudo realizado por Pruccoli e colaboradores (2022), em Itália, com 78 crianças e adolescentes com PCA, percebeu-se que a rede social *TikTok* era a mais utilizada, tendo uma média de 84 minutos de utilização por dia. Os

participantes identificaram a dieta e a alimentação como as categorias mais frequentemente vistas.

Uma grande fração dos utilizadores da rede social mencionada, é exposta a conteúdos relacionados com a saúde mental (Basch et al., 2020). Este pode potenciar o desenvolvimento de sintomas ou mesmo perturbações mentais entre utilizadores vulneráveis à psicopatologia (Haltigan et al., 2023). Pode mencionar-se doenças mentais como ansiedade (Vannucci et al., 2017), depressão (Yoon et al., 2019) e PCA (Padín et al., 2021).

Deste modo foi decidido utilizar a rede social que impactou no diagnóstico como base para a atividade. A atividade consistiu na apresentação, individual e sequencial, de imagens que constam no Anexo IV. As imagens pretendiam abordar dois tipos de decisão após a visualização de vídeos no *TikTok*.

Por um lado, a visualização de vídeos na rede social *TikTok*, reflexão sobre o conteúdo visualizado e tomada de decisão responsável. Por outro lado, a visualização dos mesmos vídeos, a reflexão e adoção dos comportamentos visualizados (no caso, a adoção de dietas excessivamente restritivas, por exemplo) (Davis et al., 2023) e a consequência da adoção de novos comportamentos (por exemplo o isolamento e uma imagem corporal distorcida da realidade).

Segundo Davis e colaboradores (2023), só em janeiro de 2023, o *hashtag* *#WhatIEatInADay* teve cerca de 15,1 bilhões de visualizações na aplicação *TikTok*. O *hashtag* mencionado encontra-se associado a vídeos de refeições durante um dia rotineiro. Os mesmos autores concluem que, entre 25% a 48% desses vídeos, incentivam à perda de peso ou a um ideal de magreza, sendo que os mesmos apresentavam contagem de calorias ou dicas de dieta (Davis et al., 2023). Carvalho (2023) afirma que a visualização deste tipo de conteúdo, com enfoque apenas no corpo, pode levar a insatisfação corporal.

As participantes encontravam-se entusiasmadas para aprender sobre a tomada de decisão responsável, dado que afirmavam “*eu claramente não sei tomar*

decisões, preciso dessa atividade” (sic). Quando chamadas a identificar os passos para a tomada de uma decisão responsável, as clientes demonstraram dificuldades que, com a progressão na atividade, foram sendo ultrapassadas. Estas dificuldades centraram-se, inicialmente, na compreensão da atividade, que aparentemente não era tão simples quanto se pensava. Esta dificuldade revelou a importância de testar antecipadamente o exercício com uma população similar.

Com esta atividade as participantes aprenderam e compreenderam a necessidade de seguir os passos para tomar decisões responsáveis e as consequências do uso da rede social *TikTok*.

Através desta atividade, foi possível consciencializar e impulsionar o empoderamento das clientes face ao funcionamento da rede social mencionada, através do conhecimento do algoritmo para apresentação de vídeos aos consumidores, demonstrando que o interesse dos influenciadores da rede social é a fama e o reconhecimento, não tendo a perceção do impacto negativo nos jovens utilizadores (Carvalho, 2023).

Gostaria de salientar, o facto de, na primeira sequência de imagens (que envolve os comportamentos relativos à PCA), as participantes compreenderam que existem dois pontos de vista:

- O da pessoa com PCA, no qual o seu pensamento encontra-se distorcido e não consegue reconhecer as consequências da patologia, só reconhecendo a necessidade de continuar a emagrecer;
- O das pessoas ao seu redor, que denotam as consequências da patologia (isolamento, distorção da imagem corporal, uma confusão mental).

Gostaria de dar ênfase de que foram as próprias a nomear os dois pontos de vista, após a questão se as consequências eram percecionadas do mesmo modo pelas pessoas “de fora” e a pessoa com PCA.

Por fim, na última sessão, foram novamente aplicados os questionários e realizada uma avaliação oral sobre os conhecimentos adquiridos, tal como foi executada a dinâmica “Acrónimo EU”. O acrónimo EU - Especial e Única –

possibilita a valorização do EU como uma pessoa com qualidades, características e talentos que a torna valiosa. Mesmo havendo semelhanças com outras pessoas, cada pessoa tem um caminho único, emoções e perspectivas diferentes, que as tornam insubstituíveis.

Através desta dinâmica é dado ênfase a todo o trabalho realizado em torno das competências socio emocionais. É, também, uma forma de trabalhar o autoconceito, promovendo uma imagem mental positiva sobre si própria.

A dinâmica foi simples, para relevar a importância da autoestima, pois as participantes devem ter sempre em mente que são: “Especiais e Únicas” pois, apesar de mesmo os irmãos gémeos possuírem as mesmas experiências e percepções, cada um experiencia as vivências de forma particular (Machado, 1980).

Os resultados fotográficos das atividades encontram-se explanadas no Anexo IV.

Durante todas as sessões os objetivos expostos nos planos de sessão foram atingidos com êxito, a atividade teve o tempo previsto, as participantes estiveram empenhadas, interagiram, colaboraram, foram empáticas e houve um feedback positivo geral.

Relativamente à avaliação da intervenção, a avaliação oral dos conhecimentos permitiu compreender que os objetivos relacionados aos conhecimentos foram atingidos. Abordando a aquisição das competências socio emocionais e da motivação, através dos questionários aplicados não foi possível retirar conclusões concretas dos resultados da intervenção pois existem resultados positivos que apontam para o sucesso das sessões (como a consciencialização dos próprios pensamentos, a percepção de que os pensamentos influenciam as suas emoções, que se encontram atentos às necessidades dos outros e que se sentem competentes) e outros resultados que aparentam um retrocesso (por exemplo “não saberem quais são os seus objetivos” e ter a ideia de que não

conseguem ser elas próprias em situações do dia-a-dia). Estas últimas percepções poderão sugerir um ganho de consciência face aos temas abordados.

Observando o comportamento das clientes após as sessões, o resultado geral é positivo. Foi possível perceber que as clientes, passaram a deter a informação necessária para implementar as estratégias e obtiveram conhecimento que lhes permite refletir sobre algumas das suas atitudes. Também foi notória a satisfação obtida com o jogo “Uno da Amizade”, ao manifestarem vontade de repetir e ao executá-lo novamente.

As reflexões e discussões realizadas em conjunto com as EEESMP, nos quais se abordava a teoria e se transpunha a mesma para a prática, permitiu uma maior consciência e desenvolvimento das competências de EEESMP. De acordo com Alarcão e Rua (2005), os contextos de estágio permitem que os estudantes aperfeiçoem as suas capacidades de autorregulação e consigam compreender, mobilizar e conjugar os conhecimentos adquiridos na teoria e na prática, através de uma interação com situações reais.

O estudo de caso elaborado neste contexto teve como cenário uma adolescente de 13 anos, internada desde 22 de agosto, com o diagnóstico médico de AN. Através da entrevista clínica, de observação e de instrumentos de avaliação, elegeram-se os seguintes domínios:

- Appetite;
- Sistema cardiovascular;
- Digestão;
- Eliminação intestinal;
- Sono;
- Autoconceito;
- Emoção;
- Desenvolvimento psicomotor;
- Desenvolvimento físico;
- Adolescência;
- Termorregulação;

- Processo familiar.

Após a avaliação destes domínios, determinaram-se os diagnósticos “Autoconceito comprometido”, “Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito” e “Processo familiar comprometido”.

No diagnóstico “Autoconceito comprometido”, os objetivos incluíam a determinação da evolução do autoconceito e a promoção de uma mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito. Para dar resposta a estes objetivos executou-se a intervenção psicoterapêutica da reestruturação cognitiva e avaliou-se a evolução do compromisso no autoconceito através da classificação dos resultados de enfermagem (Johnson et al., 2004) para a autoestima e para a imagem corporal.

Relativamente à intervenção psicoterapêutica reestruturação cognitiva, durante a entrevista clínica recolheram-se dados para compreender se a cliente se enquadrava na intervenção mencionada.

De acordo com os critérios de inclusão (presença de distorções cognitivas com impacto negativo na funcionalidade da cliente) e exclusão (estado de descompensação/agudização da doença mental, debilidade intelectual ou défice cognitivo grave e perturbação antissocial da personalidade) mencionados por Sampaio e colaboradores (2023), a intervenção é indicada para este caso pela presença de distorções cognitivas, como generalizações e minimização, que contribuem para a visão negativa de si mesma. A cliente generaliza todas as suas decisões como fracassadas, bem como tem dificuldade em reconhecer as suas próprias conquistas, minimizando-as.

No diagnóstico de “Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito”, o objetivo prendia-se pela promoção do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito. As intervenções foram no âmbito do ensinar sobre as estratégias promotoras do autoconceito e de avaliação, tanto da evolução do autocontrolo do processo de

pensamento relacionado com o autoconceito como do conhecimento sobre as estratégias promotoras do autoconceito.

Por fim, no diagnóstico “Processo familiar comprometido”, teve-se como objetivos a promoção do envolvimento familiar e a determinação da evolução do processo familiar. Para dar resposta aos objetivos definidos, executou-se a intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar e avaliou-se a evolução deste processo.

Esta intervenção psicoterapêutica revelou-se essencial pela necessidade de diminuir os efeitos disruptivos que foram desencadeados por uma crise (a patologia que a cliente apresenta) e pelas dificuldades de comunicação (Sampaio et al., 2023).

Dado não existirem quaisquer critérios que possam excluir a família da intervenção promotora do processo familiar (Sampaio et al., 2023), em concordância com a mesma, procedeu-se à intervenção.

No Quadro 1 encontram-se os resultados obtidos em cada intervenção.

Quadro 1 – Resultados obtidos com as intervenções implementadas

Resultados obtidos	
Executar reestruturação cognitiva	
Avaliação inicial	Avaliação final
Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.	Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo
Classificação dos resultados de enfermagem (Johnson et al., 2004) para a autoestima:	Classificação dos resultados de enfermagem (Johnson et al., 2004) para a autoestima:
✓ Raramente verbaliza autoaceitação; ✓ Às vezes mantém contacto ocular durante as comunicações interpessoais; ✓ Mantém, muitas vezes, postura direita; ✓ Às vezes possui uma auto-descrição positiva;	✓ Verbaliza autoaceitação; ✓ Mantém sempre contacto ocular durante as comunicações interpessoais; ✓ Mantém, sempre, postura direita; ✓ Possui muitas vezes uma auto-descrição positiva;

Resultados obtidos	
Executar reestruturação cognitiva	
Avaliação inicial	Avaliação final
✓ Possui muitas vezes uma comunicação aberta; ✓ Mantém sempre o seu autocuidado; ✓ Possui, raramente, um balanço entre participação e escuta em grupos; ✓ Nível de confiança por vezes positivo; ✓ Descreve, por vezes, sucesso em grupos sociais; ✓ Raramente descreve orgulho próprio.	✓ Possui muitas vezes uma comunicação aberta; ✓ Mantém sempre o seu autocuidado; ✓ Possui, às vezes, um balanço entre participação e escuta em grupos; ✓ Nível de confiança muitas vezes positivo; ✓ Descreve, por vezes, sucesso em grupos sociais; ✓ Por vezes descreve orgulho próprio.
Classificação dos resultados de enfermagem (Johnson et al., 2004) para a imagem corporal: ✓ Por vezes sente-se satisfeita com a aparência corporal; ✓ Por vezes consegue adaptar-se às mudanças na aparência física.	Classificação dos resultados de enfermagem (Johnson et al., 2004) para a imagem corporal: ✓ Muitas vezes está satisfeita com a aparência corporal; ✓ Normalmente consegue adaptar-se às mudanças na aparência física.
Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito	
Avaliação inicial	Avaliação final
Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.	Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: facilitador.
Executar intervenção promotora do processo familiar	
Avaliação inicial	Avaliação final
A família (mãe, pai e filha) não conseguiu adaptar-se à crise (patologia da cliente).	A família (mãe, pai e filha) encontra-se a trabalhar para se adaptar à patologia da cliente e as suas necessidades.

Resultados obtidos	
Executar reestruturação cognitiva	
Avaliação inicial	Avaliação final
A família não consegue preencher as necessidades de todos os membros (cliente refere que antes da doença eram poucos os momentos juntos ou, quando existiam, estavam com ecrãs à frente).	A família consegue preencher algumas das necessidades de todos os membros (cliente refere que agora passam mais tempo a conversar e a interagir).
A família não consegue reconhecer as suas dificuldades e, consequentemente, não procuram/aceitam ajuda (Pais da A. referem que está tudo bem, mas aquando da espera para a visita, encontram-me distantes - cada um nas pontas da sala).	A família consegue reconhecer as suas dificuldades e, consequentemente, procuram/aceitam ajuda.

Tal como descrito anteriormente, a promoção e desenvolvimento das competências socio emocionais permite uma gestão eficaz dos problemas e previne doenças. Deste modo, tendo em conta os benefícios expressos, a cliente integrou o projeto desenvolvido na unidade.

No Quadro 2 encontram-se descritos os resultados obtidos com a aplicação do projeto, sendo só apresentados os itens que se encontram alterados entre as avaliações inicial e final.

Quadro 2 – Resultados obtidos com a aplicação do projeto

Resultados obtidos	
Questionário de avaliação das competências socio emocionais	
Avaliação inicial	Avaliação final
Consigo identificar e classificar as minhas emoções – Não discordo nem concordo	Consigo identificar e classificar as minhas emoções – Concordo

Tenho consciência dos meus pensamentos – Não concordo nem concordo	Tenho consciência dos meus pensamentos - Concordo
Consigo distinguir as minhas emoções – Não concordo nem concordo	Consigo distinguir as minhas emoções - Concordo
Os meus pensamentos influenciam as minhas emoções – Concordo	Os meus pensamentos influenciam as minhas emoções – Concordo totalmente
Estou atento às necessidades dos outros – Concordo	Estou atento às necessidades dos outros – Concordo totalmente
Sei quais são os meus objetivos – Concordo	Sei quais são os meus objetivos – Discordo bastante
Consigo auto motivar-me – Concordo totalmente	Consigo auto motivar-me – Não concordo nem concordo
Questionário de avaliação da motivação	
Avaliação inicial	Avaliação final
Muitas vezes, não me sinto competente – Concordo	Muitas vezes, não me sinto competente – Discordo bastante
Ultimamente tenho conseguido aprender novas competências interessantes – Discordo bastante	Ultimamente tenho conseguido aprender novas competências interessantes – Concordo totalmente
Sinto que consigo ser eu próprio(a) em situações do dia-a-dia – Concordo	Sinto que consigo ser eu próprio(a) em situações do dia-a-dia – Não concordo nem concordo
Sinto-me pressionada na minha vida – Não concordo nem concordo	Sinto-me pressionada na minha vida – Concordo

O estudo de caso em questão enfatiza a importância de uma abordagem multidimensional, abrangendo aspetos físicos, mentais e familiares. Através da avaliação de diversos domínios, foram identificados diagnósticos cruciais, que direcionaram as intervenções psicoterapêuticas.

As intervenções implementadas mostraram resultados significativos na evolução do autoconceito da cliente, evidenciando uma melhoria na autoaceitação e na

imagem corporal. A reestruturação cognitiva permitiu à adolescente desenvolver uma visão mais positiva de si mesma e, a associação com o ensino de estratégias promotoras do autoconceito e com as intervenções relacionadas com as competências socio emocionais, mostrou-se eficaz, aumentando também o conhecimento da cliente sobre autogestão de emoções, pensamentos e comportamentos.

No que diz respeito ao processo familiar, as intervenções promovidas facilitaram a adaptação da família à situação, promovendo um ambiente mais colaborativo e comunicativo. A evolução observada nas dinâmicas familiares indica uma evolução relativamente às estratégias de *coping* para enfrentar dificuldades e procurar ajuda.

O presente estudo de caso ilustra a eficácia das intervenções psicoterapêuticas e das intervenções promotoras das competências socio emocionais na saúde mental da cliente com AN e a sua família.

Durante o período de estágio é de ressaltar a flexibilidade necessária como profissional, tendo sempre em vista as necessidades e características dos clientes e do contexto, dentro do tempo dedicado ao contexto de estágio.

3.2. Caracterização da unidade de serviço comunitário

O segundo estágio foi no âmbito do contexto comunitário, que se desenvolveu no período compreendido entre dia 21 de outubro a 21 de novembro de 2024, num total de 125 horas de contacto efetivo, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da zona Norte.

Esta unidade caracteriza-se, fisicamente, por várias salas: enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, cantinho da amamentação, gestão das unidades afetas ao edifício, Equipa Local de Intervenção, Equipa de Cuidados Continuados

Integrados (ECCI), saúde escolar, obstetrícia e salas exclusivas para outros projetos.

Relativamente aos recursos humanos da referida unidade fazem parte, a tempo integral, quatro enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica (um a colaborar na ECCI e os restantes nos projetos de saúde mental), enfermeiros (com especialidades em saúde comunitária e saúde pública, médico-cirúrgica, reabilitação, saúde infantil e pediátrica e saúde materna e obstétrica) e uma fisioterapeuta. A tempo parcial também colabora um médico, uma assistente social, uma nutricionista, um psicólogo e uma assistente técnica.

Existem vários projetos na unidade mencionada, de diversas áreas de enfermagem, sendo que só abordarei os específicos da área de saúde mental e psiquiátrica. A equipa de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica possui projetos no âmbito das demências, dos cuidadores de pessoas com demência e, também, de pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental.

3.2.1. Relevância do tema transversal nos familiares cuidadores de pessoas com demência

É muito comum, nas famílias que possuem um membro com demência, que um elemento da mesma assuma o papel de prestador de cuidados (Wang et al., 2019). Os membros que padecem de algum tipo de demência possuem um agravamento progressivo dos défices na memória, na linguagem, na resolução de problemas e/ou noutras habilidades cognitivas. Deste modo, a capacidade de realizar as atividades de vida diárias torna-se bastante limitada (Barker et al., 2002; Wilson et al., 2012).

Dependendo da fase da doença em que o cliente se encontra, são percecionadas, por parte do cuidador, diferentes necessidades. Numa fase inicial, em que a pessoa com demência possui lapsos de memória e,

consequentemente, comete erros na realização das atividades de vida diária, o cuidador precisa de se consciencializar da necessidade de supervisionar e não substituir o seu familiar nas atividades. Já numa fase moderada, há maiores perdas na capacidade da pessoa dependente, obrigando o cuidador a aprender a substituir a pessoa com demência nas suas atividades e a reajustar a sua comunicação. Por fim, numa fase mais avançada, é exigido ao cuidador mais esforço físico e, decorrente disso, maior disponibilidade. É nesta fase que o cuidador precisa de maior apoio psicossocial (Monteiro, 2016).

Estas dificuldades exigem, aos cuidadores, cuidados e supervisão consistentes para atenderem às necessidades do cliente. Os cuidadores enfrentam desafios especiais de saúde (Ornstein & Gaugler, 2012) e relatam que a tarefa do cuidar deteriora a sua saúde física e mental em comparação com a população geral e, até, em comparação com cuidadores de clientes com outras patologias (Gouin et al., 2012; Pinquart & Sörensen, 2003; Vitaliano et al., 2003).

Vários estudos indicam que a prestação de cuidados a um idoso com demência implica uma elevada sobrecarga a vários níveis, como: físico, emocional, social e financeiro (Cohen & Eisdorfer, 2001; Martín et al., 2000; Ory et al., 1999; Pinquart & Sörensen, 2003, citado por Silva, 2009).

Num estudo de Wang e colaboradores (2019), os cuidadores detetam sete categorias afetadas pelos cuidados que prestam: alimentação saudável, atividade física, sono, gestão da prestação de cuidados com as consultas médicas, adesão à medicação, o *stress* mental e o planeamento para o envolvimento social. Entre essas categorias, a falta de alimentação saudável, a inatividade física e a falta grave de sono foram mencionadas com frequência pelos cuidadores.

No mesmo estudo citado anteriormente, de Wang e colaboradores (2019), foram, também, avaliados os fatores que são considerados importantes para apoiar os cuidadores na gestão da sua saúde, sendo eles a manutenção da saúde (nos domínios do conhecimento, consciencialização e atividades de conservação da saúde), a ajuda e apoio (informal e formal), a disponibilidade para descansarem,

a socialização, a conservação da motivação, de se manter ativo e positivo, a disponibilidade e acesso a bons cuidados de saúde e a crença religiosa.

Tal como referido anteriormente, existe uma dificuldade de os cuidadores conciliarem a prestação de cuidados com a socialização. Segundo Ramos (2012), citado por Monteiro (2016), o número de pessoas incluído nas redes sociais dos cuidadores tende a diminuir, o que leva ao isolamento e à diminuição da oportunidade de encontrar apoio social.

De acordo com um estudo realizado por Amorim e colaboradores (2017), há uma ligação positiva entre as habilidades sociais (em termos de medidas objetivas) e os níveis de sobrecarga e qualidade de vida (em autorrelato) em cuidadores familiares de clientes com demência de Alzheimer.

Os cuidadores que possuem mais habilidades sociais tendem a ter uma melhor qualidade de vida e a vivenciar menos sobrecarga, sendo que os autores colocam a hipótese de que a autoafirmação na expressão de afetos positivos e o autocontrolo da agressividade são as habilidades que permitem melhor controlo do *stress* do cuidador e ajudam a vivenciar menor sobrecarga (Amorim et al., 2017).

Relativamente às competências emocionais, um estudo publicado por Vázquez e colaboradores (2011), relaciona estas competências com os sintomas depressivos em cuidadores de pessoas com doença prolongada (como é o caso das demências). Este estudo liga menores níveis de inteligência emocional com mais sintomas depressivos nos cuidadores de pessoas com doença prolongada. Já Schene (1999), citado por Monteiro (2016), revela que a depressão e a ansiedade são as doenças mais frequentemente referidas pelos cuidadores.

Também, de acordo com Sousa e colaboradores (2017), uma das principais necessidades de os cuidadores familiares de pessoas com demência é a gestão das emoções e sentimentos associados à prestação de cuidados, sendo uma das propostas de resolução o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes, técnicas de resolução de conflitos e de tomada de decisão.

Já Gazquez et al., (2015) determinaram uma influência positiva das habilidades emocionais na percepção de *stress* e sobrecarga do cuidador.

De acordo com Silva (2009), existem vários programas psicossociais que utilizam diferentes formatos de intervenção (grupos de apoio, autoajuda, ajuda mútua e, também, programas de treino). Todos eles possuem psicoeducação, ensino de habilidades e, também, apoio emocional. Os programas têm como objetivos principais a melhoria do bem-estar do cuidador e da qualidade da prestação dos cuidados (Yanguas & Pérez, 2001, citado por Silva, 2009).

É de notar que a motivação para o cuidado a longo prazo é imprescindível para o modo como os cuidadores informais vivenciam o cuidado que prestam (Quinn et al., 2010). Para além disso, os programas implementados na área da saúde devem ter como preocupação a motivação do prestador de cuidados para participar, pois é um elemento fulcral na adesão e permanência no programa (Sousa et al., 2016).

3.2.2. Intervenções desenvolvidas no período de estágio

Neste contexto de estágio, os clientes alvo de cuidados por parte da ESMP são os clientes com demência e os seus familiares cuidadores. As atividades realizadas na unidade centravam-se na intervenção psicoterapêutica de estimulação cognitiva, avaliação e acompanhamento de clientes com diagnóstico clínico de demência ou cuidadores familiares de pessoas com demência e a implementação de um programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio, criado por Sousa (2017).

Durante o período de estágio, tive a possibilidade de realizar visitas domiciliárias a clientes acompanhados por EEESMP, no âmbito da demência, nos quais eram

executadas sessões de estimulação cognitiva, de psicoeducação do cuidador e de relação de ajuda.

Nas visitas domiciliárias pude realizar entrevistas de avaliação inicial para posterior acompanhamento. As entrevistas, tanto iniciais como de acompanhamento, visavam compreender as necessidades tanto do cuidador como da pessoa com demência. Após a avaliação das necessidades, tinha a possibilidade de intervir.

Um exemplo de cuidadora no qual tive o privilégio de, em parceria com a mesma, elaborar um plano de cuidados foi de uma cliente de 64 anos, acompanhada por ESMP por ser prestadora de cuidados do marido (com diagnóstico clínico de demência), desde 2021.

Contextualizando a situação, a cliente vivia numa habitação com a pessoa cuidada (cônjuge), uma filha e o seu neto. A sua filha e o neto ajudavam sempre que podiam, sendo que a outra filha (que se encontrava emigrada), quando necessário, fazia videochamadas para ajudar a pessoa cuidada a realizar as atividades de vida diária através das ordens simples e diretas. Na mesma rua vivia uma amiga de longa data e a sua irmã.

A cliente sentia-se bastante preocupada com a sua situação financeira, uma vez que se encontrava em processo de reforma, não tendo quaisquer rendimentos desde há dois meses.

No momento, a pessoa cuidada encontrava-se numa fase inicial do processo demencial, sendo necessária a supervisão por parte da prestadora de cuidados e orientação através de ordens simples e diretas.

Após o pedido de ajuda por parte da cliente, averiguou-se as necessidades da mesma e validou-se, em parceria, que a cliente possuía necessidade de acompanhamento por ansiedade. A ansiedade, segunda a própria e verificada pelos profissionais, era causada pela sua situação financeira.

As estratégias de *coping* que a cliente utilizava era cozinhar e caminhar, pois “*não gosto de estar parada, gosto de estar sempre a fazer alguma coisa e ajudar*” (sic).

Relativamente à história clínica da cliente, a mesma tinha como antecedentes: osteoartrose, síndrome do ombro doloroso, diabetes mellitus tipo II, AVC isquémico, hipertensão arterial, obesidade e dislipidemia. A mesma aderiu e geria eficazmente o seu regime terapêutico.

Durante a entrevista a cliente tinha um contacto fácil, com comportamento adequado, encontrava-se orientada em todos os domínios, com preservação da memória e sem qualquer alteração no pensamento e percepção.

É de relevar que a consulta foi agendada a pedido da cliente por identificação (por parte da mesma) de um problema, sendo priorizada a resolução desse mesmo problema, não tendo sido avaliado mais nenhum parâmetro que, noutro momento, poderia ser relevante.

Deste modo, avaliou-se somente o domínio da emoção (problema identificado pela cliente), o sono pois, de acordo com Ferré-Grau e colaboradores (2011), os familiares cuidadores podem experienciar perturbações no sono, sendo necessário estar alerta para tais alterações e sensações somáticas - dor (dado os antecedentes médicos da cliente, é imprescindível avaliar o 5.º sinal vital, sendo esse um dos sintomas de algumas patologias da cliente e podendo interferir com a sua qualidade de vida e bem-estar físico e mental).

Relativamente ao domínio da emoção, este torna-se fundamental avaliar pois, segundo um estudo de Sallim e colaboradores (2015), os cuidadores de pessoas com demência possuem uma taxa de prevalência de sintomas de ansiedade de 43,6%. Já Kvaal e colegas (2013), afirmam que os sintomas psiquiátricos e comportamentais associados à demência são geradores de ansiedade no familiar cuidador. Os familiares que possuem menor nível de inteligência emocional e mais velhos demonstraram maior ansiedade e *stress* (Cottagiri & Sykes, 2019).

De um modo abrangente, a ansiedade é um sentimento de inquietação, que pode manifestar-se fisiologicamente (por exemplo, através de alterações gastrointestinais), na parte motora (como exemplo a tensão e parestesias das extremidades) e/ou cognitiva (défices de atenção, concentração e memória). A ansiedade pode estar associada a momentos/situações passageiras (sendo considerada ansiedade estado) ou ser algo estável na vida da pessoa (considerando-se ansiedade traço) (Gray, 1987; Herdman & Kamitsuru, 2018). A intensidade da ansiedade pode variar, de níveis impercetíveis até níveis elevados, sendo estes últimos capazes de alterar o funcionamento da pessoa (American Psychiatric Association, 2013).

Para avaliação da ansiedade utilizou-se a escala de avaliação da ansiedade de Hamilton, validada por Dos Santos et al. (2023), para a população portuguesa. É um instrumento de heteropreenchimento, com 14 itens, que consegue dividir a ansiedade em leve (se valor menor a 17), moderada (se valores entre 18 e 24) e grave (se valores entre 25 e 30) (Hamilton, 1969).

Foi possível, então, através da atividade diagnóstica realizada com recurso à entrevista clínica, a instrumentos de avaliação (como a escala de avaliação da ansiedade de Hamilton) e à observação da cliente e situação, definir como diagnósticos “Ansiedade”, “Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade” e “Humor depressivo”.

Na entrevista clínica, foi possível criar uma relação de confiança com a cliente, desenvolveu-se o tema que incitou a procura de EEESMP e foi percetível a motivação e interesse da cliente em resolver o seu problema (antes e durante a entrevista a própria já tinha identificado o mesmo). No decorrer da entrevista clarificaram-se as expectativas quanto ao diagnóstico identificado “Ansiedade”.

Para este, os objetivos e as intervenções delineadas foram:

- Objetivos:
 - Diminuir ansiedade;
 - Determinar a evolução da ansiedade.

- Intervenções:
 - Executar relação de ajuda:
 - Sessão zero – apresentação da profissional, explicação do objetivo da sessão, obtenção do consentimento, estabelecimento de uma relação terapêutica com a cliente, discussão do problema e identificação do diagnóstico, compreensão da motivação e interesse da cliente em resolver o problema, clarificação de expectativas, propor a intervenção psicoterapêutica, informar sobre a mesma e definir responsabilidades de cada interveniente;
 - Sessão um – explicar intervenção psicoterapêutica e nutrir a relação terapêutica;
 - Sessão dois – definir objetivos, orientar sobre a importância da participação ativa da cliente, avaliar as dificuldades na resolução de problemas e as causas, analisar em conjunto os recursos utilizados para conseguir resolver o problema, orientar na procura de estratégias na resolução do problema, discutir as vantagens e desvantagens de cada estratégia delineada, auxiliar na priorização das alternativas possíveis para dar resposta ao problema, auxiliar a cliente a examinar os recursos que estão disponíveis, incentivar o treino das estratégias delineadas, permitir a verbalização de medos, preocupações, indecisões e inseguranças e preparar para o fim da intervenção;
 - Sessão três – Pedir à cliente para realizar uma síntese do percurso, rever em parceria o processo de mudança, pedir uma avaliação da intervenção e avaliar a evolução do diagnóstico de enfermagem;
 - Em todas as sessões foi oferecido suporte emocional.
 - Executar escuta ativa;
 - Executar técnica de respiração diafragmática:

- Pedir à cliente que foque na sua respiração e identifique os movimentos de inspiração e expiração, colocando a mão sobre o abdómen e a região peitoral (Willhelm et al., 2015);
 - Seguidamente, pedir que respire lenta e pausadamente, inspirando por três segundos, sustendo a respiração por mais três segundos e soltando a respiração pela boca por seis segundos (Willhelm et al., 2015).
- Ensinar técnica de respiração diafragmática;
 - Treinar técnica de respiração diafragmática;
 - Avaliar a evolução da ansiedade (Escala de avaliação da ansiedade de Hamilton).

A relação de ajuda visa ajudar a cliente a encontrar uma solução para um problema específico, podendo este ser de cariz relacional, adaptativo ou emocional (Sequeira, 2016).

Como é perceptível, na sessão um não foi oportuno realizar qualquer tipo de atividade, uma vez que a cliente se encontrava num momento de emoção intenso, no qual só necessitava de ventilar as suas emoções. De acordo com Goleman (2011), quando ocorre um momento carregado de emoção, a mente emocional acredita genuinamente nas suas crenças e descarta qualquer informação que contrarie as mesmas. Assim, não importa a veracidade da informação transmitida, porque estando a colidir com as convicções emocionais do momento, a pessoa não irá compreender, reter e aplicar. Sendo assim, adaptou-se a sessão, realizou-se escuta ativa e ofereceu-se suporte emocional, para dar resposta às necessidades prementes da cliente.

A técnica de respiração diafragmática também se revelou uma abordagem de extrema importância, pois é uma das técnicas com melhores resultados na diminuição da ansiedade (Willhelm et al., 2015).

Na entrevista clínica compreendeu-se que as estratégias até agora utilizadas pela cliente não surtiavam efeito no momento presente e, deste modo, identificou-se o diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de

autocontrolo da ansiedade”. Os objetivos e as intervenções associadas a este diagnóstico são:

- Objetivos:
 - Promover autocontrolo: ansiedade.
- Intervenções:
 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade;
 - Avaliar a evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.

As estratégias de autocontrolo foram identificadas tanto pela profissional como pela cliente:

- Reorganizar o modo como encara a situação (García-Alberca et al., 2012);
- Tentar convencer-se de que a situação não é tão má quanto parece (García-Alberca et al., 2012);
- Expressar as suas emoções (García-Alberca et al., 2012);
- Falar abertamente sobre o que sente (García-Alberca et al., 2012);
- Técnica de respiração diafragmática (Willhelm et al., 2015).

Para o diagnóstico “Humor depressivo”, o dado que serve de base é a descrição que a cliente faz sobre a diminuição do seu interesse e prazer nas atividades. Deste modo, definiram-se objetivos e intervenções:

- Objetivos:
 - Promover a mudança no processo de pensamento relacionado com o humor;
 - Determinar a evolução do humor.
- Intervenções:
 - Executar relação de ajuda;
 - Executar escuta ativa;
 - Avaliar a evolução do humor depressivo.

Os resultados relativos às intervenções encontram-se no Quadro 3.

Quadro 3 – Resultados obtidos com as intervenções implementadas

Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton	
Avaliação inicial	Avaliação final
Humor ansioso - Muito grave (4) (Refere apreensão e irritabilidade. Durante o discurso percebe-se que a cliente antecipa o pior das situações)	Humor ansioso – Ausente (0)
Tensão - Grave (3) (A cliente fadiga, inquietação e incapacidade para relaxar. O seu choro é fácil)	Tensão – Ausente (0)
Medos - Ausente (0)	Medos - Ausente (0)
Insónia - Ligeira (1) (Por vezes possui dificuldade em adormecer)	Insónia – Ausente (0)
Nível intelectual/cognitivo - Ligeira (1) (A cliente refere que tem, poucas vezes, dificuldade em se focar. Associa aos momentos em que está ansiosa)	Nível intelectual/cognitivo – Ausente (0)
Humor depressivo - Moderada (2) (Cliente revela falta de interesse e prazer nas atividades e, por vezes, alterações de humor, decorrentes dos períodos de maior ansiedade)	Humor depressivo – Ausente (0)
Nível somático muscular - Grave (3) (A cliente afirma que nos momentos de maior ansiedade possui dores musculares e de cabeça. Durante o discurso é possível denotar a voz trémula da cliente)	Nível somático muscular – Ausente (0)
Nível somático sensorial - Ligeira (1) (Cliente refere sensação de fraqueza)	Nível somático sensorial – Ausente (0)
Sintomas cardiovasculares - Ausente (0)	Sintomas cardiovasculares - Ausente (0)
Sintomas respiratórios - Ligeira (1) (Denota-se dificuldade em respirar quando a cliente se encontra mais ansiosa)	Sintomas respiratórios - Ausente (0)
Sintomas gastrointestinais - Ligeira (1) (Cliente afirma que quando se sente ansiosa possui dificuldades em engolir)	Sintomas gastrointestinais - Ausente (0)

Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton	
Avaliação inicial	Avaliação final
Sintomas genitourinários - Ausente (0)	Sintomas genitourinários - Ausente (0)
Sintomas autonómicos - Ligeira (1) (Hipersudorese)	Sintomas autonómicos - Ausente (0)
Comportamento na entrevista - Grave (3) (Tensa, até na expressão facial, na entrevista aperta as mãos várias vezes, engole repetidamente e demonstra-se inquieta)	Comportamento na entrevista - Ausente (0)

As intervenções realizadas, com vista à diminuição da ansiedade, ao autocontrolo da mesma e na melhoria do humor depressivo, demonstraram resultados positivos e significativos na cliente. Ao longo do processo, observou-se uma redução nos sintomas de ansiedade, derivados da situação financeira da cliente, refletindo-se numa melhoria geral no bem-estar emocional da cliente.

A tensão, o humor ansioso, os sintomas somáticos e respiratórios, e os níveis de dor muscular também diminuíram consideravelmente, o que contribuiu para uma maior estabilidade emocional e física. A técnica de respiração diafragmática e as estratégias de *coping*, como a reorganização da forma de encarar a situação e a expressão das emoções, mostraram-se eficazes para promover o autocontrolo e a autogestão da ansiedade, ajudando a cliente a lidar melhor com os desafios diários.

No que diz respeito ao humor depressivo, também foi observada uma evolução positiva, com a cliente apresentando um maior interesse e prazer nas atividades, refletindo a mudança no seu processo de pensamento e no impacto da ansiedade sobre o seu estado emocional.

Portanto, os objetivos foram alcançados com sucesso, proporcionando à cliente uma melhoria significativa na sua qualidade de vida e na sua capacidade de enfrentar os desafios, contribuindo também para a sua saúde.

As atividades que pude realizar na unidade englobavam as sessões de estimulação cognitiva e o programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio.

No serviço ocorriam, semanalmente, duas sessões de estimulação cognitiva com dois grupos distintos nas quais participei. As sessões de estimulação cognitivas realizadas no serviço visavam clientes com défice cognitivo ligeiro, dado que os indivíduos com este diagnóstico tendem a desenvolver demência entre três e seis anos (Troyer et al., 2008, citado por Sousa & Sequeira, 2012). Assim, é fundamental intervir precocemente e de modo preventivo, para que os efeitos do défice possam ser minimizados. Como abordagem, deve combinar-se a terapêutica farmacológica e a intervenção cognitiva que, no caso, é a estimulação cognitiva (Sousa & Sequeira, 2012).

Também tive a oportunidade de ser formadora no programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio, que iniciou durante o estágio. Neste programa executa-se uma avaliação do familiar cuidador e da pessoa cuidada (Sousa, 2017). A avaliação da pessoa cuidada já se encontrava realizada, dado que as famílias eram acompanhadas pela equipa. Já a avaliação do familiar cuidador foi realizada antes da primeira sessão. Esta avaliação englobou a avaliação sociodemográfica, as suas estratégias, a sobrecarga (Sequeira, 2007, citado por Sousa, 2017), a avaliação das dificuldades do cuidador (Brito, 2002; Sequeira, 2007, citado por Sousa, 2017) e a avaliação da satisfação do cuidador (Brito, 2002; Sequeira, 2007, citado por Sousa, 2017) com recurso a instrumentos validados.

O grupo, de oito cuidadores, era constituído, maioritariamente, por cuidadores do sexo masculino, o que contraria a literatura, que aponta o sexo feminino como maioritário na prestação de cuidados a familiares com demência (Monteiro, 2016). Segundo Figueiredo (2007), citado por Monteiro (2016), uma grossa fatia dos cuidadores situa-se entre os 45-60 anos, algo verificado no grupo de cuidadores intervencionado. Também, na sua generalidade, os cuidadores são cônjuges ou, na ausência do mesmo, são os seus filhos (Monteiro, 2016).

O programa criado por Sousa (2017) integra oito sessões, sendo que durante o período de estágio pude realizar duas sessões divididas em quatro dias. A divisão das sessões derivou da vasta interação entre o grupo, através da troca de experiências, emoções, observações e dicas relativamente à prestação de cuidados.

Esta interação revela-se fundamental e uma necessidade para os cuidadores, pois permite-lhes falar acerca de experiências, dificuldades, preocupações e, também, possibilita o reconhecimento, por parte dos outros, pela dedicação ao seu familiar, sentindo-se valorizados pelos seus atos (Figueiredo, 2007, citado por Monteiro, 2016).

As sessões que pude realizar abordaram os temas sobre a doença, as fases e características da mesma, o regime medicamentoso, estratégias para gestão comportamental e de comunicação e, por fim, uma sessão sobre ser familiar cuidador de pessoa com demência (onde eram desenvolvidos os conceitos de emoções, sentimentos, necessidades do cuidador e as exigências do papel de prestador de cuidados) (Sousa, 2017).

Na sessão que envolvia o tema das emoções, apresentou-se uma caixa que foi construída (registo fotográfico no Anexo V) com um espelho incorporado na mesma.

Nós só conseguimos ter perceção da nossa face quando se encontra refletida num espelho. É através desta ação que conseguimos consciencializar-nos dos aspetos físicos do nosso rosto, do mesmo modo que os outros o perspetivam. Deste modo, admite-se que o espelho é uma representação objetiva de nós próprios (Tramacere, 2022).

Deste modo, o espelho induz-nos um estado de atenção centrado em nós próprios, tornando-se uma área de atenção dentro da autoconsciência e autofocalização (Silvia, 2002, como citado por Petrocchi et al., 2017).

Segundo a teoria da autoconsciência objetiva, numa situação de estado de autoconsciência (como quando se veem ao espelho), os indivíduos tendem a

comparar-se com os seus próprios padrões e valores (Duval & Wicklund, 1972, citado por Petrocchi et al., 2017). Esta comparação pode proporcionar a ativação de emoções negativas (Petrocchi et al., 2017).

No entanto, estudos de Hofmann e Heinrichs (2002, 2003), citado por Petrocchi e colaboradores (2017), descrevem que indivíduos com o exercício de exposição ao espelho mais frequente possuem maior equilíbrio entre as suas autoafirmações positivas e negativas, revelando menor autocrítica sobre as suas características de personalidade socialmente irrelevantes.

A autocompaixão através de autoafirmações positivas pode ser potencializada pelo exercício do espelho, uma vez que é externalizado o “objeto” da nossa compaixão que, no caso, somos nós próprios (Gilbert, 2010, citado por Petrocchi et al., 2017).

É através deste exercício, aliado ao exercício das autoafirmações positivas, que é possível intensificar as emoções positivas que produzem um efeito protetor contra a autocrítica e aumentar a produção de um efeito calmante (Petrocchi et al., 2017).

A explicação científica para estes resultados prende-se com a maior quantidade de sinais sociais positivos de auto-relação (adicionando, à voz, as expressões faciais e o olhar), o que permite uma intensificação da resposta emocional, dado que a sensação de segurança e os sentimentos de amabilidade são transmitidos maioritariamente pela comunicação não-verbal (Petrocchi et al., 2017).

No fim da sessão foi explicado que dentro da caixa se encontrava um exemplo de bom cuidador e que era imprescindível que cuidassem bem do que vissem dentro da mesma, dado que era algo único, especial e valioso. Quando os cuidadores se viram ao espelho, os seus rostos demonstravam muita emoção contida. Foi um momento especial, pois consciencializaram-se de que eram especiais e valorizados pela sua decisão de cuidar.

Tendo a atividade realizada como exemplo, sugeriu-se aos cuidadores que realizassem o exercício no domicílio, de modo frequente, dirigindo

autoafirmações positivas enquanto se viam no espelho. A proposta foi bem aceite pelos cuidadores, que iriam replicar o exercício no domicílio. Os cuidadores trouxeram *feedbacks* positivos da atividade, afirmando sentirem-se mais felizes e calmos durante o dia-a-dia e na prestação de cuidados.

Durante o período de estágio revelou-se a importância do enfermeiro se integrar na equipa e nos projetos a decorrer, sendo possível adaptar o tema a trabalhar. De ressaltar que o tema se revelou pertinente na população em questão, não só pelo demonstrado pela evidência científica, como pela avaliação das necessidades dos mesmos.

3.3. Caracterização da unidade de internamento hospitalar

O terceiro estágio ocorreu no contexto de internamento hospitalar, num internamento de psiquiatria da zona Norte. Decorreu no período compreendido entre dia 25 de novembro de 2024 e 10 de janeiro de 2025, perfazendo um total de 125 horas de contacto efetivo.

Este serviço possui três residências: jovem, transição e idoso. Na primeira residência encontram-se, no máximo, nove jovens, adultas, diagnosticadas com PCA ou perturbação borderline da personalidade. No primeiro tipo de perturbação, as jovens possuem consultas externas. Na perturbação borderline da personalidade as clientes possuem um programa de intervenção.

Na residência de transição, que alberga no máximo 12 clientes, encontram-se pessoas com incapacidade psicossocial. Deste modo, o grande objetivo passa pela reabilitação e reintegração social e familiar.

Por fim, na residência do idoso, encontram-se oito clientes com défices cognitivos, mas clinicamente estáveis. Existe a possibilidade de integrarem mais quatro clientes em regime de hospital de dia. Nesta residência realizam-se atividades para manutenção de autonomia nas atividades de vida diária, para

promoção da interação social, estimulação cognitiva, exercício físico, técnicas de relaxamento e atividades religiosas.

Relativamente ao espaço físico do serviço, todas as residências possuem quartos partilhados (sendo que na residência de transição existem, também, quartos individuais), copa, sala de refeições, espaço exterior e sala de *Snoezelen*.

A equipa é multidisciplinar e composta por médicos psiquiatras, EEESMP e enfermeiros de cuidados gerais, psicóloga clínica, assistente social, nutricionista e terapeuta ocupacional. Se necessário, também contam com o apoio de outras especialidades médicas.

Como referido anteriormente, o serviço possui hospital de dia e realiza, também, visitas à comunidade e domiciliárias. É importante referir que os clientes podem encontrar-se internados de forma voluntária ou em regime involuntário.

3.3.1. Relevância do tema transversal nos clientes com doença mental grave (esquizofrenia)

De acordo com a literatura, a esquizofrenia é uma doença mental grave muito frequente, com impacto económico nos clientes que sofrem da patologia, família e sociedade, sendo as hospitalizações o custo direto mais substancial desta patologia (Asher et al., 2018; Kovács et al., 2018).

A esquizofrenia é caracterizada pela ocorrência de sintomas positivos e negativos. Os positivos, também denominados de produtivos, são sintomas que ocorrem na fase de descompensação aguda, sendo os mais visíveis. Incluem os delírios, alucinações e alterações no pensamento, discurso ou comportamento (Figueira et al., 2014).

Com a evolução da doença, ocorre a perda de noção de regras sociais e de higiene (Figueira et al., 2014). Do mesmo modo, aparecem, também, sintomas negativos que, segundo a American Psychiatric Association (2013), são o aplanamento e embotamento afetivo, a alogia, a avolição, anedonia e isolamento social.

Na doença mental grave ocorre um comprometimento das competências socio emocionais (Caballo, 2007; Coelho & Palha, 2006), por serem parte da sintomatologia e, também, por ser uma agravante de outros sintomas que estão presentes (Caballo, 2007). Deste modo, as dificuldades na adaptação social e no estabelecimento de relações interpessoais caracterizam a doença mental grave (Caballo, 2007).

A restrição da resposta emocional e o défice nas competências sociais são barreiras para o estabelecimento e manutenção de novas relações, tendo como consequência uma baixa qualidade de vida e o isolamento social (Coelho & Palha, 2006). Dado que nas doenças crónicas não existe tratamento curativo, tanto a qualidade de vida como o apoio social tornam-se fundamentais (Souza & Coutinho, 2006).

No caso da esquizofrenia, os clientes que padecem desta perturbação possuem um comprometimento no estabelecimento das relações interpessoais, devido às suas dificuldades ao nível das habilidades de conversação, o que, consequentemente, interfere na integração destas pessoas na comunidade (Chien et al., 2003; Coelho & Palha, 2006).

Existe, também, um menor desempenho nas atividades diárias que exigem a capacidade de planeamento, de autocontrolo e de resolução de problemas (Lipskaya et al., 2011; Nakanishi et al., 2007). Deste modo, há um comprometimento na competência de resolução de problemas sociais, que inerentemente determina o uso de estratégias antissociais de *coping* perante situações diárias de *stress* (Aebi et al., 2014).

No domínio da consciência social aborda-se a compreensão das perspetivas sociais que se encontra muitas vezes comprometida. Este compromisso deve-se às dificuldades do indivíduo em reconhecer e interpretar os objetivos e motivações das outras pessoas, demonstrando uma falta de empatia (Tonelli et al., 2013). A falta de empatia influencia, negativamente, a identificação das emoções (seja as próprias ou dos outros), sendo que este é um elemento fundamental para o desenvolvimento das competências socio emocionais e funcionamento global do indivíduo (Addington et al., 2006; Wiener et al., 2011).

Para se compreender melhor os défices nas competências socio emocionais, é importante abordar a motivação, pois está associada à cognição, que se encontra comprometida na doença mental grave, como é o caso da esquizofrenia (Barch, 2005; Nakagami et al., 2008; Velligan et al., 2006).

Esta patologia possui um prejuízo cognitivo relativamente estável durante o decurso da mesma sendo um défice funcional característico da esquizofrenia. (Cruz et al., 2010). Os défices mais proeminentes são a atenção, a aprendizagem, as funções executivas e a linguagem (Sharma et al., 2003, citado por Cruz et al., 2010).

De acordo com o exposto neste subcapítulo, torna-se importante a criação e implementação de programas que intervenham ao nível das competências socio emocionais (Green & Leitman, 2008; Martínez-Domínguez et al., 2015; Ric, 2015).

3.3.2. Intervenções desenvolvidas no período de estágio

Estudos comprovam que, com o treino de competências socio emocionais é possível obterem-se melhorias (como adesão ao regime terapêutico e tratamento psicossocial) e maiores níveis de satisfação com a vida, de acordo

com estudos realizados por Liberman & Kopelowicz (2005) e Salokangas e colaboradores (2006), respetivamente.

No entanto, como a aprendizagem está comprometida em clientes com esquizofrenia (Harvey et al., 2004), existe a necessidade de adaptar o treino, por exemplo, com uma prática repetida. Este tipo de prática é imprescindível para assegurar a assimilação das competências e a sua durabilidade (Kopelowicz et al., 2006).

Desde o primeiro contacto, os clientes mostraram-se acolhedores e recetivos à nossa presença. O objetivo, nos primeiros turnos, foi o estabelecimento da relação terapêutica com os clientes. Este tipo de relação envolve várias etapas e sofre a influência, também, da experiência, atitudes e personalidades do enfermeiro. Quando ocorrem relações bem-sucedidas, o enfermeiro proporciona disponibilidade para ouvir, respeito, flexibilidade, proximidade, suporte e a sensação de individualidade (Pereira & Botelho, 2014).

A individualidade só é conquistada pelo profissional após este conhecer o cliente, sendo preciso um investimento, interesse, empatia, sinceridade e compreensão (Pereira & Botelho, 2014). Para promover as relações terapêuticas fez-se uso de alguns tipos de atitudes, como as de aceitação de um comportamento, de orientação, de apoio e compreensão (Sequeira & Sampaio, 2020).

Para além disso as técnicas de comunicação também se tornaram relevantes neste processo. Entre elas utilizou-se com maior frequência o silêncio, o questionamento, a clarificação, a focalização, a assertividade, a empatia, o humor, a validação, a reformulação e a orientação (Sequeira & Sampaio, 2020).

Relativamente às competências de comunicação, identifica-se o uso, maioritariamente, da competência paralinguística, devido ao tom de voz, ritmo da fala e pausas associadas à fala, de modo a tornar compreensiva a mensagem. A competência cinésica foi deveras importante, pois a comunicação não-verbal poderia ser interpretada de modo diferente daquela que era o objetivo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Por força dos sintomas negativos, que se encontravam em predominância, tornou-se um desafio obter uma interação com alguns dos clientes. Este desafio foi, de forma progressiva, ultrapassado. Após a avaliação inicial, desenhou-se um encadeamento de intervenções, tendo em conta as necessidades da população-alvo. Na totalidade, foram idealizadas cinco sessões.

A intervenção teve como objetivos:

- Promover os conhecimentos relacionados com as competências socio emocionais;
- Promover a manutenção das competências socio emocionais;
- Promover o conhecimento sobre a motivação;
- Promover a motivação intrínseca dos indivíduos.

Para seleção dos participantes elaboraram-se critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão, cumulativos, são:

- Compreender e saber ler e escrever em língua portuguesa;
- Mostrar vontade em participar.

Como critérios de exclusão, teve-se em conta:

- Não aceitação das regras (Sampaio et al., 2023);
- Dificuldades cognitivas (comunicação, orientação alo e autopsíquica, processamento de informações e memória) (Johnson et al., 2004) (Anexo VI).

Para verificar se os clientes eram viáveis para ingresso no projeto, foi necessário efetuar uma entrevista clínica que avaliasse os critérios de inclusão e exclusão e critérios de avaliação das intervenções (Anexo VII). Os parâmetros de avaliação foram, também, baseados na classificação dos resultados de enfermagem (Johnson et al., 2004). Foi, também, realizada uma avaliação cognitiva através do *Mini Mental State Exam*. A heteroavaliação foi realizada pela profissional de saúde, durante a entrevista clínica. Relativamente aos conhecimentos sobre os temas em questão, foi realizada uma avaliação oral

sobre os mesmos, através de questões diretas adaptadas ao nível sociocultural dos clientes.

Os planos de sessão de cada intervenção encontram-se explanadas no Anexo VIII. Após cada sessão, aplicou-se um instrumento de heteroavaliação, para se compreender o comportamento dos clientes durante as mesmas (Anexo IX).

Na primeira sessão, de modo individual, foram avaliados e abordados os conceitos de competências socio emocionais e motivação, a explicação das regras e limites da interação nas intervenções em grupo e ocorreu, igualmente, a avaliação inicial para, no final, se compreender a eficácia das intervenções. Através dos critérios de inclusão e exclusão aferiu-se a possibilidade de somente 5 elementos poderem integrar as sessões.

As seguintes sessões, mais práticas e em grupo, foram postergadas a pedido dos clientes, que referiam não se sentir motivados a realizar atividades, privilegiando o tempo sozinhos. Este pedido foi acedido com o intuito de favorecer a relação terapêutica através do respeito pela vontade dos clientes.

Contudo, a situação tornou-se recorrente e optou-se, nos turnos seguintes, por realizar as sessões. Tendo como critério de inclusão a demonstração de interesse em participar, os clientes foram convidados a juntarem-se às sessões, tornando-se num grupo aberto.

A segunda sessão contemplou uma maior interação entre os clientes (“Adivinha o objeto”), sendo abordados os domínios de competência relacional e consciência social. Esta contou com a presença de quatro clientes. Abordou-se, de um modo breve, os conceitos a serem trabalhados e, seguidamente, apresentou-se e deu-se início à atividade.

A atividade consistia num jogo de adivinhar o objeto através da aplicação de perguntas de resposta dicotómica (“sim” ou “não”). Foram explicadas as regras e a atividade decorreu com bastante participação por parte dos clientes, sendo necessário, de modo recorrente, lembrar os clientes sobre as regras e focalizar a sua atenção, para não ocorrer dispersões.

No fim da sessão lembrou-se os conceitos trabalhados na sessão e a importância de fazer as questões certas para se obter a resposta que necessitamos. Os clientes tiveram uma participação e uma adequação moderada, mas com limitações tanto nas habilidades sociais como na expressão de emoções.

Na terceira sessão, composta pela atividade (“Emoções e sentimentos”), foram trabalhados os domínios da autoconsciência, autogestão e consciência social. A mesma denotou-se ser menos apelativa para os clientes, estando somente três clientes. Discutiram-se os conceitos de autoconsciência, autogestão, emoções e sentimentos e, posteriormente, executou-se a atividade.

Devido ao embotamento afetivo dos clientes, explanado anteriormente, foi uma sessão pautada pela dificuldade em conseguir interação e colaboração por parte dos clientes.

A sessão consistia em lançar o dado que, em cada face, continha uma frase. Após o lançamento pegavam num papel dobrado que continha uma emoção. O cliente deveria responder à frase relacionada com a emoção escolhida.

Os clientes só conseguiram responder a emoções principais (tristeza e felicidade), demonstrando as suas dificuldades no reconhecimento das emoções. As outras emoções que constavam nos outros papéis foram explicadas e demonstradas através de expressões faciais e corporais.

Nesta sessão a participação, as habilidades sociais e a expressão de emoções estavam limitadas. Contudo, os clientes revelaram-se adequados na sua participação.

Na penúltima sessão a atividade envolvia o planeamento e concretização de um doce de Natal, com ênfase no domínio da tomada de decisão responsável. Esta sessão consistia em dois momentos: planeamento dos itens necessários para o doce de Natal e execução da receita.

Os cinco clientes demonstraram vontade em participar, tanto no primeiro momento, na realização da lista de ingredientes, de utensílios de cozinha necessários e revisão dos passos para a elaboração do doce, como no segundo momento, sendo que dividiram as tarefas entre si, para a execução do doce de Natal.

De um modo geral, nesta penúltima sessão, os clientes foram substancialmente participativos, moderadamente adequados, utilizaram moderadamente as suas habilidades sociais, mas com limitações na expressão de emoções.

Por fim, na última sessão, foi realizada uma sessão individual de heteroavaliação e avaliação, tanto dos conhecimentos, como do nível de competências socio emocionais e de motivação.

Os clientes adquiriram conhecimentos sobre o tema geral (competências socio emocionais), tendo mais dificuldade em recuperar a informação sobre os restantes assuntos. Relativamente à aquisição de competências socio emocionais, os clientes obtiveram resultados positivos nos indicadores de habilidades de interação social, tomada de decisão e comportamento de adesão. Estes resultados poderiam melhorar através de uma prática repetida, permitindo a aquisição de novas aprendizagens. Já na aquisição de motivação, os clientes adotaram um discurso mais motivado como: *“tenho de fazer isto por mim”* (sic) e tornaram-se mais proativos nas atividades de vida diária.

As várias intervenções, que visavam as diferentes categorias das competências socio emocionais, encontram-se alocadas à reabilitação psicossocial, uma vez que a mesma tem como propósito apoiar os indivíduos a atingir maior autonomia e qualidade de vida. Este tipo de intervenção permite a reintegração dos indivíduos na sociedade, focando-se no bem-estar dos mesmos e na participação ativa na sociedade (Soares, 2009).

De acordo com Soares (2009), não existe consenso na comunidade científica sobre a relação entre a motivação e a cognição. A autora afirma a existência de duas linhas de pensamento. Uma sugere que os défices motivacionais

influenciam o desempenho cognitivo (por exemplo, na atenção e na memória). Já a outra linha de pensamento é contrária à anterior, propondo que os défices cognitivos prejudicam a motivação (como, por exemplo, o facto de existir um prejuízo na memória de trabalho pode influenciar na capacidade de o indivíduo manter os objetivos ou possíveis recompensas em mente).

Deste modo, compreende-se a dificuldade dos clientes se motivarem. Mesmo assim, foi possível incentivar os clientes a fortalecer e estimular as suas habilidades sociais, através de atividades, desportos e jogos em grupo.

Durante o período de estágio tive, da mesma forma, a possibilidade de realizar uma avaliação holística dos clientes, elaborar planos de cuidados personalizados com base nessa mesma avaliação e executar sessões de psicoeducação relativamente ao regime terapêutico medicamentoso.

O estudo de caso realizado neste contexto teve como cliente um homem de 48 anos, acompanhado em consulta externa por Perturbação Esquizoafetiva. Encontrava-se em internamento involuntário por descompensação da patologia desde dia 18 de novembro, secundária a não adesão ao regime medicamentoso e *insight* diminuído.

No momento da entrevista clínica o cliente possuía *insight* total para a situação e patologia, com consciencialização sobre os fatores de exacerbação dos sintomas.

O cliente já teve vários internamentos anteriores, tendo como causa o incumprimento terapêutico. Como antecedentes clínicos e cirúrgicos pode nomear-se a hipertensão arterial, hipertrigliceridemia, sinusite e colecistectomia.

No exame mental averiguou-se que o contacto era fácil, com um comportamento adequado, humor eutímico, sem ideação suicida atual (de acordo com o Questionário de Ideação Suicida) e sem alterações na memória, orientação e percepção. Relativamente ao pensamento, este encontrava-se alterado na forma, apresentando um pensamento circunstanciado.

Tendo em conta o contexto, o cliente e toda a situação envolvente, os domínios tidos em conta incluíam a consciência, a comunicação verbal, o sistema respiratório e cardiovascular, a eliminação intestinal, o sono, o autoconceito, a percepção, a emoção, o pensamento, a memória, a autogestão do regime medicamentoso, o apetite e o desenvolvimento do adulto.

Para nomear diagnósticos, baseei-me na entrevista clínica, em instrumentos de avaliação (como o *Mini Mental State Exam*, Questionário de Ideação Suicida e Classificação dos Resultados de Enfermagem "Autoestima" e "Imagem corporal") e na observação do cliente no contexto onde se inseria.

No momento o cliente apresentava-se mais motivado para aderir ao regime terapêutico e criar uma rotina fora do internamento. Apesar de compreender as desvantagens do incumprimento do regime terapêutico, minimizava-os tendo em conta os benefícios de não aderir ao mesmo.

O cliente possui um significado dificultador da adesão ao regime terapêutico medicamentoso, uma vez que o cliente refere *"eu em casa sinto-me bem, por isso esqueço-me de tomar, também não vale a pena porque me causa efeitos secundários, maioritariamente na parte sexual"* (SIC).

Os diagnósticos de enfermagem prenderam-se com o domínio da autogestão do regime medicamentoso. O sucesso do regime medicamentoso encontra-se comprometido na maioria dos clientes com esquizofrenia, pois não ocorre adesão a este regime. A não-adesão à medicação antipsicótica encontra-se associada a um pior prognóstico, a maior número de recaídas e reinternamentos e, conseqüentemente, a um aumento na utilização dos recursos na área da saúde (Daltio et al., 2007; Morken et al., 2008).

Os diagnósticos identificados foram a "Autogestão do regime medicamentoso comprometida" e o "Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso".

Os objetivos destes diagnósticos centram-se na determinação da evolução da autogestão do regime medicamentoso, e na promoção da autogestão: regime medicamentoso.

De modo a dar resposta aos objetivos, as intervenções realizadas foram:

- Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso:
 - Posteriormente à alta do cliente, dado que no momento a gestão é realizada pelos enfermeiros do serviço.
- Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso;
- Assistir cliente a analisar o significado dificultador:
 - Apoiar na análise dos prós e contras para a mudança (balança da decisão) (Barroso, 2020);
- Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso:
 - Posteriormente à alta do cliente.
- Executar psicoeducação:
 - Esta intervenção permite uma mudança nos comportamentos face à adesão ao regime medicamentoso e à perceção que o cliente tem sobre a sua patologia (Vilar et al., 2019);
- Executar escuta ativa.

Para além das intervenções mencionadas anteriormente, o cliente integrou e participou nas intervenções relacionadas com as competências socio emocionais, obtendo resultados positivos relativamente às habilidades sociais e comportamento de adesão.

A conclusão do estudo de caso destaca a importância da adesão ao regime terapêutico no tratamento da perturbação esquizoafetiva. O cliente tem melhorado o seu *insight* durante o internamento e sente-se mais motivado para seguir o regime terapêutico medicamentoso, tendo resultados positivos relativamente ao significado que atribui aos efeitos secundários da medicação. As intervenções envolveram psicoeducação, escuta ativa e análise do significado dificultador atribuído ao regime medicamentoso. A evolução do

compromisso na autogestão do regime medicamentoso deverá ser monitorizada após a alta devido ao tempo diminuto de estágio, com o objetivo de diminuir o risco de recaídas e reinternamentos.

É de salientar, como profissional, a empatia e humanização dos cuidados prestados, o desenvolvimento de uma comunicação (verbal e não-verbal) eficaz, a evolução do pensamento crítico e de resolução de problemas, a flexibilidade e adaptabilidade relativamente a mudanças que surgiam e o desenvolvimento do meu conhecimento.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como objetivo desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista, definidas no Regulamento n.º 140/2019 e, cumulativamente, de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, estipuladas no Regulamento n.º 515/2018.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, “o perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

4.1. Competências comuns de enfermeira especialista

Segundo a OE (2015a), o “enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 2015a, p. 99).

As competências comuns de enfermeira especialista são idênticas a qualquer área especializada de enfermagem e assentam em quatro domínios (responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais).

Para a obtenção do título de especialista, tive a oportunidade de desenvolver um conjunto abrangente de competências comuns de enfermeira especialista durante os estágios. Estes permitiram-me aplicar conhecimentos teóricos na

prática, aprimorar competências clínicas e colaborar com equipas multidisciplinares, contribuindo assim para a formação e crescimento profissional na área da ESMP. O processo para a obtenção destas competências encontra-se descrito seguidamente.

4.1.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio é considerado que o enfermeiro especialista possui um “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, é esperado, através da aquisição da responsabilidade profissional, ética e legal, um conhecimento aprofundado no domínio ético-deontológico, na procura e avaliação das melhores práticas e, também, nas preferências do cliente.

A enfermagem rege-se por um Código Deontológico, sendo um conjunto de normas para a profissão, fortalecido pelos princípios da moral e direito. Este código, tendo em conta as características da profissão, define as boas práticas do enfermeiro, sendo um dever a cumprir (OE, 2015b). Posto isto, todas as minhas ações enquanto profissional e aluna foram alicerçadas pelo Código Deontológico.

O processo de tomada de decisão clínica é vital na prática de enfermagem (Campos & Graveto, 2009). Este processo é compreendido como um leque de decisões tomadas pelos profissionais de enfermagem, numa interação com o cliente (Tanner, 1987). Esta parceria é essencial, na medida em que ambas as partes trazem contributos distintos. Enquanto os profissionais de saúde são dotados de um conhecimento aprofundado sobre a área da saúde, o cliente é o conhecedor das suas crenças, valores e preferências (Campos & Graveto, 2009).

De acordo com o Código Deontológico, é um dever do profissional de enfermagem não discriminar, abster-se de juízos de valor e de respeitar e fazer respeitar as opções do cliente, sejam estas políticas, morais, religiosas, entre outras (OE, 2015b). Podemos, então, compreender a indiscutível inclusão dos clientes na tomada de decisão.

Em todos os contexto de estágio, assim como nos estudos de caso trabalhados, existiu uma relação terapêutica que possibilitou uma tomada de decisão em parceria com o cliente. Os diferentes contextos permitiram-me ter contacto com várias crenças e valores de clientes distintos. Para além disso, no contexto da unidade de serviço comunitário e na unidade de serviços diferenciados, tive também contacto com as famílias dos clientes, o que tornou os meus cuidados mais abrangentes e individualizados. Beaver e colaboradores (2007), referem que o cliente e a sua família devem receber os cuidados especializados, o apoio e a informação necessária para, deste modo, gerirem a situação de doença vivenciada.

O enfermeiro deve atender aos pedidos de informação, dado que é um direito do cliente e família, sendo esta informação na área dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro tem como dever “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015b, p. 73) e, também, informar sobre os recursos disponíveis para o cliente (OE, 2015b).

Relativamente à tomada de decisão em equipa, tive o privilégio de ser bem integrada em todas as equipas. Em todos os locais tive acesso a reuniões da equipa multidisciplinar, que facilitam uma tomada de decisão rica dado à diversidade de disciplinas em interação com o objetivo de encontrar uma solução (Vicente, 2011) viável para o cliente e a sua família. Pude conhecer e discutir estratégias adaptadas aos contextos que procuram ser facilitadoras na implementação das intervenções tidas como necessárias, fazendo assim parte da tomada de decisão da equipa.

Um aspeto bastante trabalhado em todos os estágios foi a comunicação, dado que é um fator que pode exercer influência na tomada de decisão.

Consequentemente, foi possível aprofundar a capacidade de adaptar a informação ao contexto e cliente, analisar, processar e recolher dados relevantes e diminuir as interferências individuais, sendo capacidades fundamentais no trabalho do enfermeiro (Nunes, 2007).

Deste modo, aliando à tomada de decisão em parceria com o cliente e equipa, todo o trabalho realizado e implementado teve uma base científica atualizada, orientada pela prática baseada em evidências. A prática baseada em evidências é um processo consciente, no qual o profissional utiliza a melhor e mais atual evidência científica para a tomada de decisão relativamente aos cuidados individuais do cliente (Atallah & Castro, 1998).

No fim de cada tomada de decisão existia sempre, da minha parte, uma reflexão que incluía o visitar do objetivo pretendido face às expectativas do cliente e à possibilidade da concretização do mesmo, de modo a desenvolver uma prática realista, adequada aos meios e à qualidade de vida a proporcionar ao cliente. Era, também, realizada a aferição dos resultados e do processo de avaliação, com vista à melhoria das minhas intervenções. Esta avaliação era partilhada com a equipa.

É importante referir que toda a informação recolhida durante os contextos clínicos foi considerada confidencial, partilhando a informação pertinente somente com os profissionais envolvidos nos cuidados. Durante todo o percurso académico, e de acordo com o Código Deontológico pelo qual me reajo enquanto profissional, mantive sempre o anonimato dos clientes usados para situações de ensino (OE, 2015b).

4.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (2001), descreve a qualidade como uma medida na qual os serviços de saúde

que são prestados aos indivíduos aumentam a probabilidade de obtenção dos resultados desejados e são consistentes com os conhecimentos mais atualizados dos profissionais.

Mais recentemente, o Despacho n.º 5613/2015, p. 13551, define qualidade em saúde “como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão”.

A OE (2001) definiu padrões de qualidade a serem exercidos pelos seus profissionais. Estes padrões conseguem refletir a “melhoria nos cuidados de enfermagem” (OE, 2001, p. 5), tal como reflete o próprio exercício profissional dos enfermeiros. Como padrões temos a satisfação, promoção, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado e readaptação funcional e, também, a organização dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

A excelência do exercício profissional de enfermagem também se encontra contemplada no Código Deontológico da profissão, no qual está descrito o dever do enfermeiro analisar periodicamente o seu trabalho, adequar as normas de qualidade à pessoa a quem presta cuidados, manter-se atualizado em termos de conhecimento, assegurar condições de trabalho que permita exercer a profissão com dignidade e autonomia, garantir a qualidade e assegurar a continuidade de cuidados e abster-se de exercer funções aquando de situações em que se encontre sob influência de substâncias que perturbem as suas faculdades (OE, 2015b).

Já de acordo com os padrões de qualidade, os enfermeiros devem ter um sistema de registos de enfermagem que englobe as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções. Para além disso é importante existir formação contínua para promover o desenvolvimento profissional e, conseqüentemente, da qualidade do exercício profissional, um rácio de enfermeiros congruente com as necessidades de cuidados de enfermagem, métodos de organização dos cuidados que objetivem

a promoção da qualidade e a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do seu exercício (OE, 2001).

Tendo em conta todos estes aspetos, em todos os contextos clínicos tive oportunidade de participar em reuniões periódicas com os enfermeiros, para transmissão de conhecimento mais atualizado sobre o tema desenvolvido e sobre outros focos de enfermagem direcionados a cada contexto (por exemplo autoconceito, emoção e memória).

As intervenções implementadas estiveram sempre fundamentadas por evidência científica atualizada e assente em investigação científica, sendo o objetivo primordial a obtenção de qualidade na prestação de cuidados.

As reuniões citadas anteriormente também tinham como propósito a análise e reflexão sobre os cuidados e intervenções implementadas, e os resultados das mesmas através do uso de indicadores e instrumentos adequados aos casos e focos trabalhados. A análise e reflexão permitia identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades e seleccionar estratégias, capacitando-me de flexibilidade na adaptação dos cuidados prestados de modo a satisfazer o cliente e atingirmos o objetivo proposto.

No fim de cada turno, eram efetuados os registos de enfermagem num sistema informático que permite um registo de enfermagem uniformizado, pertinente e adequado à continuidade de cuidados.

De acordo com Rodrigues e colaboradores (2012), os enfermeiros possuem autonomia para gerir o seu percurso de formação após a obtenção da licenciatura em enfermagem. A formação contínua estabelece uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, visando a melhoria da qualidade dos cuidados e um dever para com a profissão (Rodrigues et al., 2012).

Na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, é de salientar que, durante o percurso académico da aquisição de competências de EEESMP, pude atualizar também o meu conhecimento através de formações relevantes na área, como é o exemplo da formação “Identidade de Género” e do “IV Encontro do Núcleo de

Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM - ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL A PAR COM O FUTURO” (no qual foram abordados assuntos como a saúde mental integrada na comunidade, a identidade de género, as competências emocionais do cuidador da pessoa com esquizofrenia e a reestruturação cognitiva) (Anexo X). Estas formações permitiram maior consciencialização e conhecimento sobre assuntos pertinentes para a satisfação de necessidades dos clientes e as suas famílias.

Para além das formações, o aprofundar do conhecimento acerca das competências socio emocionais, propiciou o desenvolvimento das minhas próprias competências e que, de acordo com Sancho-Cantus e colaboradores (2023), é fundamental para a melhoria na qualidade dos cuidados que são prestados.

Relativamente à prestação de cuidados seguros, segundo Barroso (2013), a segurança do cliente deve considerar-se como um pilar na prestação de cuidados com qualidade. O EEESMP possui um papel crucial na segurança do cliente, podendo identificar e analisar situações que coloquem em risco a segurança, propor e aplicar soluções para essas situações, tendo como fundamento os padrões de boas práticas e evidência científica atual. Os riscos de segurança do cliente passam pelo risco de infeção, de reinternamento, de suicídio, de hétero ou autoagressão, de queda, de fuga (nos locais de internamento), de prestação insuficiente de cuidados de saúde, entre outros (Barroso, 2013). Posto isto, em todos os contextos de estágio tive a oportunidade de consultar normas e protocolos de serviço, observar os locais, as condições e a organização do trabalho e os processos clínicos, para me ambientar ao local e adequar o meu exercício profissional. Nas minhas ações tive sempre em conta os riscos associados, de modo que a minha prática fosse segura para o cliente e para mim.

4.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

Conforme descrito no Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista efetua a gestão dos cuidados, aprimorando as respostas de enfermagem e da equipa, assegurando a segurança e qualidade das tarefas delegadas. Soares (2017), afirma que o enfermeiro especialista é um elemento fundamental na conceção e gestão de cuidados que requerem maior complexidade.

Através do tema da gestão de cuidados, podemos abordar a dotação segura na área de enfermagem, dado que esta é crucial na adequação dos recursos de enfermagem existentes às necessidades dos clientes (Freitas, 2015). A dotação refere-se à quantidade e tipo de profissionais imprescindíveis para a prestação de cuidados a clientes. Já a dotação segura é definida como a disponibilidade de uma quantidade apropriada de profissionais providos de uma combinação apropriada de níveis de competência, com o objetivo de suprimir as necessidades de cuidados dos clientes (International Council of Nurses, 2006). Com isto, as dotações seguras “refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização” (International Council of Nurses, 2006, p. 6).

As dotações seguras nos cuidados de enfermagem, caso sejam implementadas, têm um impacto direto na eficácia e excelência das organizações, abrangendo uma gestão de recursos humanos e financeiros apropriada, a segurança dos clientes, a ocorrência e notificação de efeitos adversos, a promoção da saúde, a taxa de reinternamento. Resumindo, estabelecem-se padrões de qualidade de desempenho elevados e expectativas para a segurança dos clientes, implicando, da mesma forma, no bem-estar e satisfação dos profissionais (International Council of Nurses, 2006).

Nos locais de estágio foi possível observar que as dotações seguras não estavam a ser implementadas corretamente, sendo um aspeto geral no país (Neves, 2019). Segundo a mesma autora, o rácio de enfermeiros é inferior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

Económico, e existe discrepâncias na alocação de profissionais nos diferentes contextos de prestação de cuidados e regiões geográficas (Neves, 2019).

É possível, então, compreender a dificuldade na gestão dos recursos humanos, obrigando os enfermeiros especialistas a realizar trabalho do enfermeiro generalista e não permitindo o desenvolvimento da sua prática especializada.

Para além da equipa de enfermagem, em todos os contextos de estágio foi-me proporcionada a incorporação numa equipa multidisciplinar, incluindo médicos, técnicos sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros.

A equipa multidisciplinar é constituída por profissionais de várias áreas, com formações académicas distintas, trabalhando com um objetivo comum. A equipa torna-se vantajosa no sentido de promover uma ação clínica unificada tendo como base diferentes visões consoante a área do profissional (Vicente, 2011). Esta tipologia de equipa permite a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, possibilitando a comunicação entre os profissionais de diversas áreas. É imperativa a necessidade de os elementos da equipa compreenderem a diversidade da equipa, de reconhecer as competências e os conhecimentos de cada profissional, e tirar partido disso para benefício geral (Neves, 2012).

Durante a permanência nos diversos contextos de estágio integrei-me, de modo satisfatório, nas equipas multidisciplinares, facilitando a minha adaptação aos serviços e a minha aprendizagem. Através da integração nestas equipas, pude compreender a relevância das mesmas e reconhecer a existência dos diferentes papéis e funções dos membros da equipa.

Nas reuniões multidisciplinares ocorriam reflexões pertinentes acerca dos casos clínicos e o plano terapêutico mais vantajoso para o cliente. As intervenções implementadas pelos profissionais das diversas áreas tornavam-se complementos para o sucesso terapêutico.

Nestas reuniões pude contribuir com conhecimento mais atualizado na área que me propus trabalhar, prestando também assessoria aos colegas de profissão e

ao resto da equipa multidisciplinar. Assim, tive a oportunidade de disponibilizar contributos para a tomada de decisão em equipa.

4.1.4. Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Conforme Chalifour (2008) afirma, a relação terapêutica é fundamental na prestação de cuidados no âmbito da ESMP, dado que a recuperação do equilíbrio mental do indivíduo com sofrimento mental é fundamentada em relações interpessoais significativas. O desenvolvimento desta relação abrange os domínios técnicos e pessoais (Pontes et al., 2008, citado por Pereira & Botelho, 2014), sendo que o enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos teóricos e utiliza, também, as suas características pessoais como instrumentos terapêuticos (Pereira & Botelho, 2014).

De acordo com Akerjordet e Severinsson (2004), a aprendizagem emocional e o amadurecimento são essenciais para a competência como enfermeira especialista. Para além disso, associa-se também o caráter moral da mentalidade do enfermeiro especialista como elementar para uma prática clínica adequada.

Já Goleman (2011), afirma que quanto maior for o nosso autoconhecimento, melhor é a perceção da situação e, conseqüentemente, existirá mais segurança nas nossas ações. Neste domínio, pude consciencializar-me das mudanças ocorridas em todo este processo e do quão grande foi o meu desenvolvimento. Aprimorei o meu autoconhecimento, como pessoa e profissional, e amadureci emocionalmente, adquirindo mais competências socio emocionais.

O meu autoconhecimento, durante todo o percurso, facilitou a identificação de fatores passíveis de interferirem nas relações com os clientes e profissionais da equipa. Proporcionou uma melhor gestão de emoções e sentimentos para responder eficazmente, tanto nas intervenções implementadas, como nas

entrevistas clínicas e, também, permitiu a identificação das minhas idiossincrasias e autocontrolo das mesmas para ser possível a construção das relações terapêuticas.

A autoconsciência das minhas características, dos meus recursos e dos meus limites pessoais e profissionais favoreceram as relações terapêuticas estabelecidas nos contextos de estágio, permitindo-me ajustar consoante o cliente com o qual estabelecia a relação, sendo facilitadora do crescimento do cliente.

Relativamente à prática especializada, foram identificadas algumas áreas de conhecimento que necessitavam de melhoria e, nesse sentido, procurei colmatar as mesmas através de uma contínua procura de conhecimentos (em artigos científicos) atualizados, utilizando as tecnologias de informação e os métodos de pesquisa adequados à situação.

Dado o momento de aprendizagem, durante os estágios pude rentabilizar as minhas oportunidades, tomando sempre a iniciativa de análise das situações clínicas e esboçando um plano de cuidados individual e direcionado para o cliente, tendo sempre por base o conhecimento científico mais atual.

Deste modo, e para um melhor entendimento do meu desenvolvimento apresento, no quadro que se segue, as competências que foram adquiridas e/ou melhoradas em cada um dos contextos de estágio.

Quadro 4 – Aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista por contexto de estágio

Competências comuns do Enfermeiro Especialista		Contexto		
Domínio	Competência	Cuidados diferenciados	Internamento	Comunidade
Responsabilidade profissional, ética e legal.	Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	✓	✓	✓
	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	✓	✓	✓
Melhoria contínua da qualidade	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	✓	✓	✓
	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	✓	✓	✓
	Garante um ambiente terapêutico e seguro.	✓	✓	✓
Gestão dos cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	✓	✓	✓
	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	✓	✓	✓
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	✓	✓	✓
	Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.	✓	✓	✓

Legenda: ✓ – competência desenvolvida e adquirida

Assim sendo, o desenvolvimento das competências de um enfermeiro especialista compreende uma série de dimensões fundamentais para a prática clínica de qualidade.

A competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal destaca a importância de o enfermeiro agir de maneira ética e de acordo com os princípios do Código Deontológico, garantindo práticas que respeitem os direitos humanos e as escolhas dos clientes. A capacidade de tomar decisões em parceria com o cliente, considerando as suas crenças e valores, é essencial para uma prestação de cuidados personalizada e humanizada.

A melhoria contínua da qualidade, com base na prática fundamentada em evidências científicas, é determinante para garantir a eficácia e segurança dos cuidados. O envolvimento em reuniões multidisciplinares e a participação ativa na análise e reflexão sobre as intervenções realizadas demonstram o compromisso com a qualidade dos cuidados prestados e com a evolução da prática profissional.

A gestão eficaz dos cuidados é outro pilar indispensável, evidenciado pela otimização dos recursos humanos e a adaptação das intervenções às necessidades dos clientes e do contexto, assegurando a continuidade de cuidados seguros e de qualidade. A dotação segura, embora desafiadora em alguns contextos, é crucial para manter a excelência na prática de enfermagem.

Finalmente, o desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais, especialmente o autoconhecimento e as competências socio emocionais, é um fator incontornável para a construção de relações terapêuticas eficazes e para a gestão das emoções no ambiente clínico. A capacidade de se adaptar e aprimorar continuamente, tanto a nível profissional quanto pessoal, é essencial para o crescimento profissional e para a promoção de cuidados de saúde de qualidade. Ao longo do percurso académico e nos estágios realizados, pude observar o fortalecimento dessas competências, que se revelam fundamentais para o desempenho ético, seguro e de qualidade na prática de enfermagem especializada.

4.2. Competências específicas de enfermeira especialista na área de saúde mental e psiquiátrica

Com o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foi possível desenvolver as competências necessárias para me tornar EEESMP. De modo a ser possível compreender o meu processo de desenvolvimento de competências, dividi pelos itens identificados no Regulamento n.º 515/2018.

4.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

O tema desenvolvido no relatório permitiu-me adquirir várias habilidades que me tornaram competente a nível socio emocional. As competências socio emocionais são fundamentais para os profissionais de saúde dado que estes enfrentam situações críticas e de elevado *stress*, exigindo autocontrolo emocional e domínio de certas competências como a empatia e a escuta ativa (Dean et al., 2020; Guerrero et al., 2022; Kang et al., 2021; Prats-Armon et al., 2022).

As competências socio emocionais, quando bem desenvolvidas, aperfeiçoam a relação terapêutica e, conseqüentemente, o cliente adere ao tratamento e torna-se mais disponível para participar nas tomadas de decisão relacionadas com a sua doença e recuperação (Dean et al., 2020; Kang et al., 2021; Salas-Saavedra & Galiano Galvez, 2017).

Soeima (2021) afirma que o comportamento humano resulta da razão, enformado por aquilo que a pessoa pensa e pela emoção, motor da ação pelo que sentimos. Deste modo, surge a importância de os enfermeiros estarem

munidos de conhecimento científico e investirem nas suas competências emocionais, para uma melhor tomada de decisão. Estas competências nos profissionais de enfermagem, e a maneira como lidam com as suas emoções e sentimentos, tal como das pessoas a quem prestam cuidados, afetam a prática profissional.

O presente curso proporcionou a consciencialização sobre a minha pessoa enquanto veículo de transformação pessoal e como instrumento para a mudança do cliente. Concedeu-me competências para a atualização permanente do saber mais do que um conhecimento absoluto, proporcionou-me contato com a realidade, desenvolvendo em mim a capacidade de flexibilidade e adaptação às situações, permitindo-se perceber que o caminho não está concluído, tendo sempre algum conhecimento ou experiência a acrescentar.

Decorrendo o período de estágio, utilizou-se a estratégia de ensino “diário de aprendizagem/bordo/campo”, no qual é possível anotar observações e avaliações e expressar impressões, emoções e sentimentos. De acordo com Waldow (2005) citado por Soares e colaboradores (2011), este diário permitiu uma autorreflexão duradoura e o desenvolvimento das competências emocionais, para além da construção do pensamento crítico.

A realização deste diário instigou uma intensa reflexão, tanto a nível profissional como pessoal, dos meus conhecimentos, capacidades e ações, pessoais e profissionais. Regularmente realizava registos e, simultaneamente, executava uma introspeção, de modo a compreender, também, como é que as minhas características pessoais impactavam a relação terapêutica com os clientes.

Um dos aspetos com que me deparei durante o estágio de cuidados diferenciados, foi o fenómeno de contratransferência. Segundo Zambelli e colaboradores (2013), o fenómeno de contratransferência refere-se às respostas (conscientes e inconscientes) do profissional de enfermagem relativamente ao cliente, tendo como fundamento as suas experiências, emoções e vivências pessoais. A própria história de vida e sentimentos do enfermeiro interfere na relação terapêutica. Deste modo, o autoconhecimento é essencial para melhorar

a qualidade da relação terapêutica, favorecer o crescimento pessoal e profissional e, também, contribuir para uma prestação de cuidados mais eficaz e empático.

Antes de ser profissional, passo por ser um ser humano, com um conjunto de crenças, valores, opiniões, emoções, sentimentos e, acima de tudo, com uma história de vida anterior ao momento presente. Ter a consciência e reconhecer toda esta panóplia de particularidades, permite-me trabalhar internamente e evoluir, de modo a não influenciar a qualidade dos cuidados prestados.

No caso, pelo facto de ser mãe, foi mais complicado gerir as minhas emoções quando me deparei com o estado clínico de alguns clientes e como os comportamentos familiares podem influenciar o estado dos mesmos. Como foi algo que detetei ainda no início das interações, foi algo que fui lapidando de modo que não tivesse qualquer impacto na relação terapêutica.

Posto isto, as clientes e a família encontram-se num momento de grande vulnerabilidade, sendo imperativo ter uma postura de escuta ativa, com empatia, mantendo a distância emocional necessária para garantir que a prestação de cuidados não extravasasse a área profissional.

Já no contexto comunitário, durante as sessões foi necessário executar a escuta ativa, dada as emoções intensas que os cuidadores expressavam. Nesses momentos, foi perceptível a capacidade que se teve para criar um espaço seguro e acolhedor para os cuidadores terem a oportunidade de expressarem as suas emoções, nunca perdendo a objetividade das sessões.

Em regra, no decorrer do curso de mestrado, demonstrei uma evolução sobre a necessidade de ter uma consciência crítica constante sobre as minhas ações, decisões e o impacto que estas possuem na relação e processo terapêutico. Com esta evolução pude tornar o processo intrínseco à minha prática profissional.

A definição dos limites da relação profissional é indispensável para clarificar o meu papel como enfermeira, a minha disponibilidade e, também, os objetivos da

relação e da prestação de cuidados. Em todas as relações os limites foram definidos com os clientes, tendo sido necessário maior reforço nos clientes adolescentes, devido a ser um elemento externo ao serviço e ter uma idade mais aproximada que os outros profissionais. Após o fortalecimento desses limites, os clientes respeitaram o meu papel como profissional.

Em todos os contextos e interações tive a percepção clara de que as reações e ações corporais e emocionais, de um modo geral a comunicação não-verbal, tem uma grande influência nas relações terapêuticas.

A comunicação não-verbal é definida como a comunicação através de envio e receção de mensagens, sem utilizar a fala (Freixo, 2011, citado por Chaves, 2015). Mais de metade da comunicação, durante uma interação, é realizada pela comunicação não-verbal, que auxilia os indivíduos na expressão das suas emoções, sentimentos e pensamentos. Este tipo de comunicação pode transmitir mensagens díspares da comunicação verbal, sendo que, nesse caso, a mensagem que prevalece é a mensagem não-verbal (Chaves, 2015).

Compreendendo a influência da mesma, tendo em conta a investigação científica do tema e a prática clínica, a comunicação não-verbal foi bastante aprofundada, refletida e trabalhada, de modo a criar cada vez mais relações terapêuticas eficazes e, também, conseguir perceber a comunicação não-verbal dos clientes.

Esta competência é, deveras, a mais basilar para qualquer relação terapêutica e intervenção, pois permite-nos aprofundar o nosso autoconhecimento para melhorar a nossa prática clínica, sendo um trabalho permanente, na procura da evolução como pessoa e profissional.

A integração de fatores como a razão, a emoção, o autoconhecimento e a empatia contribui para uma abordagem humanizada e eficaz no cuidado ao cliente, estabelecendo uma relação terapêutica sólida e de confiança. A reflexão contínua permite uma constante evolução, promovendo uma prática mais consciente e alinhada com os valores de cada profissional. O reconhecimento

da influência das emoções e da comunicação não-verbal nas interações com os clientes fortalece a capacidade de atender às suas necessidades de modo empático e eficaz. Assim, a construção contínua destas competências é fundamental para garantir uma assistência de saúde de qualidade, adaptada às diversas situações e desafios que surgem na prática clínica.

4.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

Os contextos de estágio escolhidos permitiram-me atuar numa larga fase do ciclo de vida, desde a fase da adolescência até à fase do envelhecimento, o que me permitiu uma larga experiência e intervenção, com a necessidade de adaptação a cada cliente tendo em conta a fase de vida em que se encontrava.

Durante este ciclo, existem determinantes que influenciam a nossa saúde mental. Estes dividem-se em positivos, sendo eles os fatores sociais (educação, o estatuto socioeconómico, a habitação, o apoio social, a discriminação, adversidades que possam ocorrer na infância, as condições da zona habitacional, a facilidade de acesso a cuidados de saúde, entre outros), os fatores individuais (como, por exemplo, a personalidade e competências de vida positivas, emoções e sentimentos positivos, realização de atividade física e mental e alimentação saudável) e fatores relacionais (como as relações sociais positivas e comunicação adequada) (Kirkbride et al., 2024, Macedo et al., 2012).

Quando estes determinantes positivos se encontram com défices, podem tornar-se determinantes que influenciam negativamente a saúde mental, podendo acrescentar os eventos stressantes e situacionais, como mortes, desempregos e divórcios (Macedo et al., 2012).

Os determinantes sociais contribuem para as dissemelhanças de saúde mental dentro e entre comunidades (Kirkbride et al., 2024). Portanto, compreende-se a

importância de, na avaliação global realizada através da entrevista clínica, abordar o contexto social e o percurso de vida dos clientes, para perceber determinantes sociais que possam ter impacto na saúde mental dos clientes, dado que está comprovado cientificamente de que as nossas circunstâncias de vida se encontram relacionadas com o risco de desenvolver qualquer tipo de doença mental (WHO, 2022, citado por Kirkbride et al., 2024).

A avaliação incluía, também, a avaliação das respostas dos indivíduos às situações de saúde mental, as suas necessidades, as suas capacidades internas (caraterísticas mentais e emocionais), os recursos externos (por exemplo o apoio familiar, rede de amigos, rede de profissionais de saúde) e a avaliação do impacto da doença mental na qualidade de vida.

Na unidade de serviços diferenciados pude observar os sintomas das condições clínicas e o impacto destas na qualidade de vida dos clientes, como é que os adolescentes lidavam com a fase de vida em que se encontravam. No caso dos clientes com PCA, os domínios cruciais de avaliação são o autoconceito, envolvendo a autoimagem e autoestima (Pelc et al., 2023) e a emoção, uma vez que as mesmas possuem estratégias desadaptativas de gestão de emoções (Lavender et al., 2015).

Já na unidade de serviço comunitário tive a oportunidade de realizar entrevistas clínicas tanto a clientes com demência como aos seus cuidadores. A avaliação de clientes com demência envolvia a parte clínica, com a observação dos sintomas cognitivos e comportamentais, mas também a parte mental, de como os mesmos respondem e se adaptam à perda das suas capacidades, à alteração da sua identidade e à dependência progressiva, assim como o impacto da doença na sua qualidade de vida. A avaliação dos cuidadores englobava a repercussão da prestação de cuidados no seu bem-estar físico e mental, a identificação da sobrecarga dos mesmos e de sinais de algum problema mental como, por exemplo, depressão. Os domínios maioritariamente avaliados foram a memória e a emoção. Nesta unidade, integrei, também, um programa de apoio e psicoeducação para os cuidadores, promovendo o empoderamento dos mesmos e a diminuição da sua sobrecarga.

Por fim, na unidade de internamento hospitalar, a avaliação dos clientes com esquizofrenia abrangia os sintomas, o impacto da doença na qualidade de vida e autonomia dos indivíduos e as estratégias de *coping* utilizadas para gerir a doença. Os domínios avaliados abrangiam o pensamento, a emoção e a percepção. Dada a importância de melhorar a qualidade de vida destes indivíduos e a sua inserção eficaz na comunidade, as intervenções foram do âmbito da reabilitação psicossocial, promovendo habilidades importantes na vida diária dos clientes.

As minhas intervenções durante os vários contextos de estágio conseguiram dar resposta aos determinantes de saúde mental abordados e ao domínio transversalmente avaliado (emoção), uma vez que as mesmas trabalhavam as competências socio emocionais, desenvolvendo e evoluindo as habilidades dos indivíduos gerirem as suas emoções, possuírem relações interpessoais satisfatórias e conseguirem tomar decisões responsáveis.

4.2.3. 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

Durante o meu percurso, pude realizar várias entrevistas clínicas. Foi através destas que consegui executar um planeamento de cuidados adequado aos clientes. Nestas entrevistas identifiquei os diagnósticos individualizados, de acordo com os problemas e necessidades do cliente que se encontrava perante mim e realizei planos de cuidados individualizados aplicando os sistemas de taxionomia preconizados pela OE. Tendo em conta os planos elaborados, também em parceria com outros profissionais (como psiquiatras e psicólogos), pude intervencionar e acompanhar a evolução através da avaliação constante dos domínios identificados.

Na unidade de serviços diferenciados, a generalidade dos clientes possuía necessidades emocionais com estratégias desadequadas que, conseqüentemente, provocaram comportamentos nefastos na saúde dos mesmos. No serviço comunitário, existia desinformação dos cuidadores quanto à psicopatologia das pessoas cuidadas, sendo a psicoeducação uma necessidade urgente. Por fim, na unidade de internamento hospitalar, a necessidade mais comum era a de interação, devido à falta de apoio e rede familiar/social.

A passagem por vários contextos de estágio desenvolveu a minha capacidade de identificar apresentações típicas e atípicas de doenças mentais, dado as patologias em contacto (PCA, vários tipos de demência e esquizofrenia). As duas primeiras patologias mencionadas também foram relevantes para conseguir diferenciar os estados fisiológicos e perturbações orgânicas de alterações específicas da doença mental. Nos clientes com PCA, por vezes foi necessário distinguir se as alterações clínicas estavam associadas, ou não, à patologia mental. Na demência, uma das alterações que ocorria frequentemente era a comportamental. Esta alteração pode fazer parte do quadro clínico das infeções do trato urinário (Heilberg & Schor, 2003), daí a necessidade de investigar as alterações ocorridas antes de presumir uma evolução do quadro clínico da doença mental.

Na unidade de internamento hospitalar era requerido competências de distinção de exacerbação da patologia ou o surgimento de novas patologias. Deste modo, foi fundamental reconhecer os sintomas e quadro clínico, para compreender se ocorria uma exacerbação da doença identificada ou se estava a surgir uma nova condição como, por exemplo, efeitos colaterais de medicação antipsicótica. Nesta unidade era igualmente essencial identificar condições que decorrem das doenças mentais, como a obesidade e a diabetes, derivada da medicação antipsicótica (Abreu et al., 2000).

Durante o contexto de estágio nas unidades de serviços diferenciados e internamento hospitalar pude ter contacto com clientes com elevado risco de suicídio, sendo possível realizar uma avaliação do risco e identificar possíveis

sinais de alerta de comportamento autolesivo e redobrar a atenção relativamente a materiais potencialmente letais.

Este percurso foi fundamental para aprimorar as minhas competências na avaliação e intervenção em doenças mentais, exigindo uma abordagem atenta e detalhada na monitorização do estado de saúde dos clientes.

4.2.4. 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

As competências socio emocionais podem provocar doenças mentais, como descrito no capítulo “Evidências atuais sobre as competências socio emocionais e a sua relação com a motivação”. Tendo em conta este aspeto, é crucial a elaboração de intervenções e projetos que desenvolvam estas competências.

No âmbito da unidade de serviços diferenciados e de serviço comunitário, a intervenção permitiu realizar psicoeducação sobre o tema e como o desenvolvimento das categorias da autoconsciência e autogestão podem prevenir doenças mentais como PCA, depressão, entre outras.

Relativamente ao contexto de internamento hospitalar, após criar uma relação terapêutica baseada na escuta ativa e empatia, identifiquei a necessidade de trabalhar na adesão ao regime terapêutico medicamentoso, pois os clientes não aderiam devido à falta de informação sobre os efeitos secundários da medicação. Através da autoconsciência das emoções, pensamentos e ações dos indivíduos, os mesmos consciencializaram-se de como os sintomas da doença afetavam a sua qualidade de vida e do impacto positivo do tratamento farmacológico na sua rotina diária e nos sintomas.

Estes clientes também sentiam necessidade de abordar a sexualidade porque, de acordo com Miranda (2023), os antipsicóticos alteram a resposta sexual dos indivíduos, ocorrendo a disfunção sexual.

Relativamente às intervenções aplicadas, relacionadas com as competências socio emocionais, estas podem ser incluídas na psicoeducação (dado que é prestado conhecimento relativamente a estas competências e os seus domínios e, também, à motivação), na socio terapêutica (pois são intervenções em grupo que podem exemplificar situações familiares ou sociais) e reabilitação psicossocial (permitindo desenvolver o seu potencial máximo de funcionamento independente e, conseqüentemente, introduzir-se eficazmente na comunidade).

Já nos planos de cuidados individualizados, pude executar outras intervenções psicoterapêuticas, como a relação de ajuda, a reestruturação cognitiva, a intervenção psicoterapêutica promotora do processo familiar, a estimulação cognitiva e, também, a psicoeducação. Todo o trabalho desenvolvido teve em conta a disponibilidade dos clientes para aprender, adequando as intervenções de acordo com a situação e os clientes visados.

Deste modo, e para uma melhor compreensão do meu desenvolvimento apresento, no quadro que se segue, as competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que foram adquiridas e/ou melhoradas em cada um dos contextos de estágio.

Quadro 5 – Aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica por contexto de estágio

Competências comuns do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica		Contexto		
Domínio	Competência	Cuidados diferenciados	Internamento	Comunidade
Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	✓	✓	✓
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.	Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.			✓
	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.	✓	✓	✓
	Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.	✓	✓	✓
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.	Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.	✓	✓	✓
	Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.	✓	✓	✓

Competências comuns do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica		Contexto		
Domínio	Competência	Cuidados diferenciados	Internamento	Comunidade
	Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.			✓
	Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.	✓	✓	✓
	Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.	✓	✓	✓
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.	Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.	✓	✓	✓
	Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.	✓	✓	✓
	Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.	✓	✓	

Legenda: ✓ – competência desenvolvida e adquirida

Em jeito de conclusão, através da reflexão contínua e do autoconhecimento, fui capaz de aprimorar a minha capacidade de lidar com as emoções e de aplicar

habilidades como a escuta ativa, empatia e gestão emocional, essenciais para uma prática terapêutica eficaz.

Além disso, a interação com clientes em diversas fases do ciclo de vida e com diferentes necessidades de saúde mental, possibilitou a adaptação das abordagens de cuidados e a criação de intervenções psicoterapêuticas personalizadas, tendo em vista a promoção do bem-estar e recuperação.

A experiência em múltiplos contextos de estágio proporcionou uma compreensão holística das dinâmicas familiares, sociais e individuais que influenciam a saúde mental, permitindo-me integrar práticas de psicoeducação, reabilitação psicossocial e apoio psicoterapêutico.

5. CONCLUSÃO

O presente relatório visa uma descrição detalhada do percurso de desenvolvimento de competências especializadas em ESMP. Apesar de terminado o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o percurso e aprendizagem enquanto profissional especializada está a começar.

Foi uma trajetória com altos e baixos, várias aprendizagens e, essencialmente, um autoconhecimento que antes não existia. O presente curso permitiu-me crescer como pessoa e como profissional.

Os objetivos traçados (aquisição das competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de ESMP e a promoção do conhecimento e da capacidade relacionadas com as competências socio emocionais e a motivação dos clientes) foram alcançados.

Foi possível, durante a frequência dos estágios, com a partilha de conhecimento e experiência dos tutores e professoras orientadoras, desenvolver e adquirir as competências necessárias, fortalecer o meu conhecimento na área das competências socio emocionais e na motivação e, com a execução das intervenções, produzir ganhos em saúde mental nos clientes. A supervisão da escola foi fulcral para articular o conhecimento e elucidar-nos sobre a viabilidade da integração da teoria na prática, desde que haja uma motivação intrínseca do enfermeiro para a aprendizagem contínua. Esta interdependência entre o conhecimento científico e a experiência prática depende da disposição do enfermeiro em consolidar o seu conhecimento, de modo a enriquecer as suas intervenções e oferecer cuidados de máxima qualidade.

Através da análise do tema houve consciencialização dos benefícios que esta temática tem no âmbito da saúde mental, não só internamente (através da autoconsciência e autogestão), mas também a nível interpessoal (através da competência relacional e consciência social). É um tema que tem uma variedade de domínios e tópicos a trabalhar, pode ser promovido em qualquer fase do ciclo

vital e dá resposta a um largo número de diagnósticos (como humor depressivo, ansiedade, comportamento destrutivo e aditivo, entre outros).

Relativamente aos resultados obtidos, de um modo geral houve uma consciencialização do tema, aumento de conhecimento, das competências e, de igual modo, da motivação intrínseca dos clientes. No contexto comunitário denotou-se um aumento da autoconsciência e autogestão das emoções, pensamentos e comportamentos.

Como aspetos a trabalhar tendo em vista a melhoria, releva-se o desenvolvimento de projetos que trabalhem as competências socio emocionais e a motivação, dado serem imprescindíveis para a promoção e prevenção de doenças mentais.

A criação, desenvolvimento, aplicação e avaliação das várias intervenções não teve um caminho linear. De salientar a diminuta motivação de alguns clientes, a complexidade das relações terapêuticas, o tempo escasso de estágio que se encontra dividido em dois momentos, a conjugação da vida profissional, pessoal e académica e a dificuldade em encontrar literatura relacionada ao tema, dado ser muito abrangente e pouco específica. Retira-se destas dificuldades, a possibilidade de realizar reflexões e introspeções, que promovem o crescimento e desenvolvimento como pessoa e profissional.

Após a elaboração deste relatório, desenvolveu-se um interesse genuíno por esta área, impulsionando a vontade de aprofundar e criar conhecimento, bem como de investir no desenvolvimento de projetos voltados para a sua aplicação prática.

Em relação ao curso, a exigência imposta ao longo da formação permitiu-nos ambicionar e, conseqüentemente, alcançar um nível superior de desenvolvimento, resultando na produção de um relatório que reflete um elevado conhecimento teórico, aliado às intervenções e práticas seguras e eficazes, o que, sem dúvida, contribui para a nossa evolução enquanto profissionais.

No entanto, no intuito de aprimorar a experiência académica, sugere-se uma gestão de tempo mais eficaz, permitindo uma integração harmoniosa entre a teoria e a prática. A sobreposição de ambas as vertentes, dificulta a conciliação com outras responsabilidades, como o emprego e a vida pessoal dos alunos.

Além disso, seria benéfico reavaliar a distribuição das horas de estágio, com o objetivo de evitar a interrupção das rotinas estabelecidas, preservando a continuidade da relação terapêutica e permitindo o desenvolvimento de projetos menos concisos e mais lapidados e profundos, que potencializem os resultados alcançados.

Por fim, agradecer os momentos positivos deste percurso, com os profissionais e professores que tivemos o prazer de trabalhar e os clientes, que nos permitiram desenvolver as competências necessárias para ser EEESMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abed, A. L. Z. (2016). O desenvolvimento das habilidades socioemocionais como caminho para a aprendizagem e o sucesso escolar de alunos da educação básica. *Construção psicopedagógica*, 24(25), 8-27. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v24n25/02.pdf>

Abreu, P. B., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2000). Prevenção e tratamento de efeitos adversos de antipsicóticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. I), 41-44. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000500014>

Academic Social and emocional Learning. (2015). CASEL guide: Effective social and emotional learning programs: Middle and High School Edition. <https://static1.squarespace.com/static/5532b947e4b0edee99477d27/t/5d0948b6a78e0100015f652f/1560889545559/CASEL+Secondary+Guide+2015.pdf>

Addington, J., Saeedi, H., & Addington, D. (2006). Facial affect recognition: a mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophrenia Research*, 85(1-3), 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.03.028>

Aebi, M., Giger, J., Plattner, B., Metzke, C. W., & Steinhausen, H. C. (2014). Problem coping skills, psychosocial adversities and mental health problems in children and adolescents as predictors of criminal outcomes in young adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 283–293. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0458-y>

Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International journal of mental health nursing*, 13(3), 164–170. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2004.0328.x>

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>

Albuquerque, V. T. S., & Aguiar, C. R. L. (2024, novembro). A importância do desenvolvimento socioemocional na educação infantil [Publicação]. Anais do X CONEDU, Brasil.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

Alvarenga, P. A., Weber, L. N. D., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socio emocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 4-21. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.827>

Alzina, R.B. (2021). *Atividades para o desenvolvimento da inteligência emocional nas crianças*. Arteplural.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores.

Amorim, F. A., Giorgion, M. C. P., & Forlenza, O. V. (2017). Social skills and well-being among family caregivers to patients with Alzheimer's disease. *Archives of Clinical Psychiatry*, 44(6), 159-161. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000143>

Appel-Silva, M., Wendt, G. W., & Argimon, I. I. L. (2010). A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. *Psicologia em Revista*, 16(2), 351-369. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v16n2/v16n2a08.pdf>

Asher, L., Fekadu, A., & Hanlon, C. (2018). Global mental health and schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, 31(3), 193–199. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000404>

Atallah, Á. N., & Castro, A. A. (1998). *Evidências para melhores decisões clínicas*. Centro Cochrane Brasil.

Authier, J. (1977). The Psychoeducation Model: Definition, contemporary roots and content. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 12(1), 15-22.

Barbosa, D., & Melo-Silva, L. L. (2023). Programas de intervenção em habilidades e competências socioemocionais: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Pesquisa*, 17(2), 1-34. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2023.v17.34379>

Barbosa, D., Melo-Silva, L. L., & Lessa, J. P. A. (2023). Habilidades Socioemocionais: Efeitos de uma intervenção em educação para a carreira. *Psicologia: Teoria e Prática*, 25(3), ePTPPE14759. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPPE14759.pt>

Barch, D. (2005). The Relationships Among Cognition, Motivation, and Emotion in Schizophrenia: How Much and How Little We Know. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 875-881. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi040>

Barker, W. W., Luis, C. A., Kashuba, A., Luis, M., Harwood, D. G., Loewenstein, D., Waters, C., Jimison, P., Shepherd, E., Sevush, S., Graff-Radford, N., Newland, D., Todd, M., Miller, B., Gold, M., Heilman, K., Doty, L., Goodman, I., Robinson, B., Pearl, G., ... Duara, R. (2002). Relative frequencies of Alzheimer disease, Lewy body, vascular and frontotemporal dementia, and hippocampal sclerosis in the State of Florida Brain Bank. *Alzheimer disease and associated disorders*, 16(4), 203–212. <https://doi.org/10.1097/00002093-200210000-00001>

Barros, J. D. (2017). *O projeto de pesquisa em história. De escolha do tema ao quadro teórico*. Editora Vozes Limitada.

Barroso, D. E. (2013). *Gestão de Risco em Saúde Mental*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/15945>

Basch, C. H., Hillyer, G. C., & Jaime, C. (2020). COVID-19 on TikTok: harnessing an emerging social media platform to convey important public health messages.

International journal of adolescent medicine and health, 34(5), 367–369.
<https://doi.org/10.1515/ijamh-2020-0111>

Beauchamp, M. H., & Anderson, V. (2010). SOCIAL: An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136(1), 39–64.
<https://doi.org/10.1037/a0017768>

Beaver, K., Craven, O., Witham, G., Tomlinson, M., Susnerwala, S., Jones, D., & Luker, K. A. (2007). Patient participation in decision making: views of health professionals caring for people with colorectal cancer. *Journal of clinical nursing*, 16(4), 725–733. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01587.x>

Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex. *Cerebral Cortex*, 10(3), 295–307.
<https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295>

Botega, N. J. (2006). Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências. In N. J. Botega, *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 17-34). Artmed.

Bouso, R. S., Merighi, M. A. B., Rolim, M. A., Riesco, M. L. G., & Angelo, M. (2000). Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(2), 218 – 225.
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Yfy59mX5W9VTt6FtpNJrhHh/?lang=pt&format=pdf>

Caballo, V. E. (2007). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Transtornos Psicológicos*. Siglo XXI Editores S.A.

Campos, D. C. F., & Graveto, J. M. G. N. (2009). Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 1065-1070.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600021>

Carvalho, S. M. G. A. (2023). *A influência do Tik Tok na imagen corporal das adolescentes portuguesas*. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica

Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto.
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/43699/1/203475518.pdf>

Casado, D. B. (2019). *A intervenção psicomotora na promoção de competências socioemocionais em adultos com perturbações psiquiátricas em contexto socio ocupacional*. (Tese de mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.5/20073>

Casassús, J. (2009). *Fundamentos da educação emocional*. Unesco.

Casper, R. C., & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *The International journal of eating disorders*, 30(3), 338–342.
<https://doi.org/10.1002/eat.1093>

Cerutti, R., Zuffianò, A., & Spensieri, V. (2018). The Role of Difficulty in Identifying and Describing Feelings in Non-Suicidal Self-Injury Behavior (NSSI): Associations With Perceived Attachment Quality, Stressful Life Events, and Suicidal Ideation. *Frontiers in psychology*, 9, 318.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00318>

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta

Chaves, L. V. (2015). *A influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/1822/42084>

Chien, H. C., Ku, C. H., Lu, R. B., Chu, H., Tao, Y. H., & Chou, K. R. (2003). Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(5), 228–236.
[https://doi.org/10.1016/s0883-9417\(03\)00095-5](https://doi.org/10.1016/s0883-9417(03)00095-5)

Claes, L., Jiménez-Murcia, S., Santamaría, J. J., Moussa, M. B., Sánchez, I., Forcano, L., Magnenat-Thalmann, N., Konstantas, D., Overby, M. L., Nielsen, J., Bults, R. G., Granero, R., Lam, T., Kalapanidas, E., Treasure, J., & Fernández-

Aranda, F. (2012). The facial and subjective emotional reaction in response to a video game designed to train emotional regulation (Playmancer). *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 20(6), 484–489. <https://doi.org/10.1002/erv.2212>

Coelho, C. M., & Palha, A. P. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. CLIMEPSI.

Collie, R. J. (2019). The development of social and emotional competence at school: An integrated model. *International Journal of Behavioral Development*, 44(1), 1-12. <https://doi.org/10.1177/0165025419851864>

Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. CNS.

Cottagiri, S. A., & Sykes, P. (2019). Key health impacts and support systems for informal carers in the UK: A thematic review. *Journal of Health and Social Sciences Advance Online Publication*, 4(2), 173–198. https://journalhss.com/wp-content/uploads/jhss42_173-198.pdf

Cruz, B. F., Salgado, J. V., Rocha, F. L. (2010). Associações entre déficits cognitivos e qualidade de vida na esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(5), 233-239. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000500009>

Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 229–240.

Custers, R., & Aarts, H. (2005). Positive affect as implicit motivator: on the nonconscious operation of behavioral goals. *Journal of personality and social psychology*, 89(2), 129–142. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.2.129>

Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W., & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family

functioning?. *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 135-139.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.024>

Danner, U. N., Evers, C., Stok, F. M., van Elburg, A. A., & de Ridder, D. T. (2012). A double burden: emotional eating and lack of cognitive reappraisal in eating disordered women. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 20(6), 490–495. <https://doi.org/10.1002/erv.2184>

Davis, H. A., Kells, M. R., Roske, C., Holzman, S., & Wildes, J. E. (2023). A reflexive thematic analysis of #WhatIEatInADay on TikTok. *Eating Behaviors*, 50, 101759. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101759>

De, S., & Chatterjee, I. (2024). Mental Health in Relation to Emotional Competence and Self Efficacy among Under Graduate Students. *The International Journal of Indian Psychology*, 12(3), 2413-2419. <https://ijip.in/wp-content/uploads/2024/09/18.01.234.20241203.pdf>

Dean, S., Halpern, J., McAllister, M., & Lazenby, M. (2020). Nursing education, virtual reality and empathy?. *Nursing open*, 7(6), 2056–2059. <https://doi.org/10.1002/nop2.551>

Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. Plenum.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1990). A motivational approach to self: integration in personality. *Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation*, 38, 237–288.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2001). Psychology of Intrinsic Motivation. In J. D. Wright, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 7886–7888). Elsevier.

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. Diário da República, n.º 102/2015. Série II. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Di Lodovico, L., Hamelin, H., DeZorzi, L., Tezenas du Montcel, C., Schéle, E., Stoltenborg, I., Adan, R., Dickson, S., Gorwood, P., Tolle, V., & Viltart, O. (2024). What influences food choices in anorexia nervosa? Disentangling cognitive and emotional components of decision-making by translational research. *Neuroscience Applied*, 104080. <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2024.104080>

Dixit, U. (2020). *Eating Regulation Within the Context of Self-Determination Theory*. (Tese de mestrado, Universidade do Minnesota). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/11299/213832>

Domitrovich, C. E., Durlak, J. A., Staley, K. C., & Weissberg, R. P. (2017). Social-Emotional Competence: An Essential Factor for Promoting Positive Adjustment and Reducing Risk in School Children. *Child development*, 88(2), 408–416. <https://doi.org/10.1111/cdev.12739>

Dos Santos, E. R. P., Coelho, J. C. F., 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(1), 520. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05010-5>

Duclos, M., Ouerdani, A., Mormède, P., & Konsman, J. P. (2013). Food restriction-induced hyperactivity: addiction or adaptation to famine?. *Psychoneuroendocrinology*, 38(6), 884–897. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.09.012>

Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B., & Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: a comparison of family members' perceptions. *Eating and weight disorders: EWD*, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.1007/BF03325038>

Enax, L., & Weber, B. (2016). Neurobiology of food choices—between energy homeostasis, reward system, and neuroeconomics. *e-Neuroforum*, 7, 13–22. <https://doi.org/10.1007/s13295-015-0020-0>

Escoda, N. P., & Guiu, G. F. (2019). Educación emocional para el desarrollo de competências emocionales en niños y adolescentes. *Praxis & Saber*, 10(24), 23–44. <https://doi.org/10.19053/22160159.v10.n25.2019.8941>

Evans, R., Murphy, S., & Scourfield, J. (2015). Implementation of a school-based social and emotional learning intervention: understanding diffusion processes within complex systems. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 16(5), 754–764. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0552-0>

Ferraro, F. R., Andres, M., Stromberg, L., & Kristjanson, J. (2003). Processing fat-related information in individuals at risk for developing an eating disorder. *The Journal of psychology*, 137(5), 467–475. <https://doi.org/10.1080/00223980309600628>

Ferré-Grau, C., Rodero-Sánchez, V., Cid-Buera, D., Vives-Relats, C., & Aparicio-Casals, M. (2011). *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria*. Publidisa.

Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel.

Freeman, E., Wertheim, E. H., & Trinder, M. (2014). Teacher perspectives on factors facilitating implementation of whole school approaches for resolving conflict. *British Educational Research Journal*, 40(5), 847–868. <https://www.jstor.org/stable/43297619>

Freitas, M. J. (2015). *Dotação segura para a prática de enfermagem: um contributo para a gestão de unidades de saúde*. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa) Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/20702>

Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion*, 27, 199-223. <https://doi.org/10.1023/A:1025007614869>

García-Alberca, J. M., Cruz, B., Lara, J. P., Garrido, V., Lara, A., & Gris, E. (2012). Anxiety and depression are associated with coping strategies in caregivers of Alzheimer's disease patients: results from the MÁLAGA-AD study. *International psychogeriatrics*, 24(8), 1325–1334. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002948>

Gázquez, J. J., Pérez Fuentes, M. del C., Molero, M. del M., & Mercader, I. (2015). Inteligencia emocional y calidad de vida del cuidador familiar de pacientes con demencia. *Revista De Comunicación Y Salud*, 5(1), 1–15. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2015.5\(1\).1-15](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2015.5(1).1-15)

Goldenring, J.M., & Rosen, D.S. (2004). Getting into adolescent heads: an essential update. *Contemporary Pediatrics*, 21(1), 64-90. <https://renaissance.stonybrookmedicine.edu/sites/default/files/HEADSSS%20by%20Goldenring%202004.pdf>

Goleman, D. (2011). *Inteligência emocional*. Objetiva.

Goleman, D. (2018). Como se faz um líder?. In Harvard Business Review, *HBR 10 Artigos essenciais: Inteligência Emocional* (pp.9–32). Conjuntura Actual.

Gouin, J. P., Glaser, R., Malarkey, W. B., Beversdorf, D., & Kiecolt-Glaser, J. (2012). Chronic stress, daily stressors, and circulating inflammatory markers. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 31(2), 264–268. <https://doi.org/10.1037/a0025536>

Gray, J. A. (1987). Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality*, 21(4), 493–509. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(87\)90036-5](https://doi.org/10.1016/0092-6566(87)90036-5)

Green, M. F., & Leitman, D. I. (2008). Social cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(4), 670-672. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn045>

Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58(6-7), 466–474. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.6-7.466>

Guerrero, J. G., Tungpalan-Castro, G. M., Al Fergani, B., Gomma, N. H., Hafiz, A. H., & Pingue-Raguini, M. (2022). Impact of high-fidelity and virtual simulation experiences on nurses' acquired knowledge and skills for triaging suspected COVID-19 patients. *Computers & Education: X Reality*, 1, 100002. <https://doi.org/10.1016/j.cexr.2022.100002>

Guimarães, S. E., & Boruchovitch, E. (2004). O Estilo Motivacional do Professor e a Motivação Intrínseca dos Estudantes: Uma perspectiva da Teoria da Autodeterminação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 143-150. <https://www.scielo.br/j/prc/a/DwSBb6xK4RknMzKF5qgpZ6Q/?format=pdf&lang=pt>

Haltigan, J. D., Pringsheim, T. M., & Rajkumar, G. (2023). Social media as an incubator of personality and behavioral psychopathology: Symptom and disorder authenticity or psychosomatic social contagion?. *Comprehensive psychiatry*, 121, 152362. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152362>

Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *British Journal of Psychiatry. Special Publication*, 3, 76–79.

Harvey, P. D., Green, M. F., Keefe, R. S., & Velligan, D. I. (2004). Cognitive functioning in schizophrenia: a consensus statement on its role in the definition and evaluation of effective treatments for the illness. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(3), 361–372.

Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183–202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>

Heilberg, I. P., & Schor, N. (2003). Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – ITU. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49(1), 109-116. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302003000100043>

Henderson, Z. B., Fox, J. R. E., Trayner, P., & Wittkowski, A. (2019). Emotional development in eating disorders: A qualitative metasynthesis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(4), 440–457. <https://doi.org/10.1002/cpp.2365>

Herdman, T.H., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I: Definições e Classificação – 2018/2020*. Artmed.

Herpertz-Dahlmann, B., Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J., & Remschmidt, H. (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa-course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(5), 603–612.

Hockenberry, J. & Wilson, D. (2015). *Wong's Nursing Care of Infant and Children*. Elsevier Mosby.

Hunter, M. (2015). Art Therapy and Eating Disorders. In D.E. Gussak, & M.L. Rosal, *The Wiley Handbook of Art Therapy* (pp. 387-396). <https://doi.org/10.1002/9781118306543.ch37>

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US).

International Council of Nurses. (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. International Council of Nurses.

Isen, A. M., & Reeve, J. (2005). The Influence of Positive Affect on Intrinsic and Extrinsic Motivation: Facilitating Enjoyment of Play Responsible Work Behavior, and Self-Control. *Motivation and Emotion*, 29, 295-323. <http://dx.doi.org/10.1007/s11031-006-9019-8>

Ivancevich, J. M. (2008). *Gestão de recursos humanos*. AMGH.

Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Artmed.

Kalayci, B. M., Nalbant, K., Akdemir, D., Akgül, S., & Kanbur, N. (2019). Social functioning and its association with accompanying psychiatric symptoms in adolescents with anorexia nervosa. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 707–714. <https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1595867>

Kang, K., Lee, M., & Cho, H. (2021). Interpersonal skills mediate the relationship between communicative and clinical competencies among nursing students: A descriptive study. *Nurse education today*, 99, 104793. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104793>

Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., & Saarijärvi, S. (2011). Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. *Psychiatry research*, 187(1-2), 254–260. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.11.028>

Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>

Koch, S. (1956). Behavior as "intrinsically" regulated: Work notes toward a pre-theory of phenomena called "motivational." *Nebraska symposium on motivation*, 4, 42-87.

Koch, S. (1961). Psychological science vs. the science-humanism antinomy: Intimations of a significant science of man. *American Psychologist*, 16, 629-639.

Kolar, D. R., Hammerle, F., Jenetzky, E., Huss, M., & Bürger, A. (2016). Aversive tension in female adolescents with Anorexia Nervosa: a controlled ecological

momentary assessment using smartphones. *BMC Psychiatry* 16(97).
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0807-8>

Kolar, D. R., Huss, M., Preuss, H. M., Jenetzky, E., Haynos, A. F., Bürger, A., & Hammerle, F. (2017). Momentary emotion identification in female adolescents with and without anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 255, 394–398.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.075>

Kolar, D. R., Neumayr, C., Roth, M., Voderholzer, U., Perthes, K., & Schlegl, S. (2020). Testing an emotion regulation model of physical activity in adolescents with anorexia nervosa: A pilot ecological momentary assessment. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 28(2), 170–183. <https://doi.org/10.1002/erv.2706>

Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 32 Suppl 1(Suppl 1), S12–S23. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl023>

Kovács, G., Almási, T., Millier, A., Toumi, M., Horváth, M., Kóczyán, K., Götze, Á., Kaló, Z., & Zemlényi, A. T. (2018). Direct healthcare cost of schizophrenia - European overview. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 48, 79–92. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.10.008>

Kvaal, K., Engedal, K., & Ulstein, I. (2013). Comparison of anxiety symptoms in spouses of persons suffering from dementia, geriatric in-patients and healthy older people. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 33, 4-8.
<https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/191142/Kvaal%20et%20al..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kyriacou, O., Easter, A., & Tchanturia, K. (2009). Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia: a qualitative study. *Journal of health psychology*, 14(7), 843–854. <https://doi.org/10.1177/1359105309340977>

Laporta-Herrero, I., Jáuregui-Lobera, I., Barajas-Iglesias, B., Serrano-Troncoso, E., Garcia-Argibay, M., & Santed-Germán, M. Á. (2021). Attachment to parents and friends and body dissatisfaction in adolescents with eating disorders. *Clinical child psychology and psychiatry*, 26(1), 154–166. <https://doi.org/10.1177/1359104520962155>

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>

Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia – Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Artmed.

Leal, M. S., Melo-Silva, L. L., & Taveira, M. C. (2020). Edu-Car for life and career: evaluation of a program. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e190016>

Lee, J., & Shute, V. J. (2009). *The influence of noncognitive domains on academic achievement in K-12*. Educational Testing Service.

Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 56(6), 735–742. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>

Liberman, R. P., & Martin, T. (1988). Social skills training. In R. P. Liberman, *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients* (pp. 147-198). American Psychiatric Press.

Lipskaya, L., Jarus, T., & Kotler, M. (2011). Influence of cognition and symptoms of schizophrenia on IADL performance. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(3), 180-187. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.490879>

Lobo, R. V. de P. (2020). *Questionário de competências sociais e emocionais: exploração das propriedades psicométricas na população adulta portuguesa*. (Tese de mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da

Vida). Repositório científico de acesso aberto.
<http://hdl.handle.net/10400.12/7856>

Lukas, L., Buhl, C., Schulte-Körne, G., & Sfärlea, A. (2022). Family, friends, and feelings: the role of relationships to parents and peers and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 10(1), 143.
<https://doi.org/10.1186/s40337-022-00661-3>

Macedo, E., Lage, I., Macedo, J. C. G. M., & Novais, R. M. F. (2012). Determinantes em saúde mental (Contributos para a promoção da saúde mental das pessoas da região de Braga) [Poster em conferencia]. I Encontro Internacional De Saúde Mental.

Machado, D. V. M. (1980). *Meus filhos gêmeos*. Casa do Psicólogo.

Mano, F. L. (2020). *Desenvolvimento de competências sociais em crianças pré-escolares*. (Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto.
https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/47409/1/ulfpie054228_tm.pdf

Martin, L. L., Ward, D. W., Achée, J. W., & Wyer, R. S. (1993). Mood as input: People have to interpret the motivational implications of their moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 317–326.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.3.317>

Martínez-Domínguez, S., Penadés, R., Segura, B., González-Rodríguez, A., & Catalán, R. (2015). Influence of social cognition on daily functioning in schizophrenia: study of incremental validity and mediational effects. *Psychiatry Research*, 225(3), 374-380. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.011>

McKown, C., Russo-Ponsaran, N. M., Johnson, J. K., Russo, J., & Allen, A. (2015). Web-Based Assessment of Children's Social-Emotional Comprehension. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 34(4), 322–338.
<https://doi.org/10.1177/0734282915604564>

Medalia, A., & Choi, J. (2010). Motivational Enhancements in Schizophrenia. *Key Issues in Mental Health*, 177, 158–172. <https://doi.org/10.1159/isbn.978-3-8055-9339-7>

Meneguzzo, P., Bonello, E., Tenconi, E., & Todisco, P. (2024). Enhancing emotional abilities in anorexia nervosa treatment: A rolling-group cognitive remediation and emotional skills training protocol. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 32(5), 1026–1037. <https://doi.org/10.1002/erv.3113>

Meyer, D. K., & Turner, J. C. (2006). Re-Conceptualizing Emotion and Motivation to Learn in Classroom Contexts. *Educational Psychology Review*, 18, 377-390. <https://doi.org/10.1007/s10648-006-9032-1>

Miranda, A. G. C. (2023). *Impacto dos antipsicóticos na resposta sexual dos doentes com esquizofrenia: uma revisão narrativa*. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/152705/2/640736.pdf>

Monteiro, C. P. P. (2016). *Cuidadores informais de pessoas com demência – percepções e necessidades socioeducativas*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10198/13909>

Munro, C., Randell, L., & Lawrie, S. M. (2017). An Integrative Bio-Psycho-Social Theory of Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 1–21. <https://doi.org/10.1002/cpp.2047>

Nakagami, E., Xie, B., Hoe, M., & Brekke, J. (2008). Intrinsic Motivation, Neurocognition and Psychosocial Functioning in Schizophrenia: Testing mediator and moderator Effects. *Schizophrenia Research*, 105(1-3), 95–104. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.06.015>

Nakanishi, M., Setoya, Y., Kodaka, M., Makino, H., Nishimura, A., Yamauchi, K., Mimura, M., Sato, H., Arata, H., Yukumi, H., Amagasa, T., Ueno, H., Miyamoto,

Y., Sugie, T., & Anzai, N. (2007). Symptom dimensions and needs of care among patients with schizophrenia in hospital and the community. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 61(5), 495–501. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01698.x>

Nalbant, K., Kalayci, B. M., Akdemir, D., Akgül, S., & Kanbur, N. (2019). Emotion regulation, emotion recognition, and empathy in adolescents with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 825-834. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00768-8>

Nawaz, F. A., Riaz, M. M. A., Banday, N. U. A., Singh, A., Arshad, Z., Derby, H., & Sultan, M. A. (2024). Social media use among adolescents with eating disorders: a double-edged sword. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1300182. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1300182>

Neves, M. M. A. M. C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Referência – Revista de Enfermagem*, III Série(8), 125-134. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239967014.pdf>

Neves, T. M. A. (2019). *Dotações seguras e qualidade dos cuidados de enfermagem: Estudo em contexto hospitalar*. (Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10316/95319>

Nunes, F. M. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *Revista Nursing Portuguesa*, 17(219), 7-11.

Oldershaw, A., Startup, H., & Lavender, T. (2019). Anorexia Nervosa and a Lost Emotional Self: A Psychological Formulation of the Development, Maintenance, and Treatment of Anorexia Nervosa. *Frontiers in psychology*, 10, 219. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00219>

Oliveira, P. V., & Muszkat, M. (2021). Revisão integrative sobre métodos e estratégias para promoção de habilidades socioemocionais. *Revista de Psicopedagogia*, 38(115), 91-103. <https://doi.org/10.51207/2179-4057.20210008>

Opperman, C. S., & Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Direcção-Geral da Saúde.

Ornstein, K., & Gaugler, J. E. (2012). The problem with "problem behaviors": a systematic review of the association between individual patient behavioral and psychological symptoms and caregiver depression and burden within the dementia patient-caregiver dyad. *International psychogeriatrics*, 24(10), 1536–1552. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000737>

Padín, P. F., González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C., & Vázquez-Pérez, R. (2021). Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 15(3), Article 6. <https://doi.org/10.5817/CP2021-3-6>

Pelc, A., Winiarska, M., Polak-Szczybyło, E., Godula, J., & Stępień, A. E. (2023). Low Self-Esteem and Life Satisfaction as a Significant Risk Factor for Eating Disorders among Adolescents. *Nutrients*, 15(7), 1603.

<https://doi.org/10.3390/nu15071603>

Pellegrin, J. W., & Hilton, M. L. (2012). *Education for life and work: Developing transferable knowledge and skills in the 21st century*. The National Academies Press.

Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61-73.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf

Petrocchi, N., Ottaviani, C., & Couyoumdjian, A. (2017). Compassion at the mirror: Exposure to a mirror increases the efficacy of a self-compassion manipulation in enhancing soothing positive affect and heart rate variability. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 525–536.

<https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209544>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(2), P112–P128. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.p112>

Plutchik, R. (1997). The circumplex as a general model of the structure of emotions and personality. In R. Plutchik, & H. R. Conte, *Circumplex models of personality and emotions* (pp. 17–45). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10261-001>

Prats-Armon, M., Puig-Llobet, M., Roldán-Merino, J., MorenoArroyo, M. C., Hidalgo-Blanco, M. Á., & Lluch-Canut, T. (2022). A training communication program designed for emergency nurses working at ambulance. *Enfermeria Global*, 21(3), 109-121. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.507341>

Pruccoli, J., De Rosa, M., Chiasso, L., Perrone, A., & Parmeggiani, A. (2022). The use of TikTok among children and adolescents with Eating Disorders: experience in a third-level public Italian center during the SARS-CoV-2 pandemic. *Italian journal of pediatrics*, 48(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01308-4>

Quinn, C., Clare, L., & Woods, R. T. (2010). The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 22(1), 43–55. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990810>

Raghunathan, R., & Pham, M. T. (1999). All Negative Moods Are Not Equal: Motivational Influences of Anxiety and Sadness on Decision Making. *Organizational behavior and human decision processes*, 79(1), 56–77. <https://doi.org/10.1006/obhd.1999.2838>

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Regulamento n.º140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 26. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ric, F. (2015). Social Cognition. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 22, 204-209. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.24044-0>

Rodrigues, S. V., Vieira, M., Charepe, Z., & Capelas, M. L. (2012). Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e validação da Escala de Jefferson. *Cadernos de saúde*, 5(1), 71-77.

<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2012.2831>

Rowsell, M., MacDonald, D. E., & Carter, J. C. (2016). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: associations with improvements in eating psychopathology. *Journal of eating disorders*, 4, 17.

<https://doi.org/10.1186/s40337-016-0108-0>

Ryan, R. M., & Couchman, C. E. (1999). Comparing "immediate-return" and "basic psychological" needs: A Self-Determination Theory perspective. *Psychological Inquiry*, 10(3), 235–239.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.68>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 186–193.

<https://doi.org/10.1037/a0012753>

Salas-Saavedra, B. A., & Galiano-Galvez, M. A. (2017). Percepción de enfermeras y familiares de pacientes sobre conductas de cuidado importantes.

Ciencia y Enfermería, 23(1), 35-44. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000100035>.

Sallim, A. Bin, Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A., & Chun-Man Ho, R. (2015). Prevalence of Mental Health Disorders Among Caregivers of Patients With Alzheimer Disease. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1034–1041. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007>

Salokangas, R. K., Honkonen, T., Stengård, E., & Koivisto, A. M. (2006). Subjective life satisfaction and living situations of persons in Finland with long-

term schizophrenia. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(3), 373–381.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.373>

Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. C. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Sancho-Cantus, D., Cubero-Plazas, L., Botella Navas, M., CastellanoRioja, E., & Cañabate Ros, M. (2023). Importance of soft skills in health sciences students and their repercussion after the COVID19 epidemic: Scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4901.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20064901>.

Scherer, K. R. (2004). Feelings integrate the central representation of appraisal-driven response organization in emotion. In A. S. R. Manstead, N. H. Frijda, & A. H. Fischer, *Feelings and emotions: the Amsterdam symposium* (pp.136–157). Cambridge University Press.

Sequeira, C. (2016). *A Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.

Silva, A. M. A. (2009). *Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com demência*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto.
https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/2375/1/ulsd058209_tm_Ana_Silva.pdf

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141–163.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>

Soares, A. I. M. (2017). *Conceções dos enfermeiros especialistas – Contributos para a qualidade*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/18940>

Soares, A. N, Silveira, A. P. O., Silveira, B. V., Vieira, J. S., Souza, L. C. B. A., Alexandre, L. R., Paula, L. V., Cirilio, P. B., & Spagnol, C. A. (2011). O diário de campo utilizado como estratégia de ensino e instrumento de análise do trabalho de enfermagem. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13(4), 665-670. <https://doi.org/10.5216/ree.v13i4.10415>

Soares, D. L. G. (2009). *Motivação e Esquizofrenia: Avaliação de Défices Motivacionais numa Amostra Portuguesa de Pessoas com Esquizofrenia em Contexto de Reabilitação Psicossocial: Contributo para a Validação da General Causality Orientations Scale (GCOS)*. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://core.ac.uk/download/pdf/143392343.pdf>

Soeima, S. J. F. (2021). *Capacidades de competência emocional dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/1822/76209>

Sousa, D., Pinho, L. G. d., & Pereira, A. (2017). Qualidade de vida e suporte social em doentes com esquizofrenia. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 91-101. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180108>

Sousa, L. R. T. (2017). *Criação e validação de um programa de capacitação para cuidadores familiares de pessoas com demência*. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Repositório científico de acesso aberto. <https://hdl.handle.net/10216/111201>

Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção a memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 7-15. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n8/n8a02.pdf>

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixá-Fortuño, M. (2016). Caraterísticas de um programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL* 3. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0114>

Souza, L. A., & Coutinho, E. S. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50-58. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000100011>

Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study. *Journal of psychosomatic research*, 63(4), 365–371. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.03.008>

Tanner C. A. (1987). Teaching clinical judgement. *Annual review of nursing research*, 5, 153–173.

Thomas, J., & McDonagh, D. (2013). Shared language: Towards more effective communication. *The Australasian medical journal*, 6(1), 46–54. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2013.1596>

Tonelli, H. A., Liboni, F., & Cavicchioli, D. A. N. (2013). Programas metacognitivos com enfoque em cognição social na reabilitação da esquizofrenia: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 51-61. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000100008>

Tramacere A. (2022). Face yourself: The social neuroscience of mirror gazing. *Frontiers in psychology*, 13, 949211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.949211>

Vandercammen, L., Hofmans, J., & Theuns, P. (2014). The mediating role of affect in the relationship between need satisfaction and autonomous motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(1), 62–79. <https://doi.org/10.1111/joop.12032>

Vannucci, A., Flannery, K. M., & Ohannessian, C. M. (2017). Social media use and anxiety in emerging adults. *Journal of affective disorders*, 207, 163–166. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.040>

Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 263-280. <https://doi.org/10.1037/a0032359>

Vansteenkiste, M., Niemiec, C. P., & Soenens, B. (2010). The development of the five mini-theories of self-determination theory: an historical overview, emerging trends, and future directions. In T. C. Urdan & S. A. Karabenick, *The decade ahead: theoretical perspectives on motivation and achievement* (pp. 105–166). Emerald.

Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of self-determination theory. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 207–219. <https://doi.org/10.1002/eat.20099>

Vázquez, F. L., Otero, P., Díaz, O., Sánchez, T., & Pomar, C. (2011). Emotional intelligence in women caregivers with depressive symptoms. *Psychological reports*, 108(2), 369–374. <https://doi.org/10.2466/09.13.14.PR0.108.2.369-374>

Velligan, D., Kern, R., & Gold, J. (2006). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia and the Putative Role of Motivation and Expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 474-485. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj071>

Veríssimo, L., Castro, I., Costa, M., Dias, P., & Miranda, F. (2022). Socioemotional Skills Program with a Group of Socioeconomically Disadvantaged Young Adolescents: Impacts on Self-Concept and Emotional and Behavioral Problems. *Children*, 9(5), 680. <https://doi.org/10.3390/children9050680>

Vicente, J. A. D. (2011). *As relações interprofissionais em equipas de saúde mental*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra). Repositório científico de acesso aberto https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/17822/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Jos%C3%A9_Vicente_MISIE_2011.pdf

Vilar, T., Nogueira, M. J., Valentim, O., & Seabra, P. (2019). A psicoeducação na adesão terapêutica em utentes com esquizofrenia: uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 7*, 103-108. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0254>

Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(6), 946–972. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>

Wang, X. R., Liu, S. X., Robinson, K. M., Shawler, C., & Zhou, L. (2019). The impact of dementia caregiving on self-care management of caregivers and facilitators: a qualitative study. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 19(1), 23–31. <https://doi.org/10.1111/psyg.12354>

Weinbach, N., Sher, H., & Bohon, C. (2018). Differences in Emotion Regulation Difficulties Across Types of Eating Disorders During Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 1351–1358. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0365-7>

Wiener, D., Andrzejewska, M., Bodnar, A., & Rybakowski, J. (2011). Disturbances of the theory of mind and empathy in schizophrenia and bipolar affective illness. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 6(2), 85–92.

Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86. <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>

Wilson, R. S., Segawa, E., Boyle, P. A., Anagnos, S. E., Hize, L. P., & Bennett, D. A. (2012). The natural history of cognitive decline in Alzheimer's disease. *Psychology and aging*, 27(4), 1008–1017. <https://doi.org/10.1037/a0029857>

Wolgast, M., Lundh, L. G., & Viborg, G. (2013). Experiential avoidance as an emotion regulatory function: an empirical analysis of experiential avoidance in relation to behavioral avoidance, cognitive reappraisal, and response suppression. *Cognitive behaviour therapy*, 42(3), 224–232. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.773059>

Wollburg, E., Meyer, B., Osen, B., & Löwe, B. (2013). Psychological Change Mechanisms in Anorexia Nervosa Treatments: How Much Do We Know? *Journal of Clinical Psychology*, 69(7), 762–773. <https://doi.org/10.1002/jclp.21945>

World Health Organization. (2022). Mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization. (2024a). The adolescent health indicators recommended by the Global Action for Measurement of Adolescent health: guidance for monitoring adolescent health at country, regional and global levels. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376852/9789240092198-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2024b). Mental Health of Adolescents. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Wu, C. Y., Chen, S. P., & Grossman, J. (2000). Facilitating Intrinsic Motivation in Clients with Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(1), 1–14. https://doi.org/10.1300/J004v16n01_01

Yoon, S., Kleinman, M., Mertz, J., & Brannick, M. (2019). Is social network site usage related to depression? A meta-analysis of Facebook-depression relations. *Journal of affective disorders*, 248, 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.026>

Yorke, E. L., Evans-Atkinson, T., & Katzman, D. K. (2020). Shared language and communicating with adolescents and young adults with eating disorders. *Paediatrics & child health*, 26(1), 8–11. <https://doi.org/10.1093/pch/pxaa047>

Zambelli, C. K., Tafuri, M. I., Viana, T. C., & Lazzarini, E. R. (2013). Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. *Psicologia clínica [online]*, 25(1), 179-195. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v25n1/12.pdf>

Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet (London, England)*, 355(9205), 721–722. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)05363-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)05363-5)

Zonnevylle-Bender, M. J., van Goozen, S. H., Cohen-Kettenis, P. T., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning?. *European child & adolescent psychiatry*, 11(1), 38–42. <https://doi.org/10.1007/s007870200006>

Zonnevylle-Bender, M. J., van Goozen, S. H., Cohen-Kettenis, P. T., van Elburg, A., de Wildt, M., Stevelmans, E., & van Engeland, H. (2004). Emotional functioning in anorexia nervosa patients: adolescents compared to adults. *Depression and anxiety*, 19(1), 35–42. <https://doi.org/10.1002/da.10145>

Zsolnai, A. (2015). *Social and Emotional Competence*. <http://hdl.handle.net/2437/247610>

ANEXOS

**ANEXO I – Unidade de serviços diferenciados - Questionário de avaliação das
competências socio emocionais**

Questionário de avaliação das competências socio emocionais

Responda, de forma sincera, a este questionário tendo em conta os últimos 6 meses.

Este questionário é individual e confidencial.

Leia as seguintes afirmações e escolha uma resposta de 1 a 5

(1 – Discordo totalmente, 2 – Discordo bastante, 3 – Não discordo nem concordo, 4

– Concordo e 5 – Concordo totalmente).

	1	2	3	4	5
Consigo identificar e classificar as minhas emoções.					
Tenho consciência dos meus pensamentos.					
Os meus pensamentos influenciam as minhas emoções.					
Consigo distinguir as minhas emoções.					
As minhas emoções influenciam as minhas ações.					
Consigo auto motivar-me.					
Sei quais são os meus objetivos.					
Apesar das dificuldades, continuo a perseguir os meus objetivos.					
Normalmente posso e sei como ajudar os outros quando eles precisam de ajuda.					
Estou atento às necessidades dos outros.					
Tenho uma boa relação com os outros.					
Normalmente ouço ativamente.					
Ofereço a minha ajuda a quem precisa dela.					
Tomo as decisões depois de ver as possíveis consequências.					
Normalmente, analiso as vantagens e desvantagens de cada opção, antes de tomar uma decisão.					
Não tomo decisões de forma descuidada.					

Agradeço a sua colaboração.

**ANEXO II – Unidade de serviços diferenciados - Questionário de avaliação da
motivação**

Questionário de avaliação da motivação

Responda, de forma sincera, a este questionário tendo em conta os últimos 6 meses.

Este questionário é individual e confidencial.

Leia as seguintes afirmações e escolha uma resposta de 1 a 5 (1 – Discordo totalmente, 2 – Discordo bastante, 3 – Não discordo nem concordo, 4 – Concorde e 5 – Concorde totalmente).

	1	2	3	4	5
Sinto que sou livre para decidir por mim próprio(a) como viver a minha vida.					
Gosto muito das pessoas com quem interajo.					
Muitas vezes, não me sinto competente.					
Sinto-me pressionado(a) na minha vida.					
As pessoas que conheço dizem-me que sou bom(a) no que faço.					
Eu dou-me bem com as pessoas com quem entro em contacto.					
Sou bastante reservado(a) e não tenho muitos contatos sociais.					
Geralmente sinto-me livre para expressar as minhas ideias e opiniões.					
Considero as pessoas com quem interajo regularmente como meus amigos.					
Ultimamente tenho conseguido aprender novas competências interessantes.					
Na minha vida diária, tenho frequentemente de fazer o que me mandam.					
As pessoas da minha vida preocupam-se comigo.					
Na maioria dos dias, sinto uma sensação de realização pelo que faço.					
As pessoas com quem interajo diariamente tendem a levar em consideração os meus sentimentos.					
Na minha vida não tenho muitas oportunidades para mostrar o quanto sou capaz.					

Não há muitas pessoas de quem sou próximo(a).					
Sinto que consigo ser eu próprio(a) em situações do dia-a-dia.					
As pessoas com quem interajo regularmente não parecem gostar muito de mim.					
Muitas vezes não me sinto muito capaz.					
Não tenho grande oportunidade de decidir por mim próprio(a) como fazer as coisas no meu dia a dia.					
As pessoas são geralmente muito amigáveis comigo.					

Agradeço a sua colaboração.

ANEXO III – Unidade de serviços diferenciados - Planos de sessão

Plano de sessão 1			
Tema	Introdução ao projeto		
Objetivos	Estabelecer o contacto com o grupo; criar uma relação com os participantes; Estabelecer regras e compromissos; Encorajar a interação e intervenção dos participantes; Estimular a empatia; Estimular a escuta ativa; Determinar o conhecimento sobre competências socio emocionais e motivação; Promover o conhecimento sobre competências socio emocionais e motivação.		
População-alvo	Utentes com PCA		
Dinamizadora	Enfermeira Glória Pereira		
Duração	40 minutos		
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	10 minutos	20 minutos	10 minutos
Metodologia	Ativo	Ativo	Ativo
Conteúdo/Atividades	Apresentação da profissional; Apresentação do projeto (objetivos, estrutura e os conteúdos); Averiguação dos critérios de inclusão e exclusão; Explicação e entrega dos questionários de autopreenchimento; Definição de regras e compromissos.	Explicação dos conceitos de competências socio emocionais e motivação; Dinâmica “Arco-írispositivo”.	Esclarecimento de dúvidas; Reflexão sobre a sessão e principais conclusões; Informação sobre conteúdo da sessão dois.
Recursos	Nuvens e tiras (cores do arco-íris) Questionários		

Plano de sessão 2			
Tema	Autoconsciência e autogestão		
Objetivos	Desenvolver os conceitos de autoconsciência e autogestão; Diferenciar os conceitos de emoções e sentimentos; Promover a reflexão; Fortalecer a capacidade de comunicação verbal e não-verbal; Promover a consciencialização sobre as suas emoções e de que forma as mesmas impactam os comportamentos; Desenvolver a capacidade de compreender as suas emoções; Desenvolver a capacidade de gerir as emoções; Desenvolver o autocontrolo das emoções, pensamentos e comportamentos; Estimular a empatia; Estimular a escuta ativa.		
População-alvo	Utentes com PCA		
Dinamizadora	Enfermeira Glória Pereira		
Duração	40 minutos		
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	10 minutos	20 minutos	10 minutos
Metodologia	Ativo	Ativo	Ativo
Conteúdo/Atividades	Revisão do conceito de competências socio emocionais; Introdução dos conceitos: autoconsciência, autogestão, emoções e sentimentos; Apresentação do tema: O jogo das emoções.	Dinâmica “O jogo das emoções”.	Esclarecimento de dúvidas; Reflexão sobre a sessão e principais conclusões; Informação sobre conteúdo da sessão três.
Recursos	Jogo de tabuleiro – “O jogo das emoções”, dados e pinos para assinalar as participantes Roda das emoções Cartões com as 6 principais emoções		

Plano de sessão 3			
Tema	Consciência social e competência relacional		
Objetivos	Desenvolver conhecimento sobre consciência social e competência relacional; Promover a consciência social; Promover a competência relacional; Estimular a empatia; Estimular a escuta ativa; Promover a tomada de perspetiva do outro; Promover a reflexão; Promover a criação de relacionamentos interpessoais positivos; Incentivar a comunicação; Fortalecer a capacidade de comunicação verbal e não-verbal.		
População-alvo	Utentes com PCA		
Dinamizadora	Enfermeira Glória Pereira		
Duração	40 minutos		
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	10 minutos	20 minutos	10 minutos
Metodologia	Ativo	Ativo	Ativo
Conteúdo/Atividades	Revisão do conceito de competências socio emocionais; Introdução dos conceitos: consciência social e competência relacional; Apresentação do tema: O uno da amizade.	Dinâmica “O uno da amizade”.	Esclarecimento de dúvidas; Reflexão sobre a sessão e principais conclusões; Informação sobre conteúdo da sessão quatro.
Recursos	Jogo – “O uno da amizade”		

Plano de sessão 4			
Tema	Tomada de decisão responsável		
Objetivos	Desenvolver conhecimento sobre tomada de decisão responsável; Promover a tomada de decisão responsável; Estimular a empatia; Estimular a escuta ativa; Fortalecer a capacidade de comunicação verbal e não-verbal; Promover a reflexão.		
População-alvo	Utentes com PCA		
Dinamizadora	Enfermeira Glória Pereira		
Duração	40 minutos		
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	10 minutos	20 minutos	10 minutos
Metodologia	Ativo	Ativo	Ativo
Conteúdo/Atividades	Revisão do conceito de competências socio emocionais; Introdução do conceito de tomada de decisão responsável; Apresentação do tema: Tomar decisões responsáveis no Tik Tok	Dinâmica “Storytelling”.	Esclarecimento de dúvidas; Reflexão sobre a sessão e principais conclusões; Informação sobre conteúdo da sessão cinco.

Plano de sessão 5			
Tema	Sessão final		
Objetivos	Promover reflexão final sobre as competências socio emocionais e a motivação; Promover o autoconceito; Promover a reflexão sobre o processo de aprendizagem durante o programa; Determinar os resultados do programa.		
População-alvo	Utentes com PCA		
Dinamizadora	Enfermeira Glória Pereira		
Duração	40 minutos		
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	10 minutos	20 minutos	10 minutos
Metodologia	Ativo	Ativo	Ativo
Conteúdo/Atividades	Esclarecimento de dúvidas.	Resumo das competências socio emocionais e do impacto que têm na motivação; Dinâmica do acrónimo "EU"; Entrega dos questionários de avaliação.	Obter feedback dos participantes sobre as sessões; Esclarecer dúvidas existentes; Agradecer a participação.

**ANEXO IV – Unidade de serviços diferenciados - Resultados fotográficos das
sessões e material utilizado**

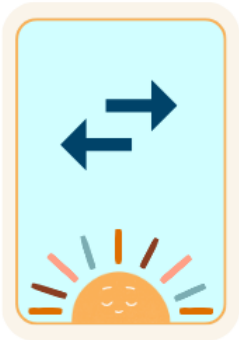
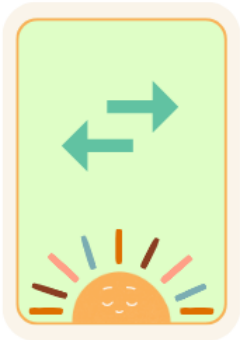
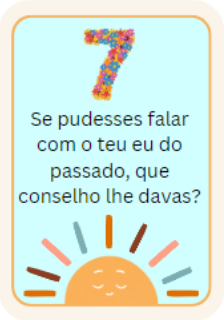
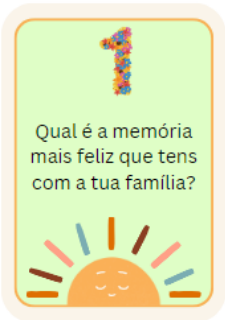


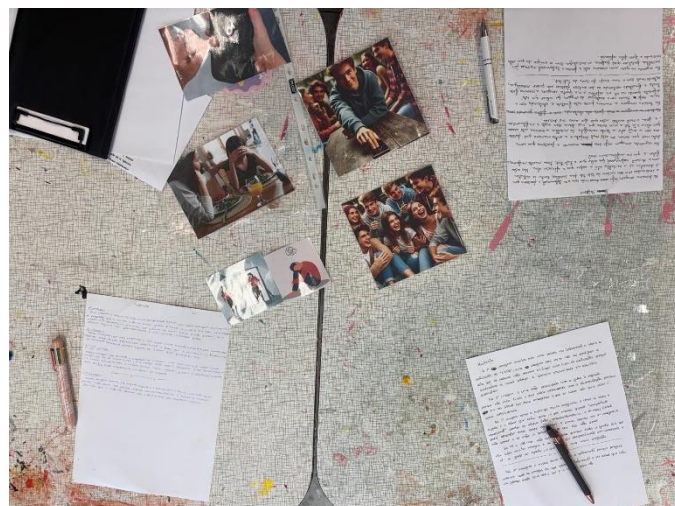
Sessão 1 – Dinâmica do “Arco-íris das emoções positivas”



Sessão 2 – Dinâmica do “Jogo das
emoções” e brinde de sessão

Sessão 3 – Dinâmica do “Uno da amizade” e brinde de sessão





Sessão 4 – Dinâmica do
“Storytelling” e brinde de sessão

Reflexão

1ª imagem -
Uma pessoa a mexer no telemóvel, na aplicação “TikTok”, com esta imagem lembro-me do período que a minha vida se tornou graças ao “TikTok”, e o vício que esta aplicação coloca nas pessoas, as parvoíces que entram na nossa mente e não querem sair porque alguém que provavelmente é um grande mentiroso disse.

2ª imagem -
Nesta imagem vejo uma rapariga a não querer comer e a mãe a dizer-lhe para comer, isto a rapariga pode ter sido influenciado pelo “TikTok” a fazer isso e também a fazer uma alimentação saudável, porque alguém no “TikTok” disse para fazer isso.

3ª/4ª imagem -
Nesta imagem está retratada a distorção da imagem, uma menina que está muito magra que se vê muito gorda, e a cabeça dela está a eloquear e não lhe conseguem vir maus pensamentos à cabeça, como “comi imenso”, e com a aparência corporal dela ela fica triste e depressiva e a sentir-se culpada.

|| ||

2ª imagem -
Nesta imagem vemos um menino a jogar o telemóvel e a decidir que não quer aquela vida para ele porque avaliou as consequências e tomou a melhor decisão que é não se deixar ser influenciado por aqueles vídeos.

3ª e última imagem -
Vemos o rapaz a divertir-se com os amigos e feliz pela sua decisão que só o beneficiou e ~~teve~~ fez com que a sua vida continuasse alegre e em conjunto do que uma vida horrível e solitária.



Sessão 5 – Brinde da dinâmica do
“Acrónimo EU”



ANEXO V – Unidade de serviço comunitário - Caixa do exemplo de cuidador



**ANEXO VI – Unidade de internamento hospitalar - Avaliação dos critérios de
exclusão**

Avaliação dos critérios de exclusão

Capacidade cognitiva		
	Sim	Não
Comunicação clara e adequada para a idade e capacidade.		
Orientação (alo e autopsiquicamente).		
Processa eficazmente as informações.		
Relembra informações imediatas, recentes e remotas.		

**ANEXO VII – Unidade de internamento hospitalar - Critérios de avaliação das
intervenções**

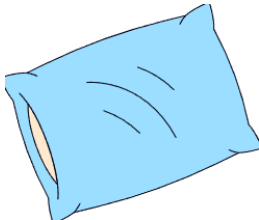
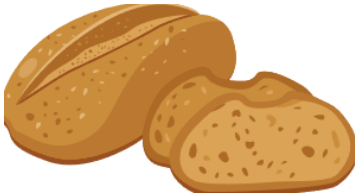
Critérios de avaliação das intervenções

Aceitação do estado de saúde					
	Nenhum (1)	Limitado (2)	Moderado (3)	Substancial (4)	Extensivo (5)
Reconhece a realidade da sua situação de saúde.					
Toma decisões relacionadas à sua saúde.					
Ajuste psicossocial: Mudança de vida					
Mantém autoestima.					
Expressa sentimento de envolvimento social.					
Autoestima					
Equilíbrio entre participação e escuta nos grupos.					
Descreve sucesso nos grupos sociais.					
Comportamento de adesão					
Pesa riscos/benefícios de comportamento de saúde.					
Controlo da impulsividade					
Identifica comportamentos impulsivos prejudiciais.					
Identifica sentimentos que levam a ações impulsivas.					
Identifica consequências de ações impulsivas.					
Verbaliza o controlo dos impulsos.					
Habilidades de interação social					
Recetividade.					
Cooperação.					
Sensibilidade.					
Consideração.					
Envolvimento.					
Tomada de decisão					
Identifica informações relevantes.					
Identifica alternativas.					
Identifica potenciais consequências a cada alternativa.					
Pesa alternativas.					
Escolhe entre as alternativas.					

ANEXO VIII – Unidade de internamento hospitalar - Planos de sessão

Plano de sessão 1 - individual			
Tema	Introdução ao projeto		
Objetivos	Estabelecer o contacto com os clientes; Criar uma relação com os clientes; Determinar o conhecimento sobre competências socio emocionais e motivação; Promover o conhecimento sobre competências socio emocionais e motivação.		
População-alvo	Utentes da unidade de transição		
Dinamizadora	Enfermeira Glória Pereira		
Duração	40 minutos		
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	10 minutos	20 minutos	10 minutos
Metodologia	Ativo	Ativo	Ativo
Conteúdo/Atividades	Apresentação da profissional; Apresentação do projeto (objetivos, estrutura e os conteúdos); Averiguação dos critérios de inclusão e exclusão; Execução dos questionários de heteropreenchimento;	Explicação dos conceitos de competências socio emocionais e motivação;	Esclarecimento de dúvidas; Reflexão sobre a sessão e principais conclusões; Informação sobre conteúdo da sessão dois.
Recursos	Questionários		

Plano de sessão 2			
Tema	Consciência social e competência relacional		
Objetivos	Desenvolver conhecimento sobre consciência social e competência relacional; Promover a consciência social; Promover a competência relacional; Estimular a empatia; Estimular a escuta ativa; Promover a tomada de perspetiva do outro; Promover a criação de relacionamentos interpessoais positivos; Incentivar a comunicação; Promover interação social; Fortalecer a capacidade de comunicação verbal e não-verbal.		
População-alvo	Utentes da unidade de transição		
Dinamizadora	Enfermeira Glória Pereira		
Duração	30 minutos		
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	5 minutos	20 minutos	5 minutos
Metodologia	Ativo	Ativo	Ativo
Conteúdo/Atividades	Introdução dos conceitos: consciência social e competência relacional; Apresentação da atividade: "Adivinha o objeto".	Dinâmica "Adivinha o objeto" (Casado, 2019).	Esclarecimento de dúvidas; Reflexão sobre a sessão e principais conclusões; Informação sobre conteúdo da sessão três.
Recursos	Imagens de objetos		

	 - Pista: faz parte da estrutura da casa  -Pista: objeto do quarto  -Pista: objeto da cozinha  -Pista: é um alimento
--	---

Plano de sessão 3			
Tema	Autoconsciência, autogestão e consciência social		
Objetivos	Desenvolver os conceitos de autoconsciência e autogestão; Desenvolver a capacidade de identificar emoções; Desenvolver a capacidade de compreender as suas emoções; Desenvolver a capacidade de gerir as emoções; Fortalecer a capacidade de comunicação verbal e não-verbal; Promover a consciencialização sobre as suas emoções e de que forma as mesmas impactam os comportamentos; Desenvolver o autocontrolo das emoções, pensamentos e comportamentos; Estimular a empatia; Promover interação social; Estimular a escuta ativa.		
População-alvo	Utentes da unidade de transição que integrem o grupo		
Dinamizadora	Enfermeira Glória Pereira		
Duração	30 minutos		
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	5 minutos	20 minutos	5 minutos
Metodologia	Ativo	Ativo	Ativo
Conteúdo/Atividades	Introdução dos conceitos: autoconsciência, autogestão, emoções e sentimentos; Apresentação da atividade: “Emoções e sentimentos”.	Dinâmica “Emoções e sentimentos” – Clientes devem completar a frase que saiu ao lançar o dado de acordo com a emoção que calhou (Casado, 2019).	Esclarecimento de dúvidas; Reflexão sobre a sessão e principais conclusões; Informação sobre conteúdo da sessão quatro.
Recursos	Dado com frases incompletas Emoções em papéis		

		Inveja	Otimismo	Confiança	Medo
		Tristeza	Melancolia	Pânico	Pena
		Felicidade	Fúria	Coragem	Perseverança

Diga algo que o faça sentir...

Mostre como alguém fica quando sente...

Diga que sinais lhe indicam quando alguém está a sentir...

Diga o que pode fazer quando alguém se sente...

Diga o que pode fazer quando sente...

Conte um episódio da sua vida em que sentiu...

Plano de sessão 4			
Tema	Tomada de decisão responsável e consciência social		
Objetivos	Desenvolver conhecimento sobre tomada de decisão responsável; Promover a tomada de decisão responsável; Estimular a escuta ativa; Fortalecer a capacidade de comunicação verbal e não-verbal; Promover interação social; Promover a reflexão.		
População-alvo	Utentes da unidade de transição		
Dinamizadora	Enfermeira Glória Pereira		
Duração	50 minutos		
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	10 minutos	30 minutos	10 minutos
Metodologia	Ativo	Ativo	Ativo
Conteúdo/Atividades	Introdução do conceito de tomada de decisão responsável; Apresentação da atividade: "Cozinhar doce de Natal"	Atividade "Cozinhar doce de Natal".	Esclarecimento de dúvidas; Reflexão sobre a sessão e principais conclusões;
Recursos	Papel Alimentos para cozinhar doce de Natal (aletria) Objetos para cozinhar doce de Natal (aletria)		

Plano de sessão 5 - individual			
Tema	Sessão final		
Objetivos	Promover reflexão final sobre as competências socio emocionais e a motivação; Promover a reflexão sobre o processo de aprendizagem durante o programa; Determinar os resultados do programa.		
População-alvo	Utentes da unidade de transição		
Dinamizadora	Enfermeira Glória Pereira		
Duração	40 minutos		
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Duração	10 minutos	20 minutos	10 minutos
Metodologia	Ativo	Ativo	Ativo
Conteúdo/Atividades	Esclarecimento de dúvidas.	Resumo das competências socio emocionais e do impacto que têm na motivação; Heteroavaliação dos clientes.	Obter feedback dos participantes sobre as sessões; Esclarecer dúvidas existentes; Agradecer a participação.

ANEXO IX – Unidade de internamento hospitalar - Avaliação das sessões

Avaliação das sessões

Participação no jogo					
	Nenhum (1)	Limitado (2)	Moderado (3)	Substancial (4)	Extensivo (5)
Participação					
Adequação					
Uso de habilidades sociais					
Expressão de emoções					

ANEXO X – Certificados de formação

CERTIFICADO

DIVERSIDADE EM IGUALDADE

A Com Alma - ONG pelos Direitos Humanos certifica que

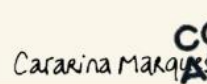
Maria da Glória Pinto Nunes Pereira

concluiu com **aproveitamento** a ação de formação **Igualdade e
Diversidade de Género**, que decorreu no dia 10 de outubro de 2024, com
duração de 3h.

Valongo, 18 de novembro de 2024.


Direção

COM ALMA
ONG para os Direitos Humanos
011 517 200 500


Formadora

COM ALMA
ONG para os Direitos Humanos
011 517 200 500



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CERTIFICA-SE QUE GLÓRIA PEREIRA, NATURAL DE PORTUGAL, , NASCIDO A 1996-07-11, NACIONALIDADE PORTUGUESA, GÉNERO FEMININO, PORTADOR(a) DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 151233411ZX7, FREQUENTOU NO(S) DIA (s):

17-05-2024

A AÇÃO DE FORMAÇÃO, COM A DURAÇÃO TOTAL DE 8.5 HORAS, DESIGNADA DE

"IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM - ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL A PAR COM O FUTURO - ONLINE"

Matosinhos, 17 de maio de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

Doutor Jorge Oliveira

Certificado nº 3598/24 De acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 Senhora de Hora
Genl. 229 391 000
ca@ulsm.min-saude.pt | www.ulsm.min-saude.pt

Contribuinte nº 508 961 990



Programa - IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM - ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL A PAR COM O FUTURO - ONLINE	Horas
08H30 Abertura de Secretariado 09h30 Sessão de abertura EnfªEduarda Barros Prof. Doutor Carlos Sequeira EnfºDiretor Renato Barros 10h00 Mesa 1 Saúde Mental integrada na comunidade Moderadora EnfªRita Costa Equipas Comunitárias de Saúde Mental EnfªJoana Alves Determinantes de Saúde Mental na população de Matosinhos Dr. Carlos Mouta A integração da Saúde Mental nas equipas de saúde familiar ProfªDra. Raquel Braga e EnfºPedro Neves 11h15 Coffee Break 11h45 Mesa 2 Os primeiros passos para a Saúde Mental Moderadora EnfªCedília Arieira A importância da promoção da literacia emocional na primeira infância Enfª Verónica Pereira Desafios na Adolescência EnfºAndré Maravilha Identidade de género/sexualidade Dra. Catarina Marques 12h45 Almoço 14h30 Conferência Sexualidade e Saúde Mental EnfºHélder Lourenço Moderadora EnfªSónia Mendes 15h00 Momento cultural AFUA 15h30 Mesa 3 - Enfermagem de Saúde Mental na diversidade de contextos Moderador EnfºSérgio Pimenta Saúde Mental positiva dos cuidadores informais da pessoa com demência EnfªSofia Ganiço Care_4 Emotions: competências emocionais do cuidador da pessoa com esquizofrenia ProfªDoutora Ana Teixeira Psiquiatria de ligação na ULS Matosinhos EnfªSusana Magalhães Intervenções psicoterapêuticas: Reestruturação cognitiva Prof. Bruno Santos 17h00 Sessão de Encerramento e entrega de prémios Enfª Graça Farelo EnfªMargarida Filipe EnfªAmélia Tomas .	8,5 horas